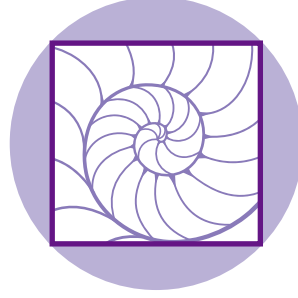


Psikoterapi Klasikleri

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Klinisyen Kılavuzu



Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Psikoterapi Klasikleri

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Klinisyen Kılavuzu

Scott Stuart and Michael Robertson

Stuart and Robertson

Bu çığır açan metin, kişilerarası ilişkiler psikoterapisini (KIPT) kullanan tüm terapistler için bir mihenk taşı haline gelmiştir:

- Kliniğe dayalı açıklamaları ve olgu örnekleri ile teorik bilginin pratiğe dönüşmesinde yardımcı olmaktadır.
- İçerdiği çok sayıda vaka çalışması ile KIPT'teki önemli temel noktalara vurgu yapmaktadır.
- Terapistlerin hastaları için kullanabileceği diyagram ve akış şemaları içermektedir.
- Önemli kuramsal konuları kapsamakta ve KIPT araştırmalarına yönelik güncel bir değerlendirme yapmaktadır.

Orijinal ikinci baskısından Türkçe'ye çevrilen bu kitap, ikinci baskının genişletilmiş içeriğiyle oldukça kapsamlıdır: KIPT'in travma sonrası stres bozukluğunda kullanım için uyarlanması; KIPT'in diğer yeni uygulamalarını; depresyon ile ilgili daha fazla konuyu; KIPT eğitiminde ve KIPT'in yaygınlaştırılmasında karşılaşılan ortak problemlerin yanısıra eş ya da aile bireylerinin katılımıyla gerçekleşen ortak seansların idaresini ve diğer yaklaşım ve modellerden alınan tekniklerin KIPT ile bütünleştirilmesini içermektedir.

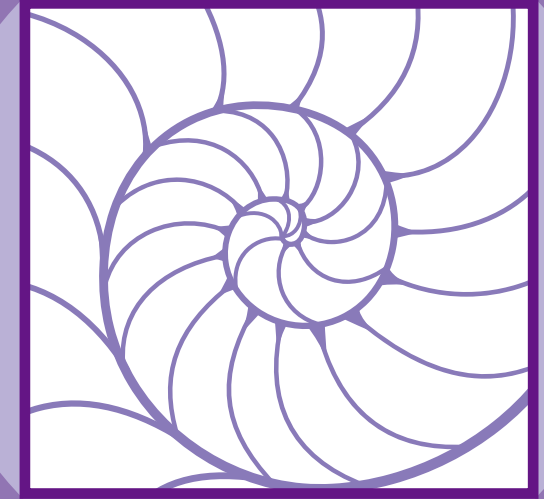
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi: Klinisyen kılavuzu KIPT'i tanımaya çalışan klinik öğrencileri, psikiyatri eğitimi verenler, psikoloji stajyerleri, mezun öğrenciler ve sosyal hizmet öğrencileri dahil olmak üzere bütün ruh sağlığı çalışanlarını kapsayarak hepsi için oldukça kıymetli olmaya devam etmektedir.

Barkod Gelecek

yerküre.
www.yerkure.com.tr

yerküre.

Editörler: Dr. Oğuz Omay, Prof. Dr. Nazan Aydın



Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Klinisyen Kılavuzu

Scott Stuart MD

Psikiyatri, Psikoloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Profesörü, Iowa Üniversitesi,
Iowa, ABD

Yönetici, KIPT Enstitüsü

Michael Robertson FRANZCP (*Fellow of the Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists*)

Klinik Doçent, Tıpta Etik, Hukuk ve Değerler Merkezi,
Sidney Üniversitesi, Sidney, Avustralya

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ
Klinisyen Kılavuzu
Scott Stuart ve Michael Robertson

Çeviri: Nazan Aydın

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY
A Clinician's Guide

Editör: Oğuz Omay
Düzeltili: Sevim Erdoğan

Baskı: Ömür Matbaacılık A. Ş.
Sertifika No: XXXXXXX
Beysan Sanayi Sitesi Birlik Cad. No: 20
Haramidere, Beylikdüzü 34524 İstanbul
Tel: 212 422 76 00 Faks: 0212 422 46 00
www.yerkure.com.tr

Asitsiz kağıda basılmıştır.

1. Baskı: İstanbul, Kasım 2014
ISBN: 978-975-6125-95-3

Türkçe Yayın Hakları © Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş., 2014
Copyright © Scott Stuart ve Michael Robertson, 2012

İngilizce ilk baskı CRC Press tarafından yapılmıştır.
CRC Press, Taylor & Francis Group'un yayınevidir.

Bu kitabın Türkçe yayın hakları, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. tarafından
Taylor & Francis Group'tan alınmıştır.

Tüm hakları saklıdır. Bu kitapta yer alan fotoğraf/resim ve metinler
Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'den izin alınmadan fotokopi dahil, optik,
elektronik ya da mekanik herhangi bir yolla kopyalanamaz, çoğaltılamaz,
basılamaz ve yayınlanamaz.

Yayıncı Sertifika No: 12809

Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.
Cumhuriyet Cad, Pegasus Binası
No: 48/3, Harbiye 34367 İstanbul
Tel: 0212 240 28 20 Faks: 0212 241 68 20
www.yerkure.com.tr

İçindekiler

Önsöz	iv
Teşekkür	xvi
Bölüm 1: Giriş	
Konu 1. Giriş	3
Konu 2. Teori ve Klinik Uygulamalar	19
Bölüm 2: Değerlendirme/İlk Seanslar	
Konu 3. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin Yapısı	47
Konu 4. Değerlendirme ve Hasta Seçimi	56
Konu 5. Kişilerarası İlişkiler Envanteri	74
Konu 6. Kişilerarası Formülasyon	85
Konu 7. Tedavi Anlaşması	98
Bölüm 3: KIPT Teknikleri	
Konu 8. Netleştirme	109
Konu 9. İletişim Analizi	116
Konu 10. Problem Çözme	141
Konu 11. Duygulanımın Kullanımı	154
Konu 12. Rol Oynama	161
Konu 13. Ev Ödevi ve Diğer Yönlendirmeler	169
Bölüm 4: Problem Odakları	
Konu 14. Kişilerarası Çatışmalar	181
Konu 15. Rol Geçişleri	204
Konu 16. Yas ve Kayıplar	225
Bölüm 5: KIPT'in Tamamlanması	
Konu 17. Akut Tedavinin Tamamlanması ve Sürdürüm Tedavisi	241
Bölüm 6: KIPT'in Diğer Yönleri	
Konu 18. Psikodinamik Süreçler	259
Konu 19. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin Uygulamaları	268
Konu 20. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisiyle İlgili Araştırmalar	285
Konu 21. Bütünleştirilmiş Bir Olgu Örneği	288
Ekler	
A. KIPT Enstitüsü ve Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinde Sertifikalı Eğitim	308
B. Kişilerarası İlişkiler Envanter Formu	311
C. Kişilerarası Formülasyon Formu	312
D. Uluslararası Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği (ISIPT)	313
Dizin	314

Önsöz

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin (KİPT) uygulanmasıyla ilgili kılavuzumuzun ikinci baskısını sunuyoruz. Bu kitabın ilk baskısını on yılı aşkın bir süredir klinik çalışma ve eğitimlerinin yanı sıra, dünya çapındaki değişik araştırma projelerinde de kullanmış olan pek çok klinisyen ve akademisyene minnettarız. İlk baskıdaki amacımız –ki bu amaç hâlâ aynı– klinisyenlere faydalı olabilecek bir kitap sunmaktır.

Bizimki de dahil, bugüne dek yayımlanmış hiçbir psikoterapi elkitabının gökten inmiş ya da taşlara kazınmış gibi değişmez olmadığını hatırlatıp, klinisyenleri KİPT’i, içinde klinik kanaatlerini geliştirebilecekleri bir çerçeve olarak kullanmaları için cesaretlendirmek istiyoruz.

Elkitabına dayalı psikoterapilerin¹, sıkı kontrol edilmiş akademik ortamlardan günlük pratiğe doğru yayılabilmesi için esnek yaklaşımlara gereksinimi artırıyor. “Deneye dayalı” ya da “deneye desteklenen” tedavi terimleri, günümüzde klinik uygulamalarda, özellikle de karmaşık hastalarla² çalışıldığında, esnekliğin önemini vurgulamak için kullanılıyor; bunun ötesinde, bu terimler bugünkü anlamlarıyla artık, terapi elkitablarının (*manual*) önerilerinin klinik değerlendirme ve sağduyuyla birlikte uygulanmasının, kuralların katı bir şekilde uygulanmasından çok daha verimli sonuçlar verdiğinin altını çiziyor.¹¹ Bizim burada “elkitabı” değil “kılavuz” (*guide*) terimini kullanarak vermek istediğimiz mesaj, KİPT’i, teorik temele dayalı, deneysel ve klinik olarak geçerliliği kanıtlanmış, uygun bir dozda da klinik değerlendirmeyle uygulanan bir tedavi yöntemi olarak kavramsallaştırmanın en iyisi olduğudur. Rastgele düzende yapılan kontrollü çalışmaların, kritik önemde olsalar da, deneysel veri elde etmenin yollarından yalnızca biri olduğunu düşünüyoruz. Klinisyenlerin deneyimleri de klinik pratiği aydınlatabilecek zengin niteliksel veri kaynaklarıdır.

Temel amacımız, öncelikle psikoterapistlere, her biri kendine has özellikleri olan hastalarıyla çalışmalarında yardımcı olmak; klinisyenler ile hastalarının birlikte saptadıkları hedefleri gerçekleştirebilmelerinde KİPT’in son derece faydalı bir çerçeve olduğuna inanıyoruz. Nesnel amacımız, KİPT uygulaması için bir kılavuz önermek olmakla beraber, öznel amacımız terapistlere hastalarını daha iyi anlamaları için yardımcı olmak. Bu da KİPT sürecinin bir parçası, çünkü acılarını azaltmaları için hastalarına yardım etmek isteyen terapistlerin önce her hastayı birey olarak anlamaları, bir yandan da hastanın kendi kendini anlaması için çalışmaları gerekir.

Kitabımızın ilk baskısından bu yana, dünya çapında da yaygınlaşmakta olan KİPT’te pek çok değişiklik olmuştur. Bunların arasında KİPT’in yapısıyla ilgili önemli değişiklikler de vardır. KİPT’le yapılan akut tedavi artık *sonlandırılmak* yerine *tamamlanmakta*, hastaların çoğuna da sürdürüm tedavisi önerilmektedir.¹¹¹ KİPT’i “sonlandırmak”, yani tamamen

^a Bu kitapta, kolaylık sağlama için hasta deyimi kullanılmıştır. Kelime kökeni “acı çeken kişi” olan “hasta” deyimi (İngilizcede *patient*) birçok yönden bizim çalıştığımız kişilerin gerçek tanımlarıdır – bu kişiler acı çekerler ve yardıma gereksinimleri vardır. Diğer yönden, alternatif olarak ne “hasta” ne de “danişan” deyimi bizim istediğimizi tam olarak yansıtmıyor. Sizlere, birlikte çalıştığımız kişilerin her birini kendine özgü özellikleri olan biricik bireyler olarak düşünmenizi öneriyoruz; bu kişilerin tanıları, hastalıkları ve sıkıntıları insani özelliklerinden sadece birkaçıdır.

¹ Çevirenin notu: Elkitabına dayalı psikoterapiler: *manual-based psychotherapies*.

¹¹ Çevirenin notu: İngilizcede *manual* (elkitabı) sözcüğü daha çok klinik araştırmalarda ve deneysel gereklere otürü katı kontrol altında yapılan psikoterapi uygulamalarının kodifiye edildiği kitapçıkları akla getirmektedir.

¹¹¹ Çevirenin notu: İngilizce termination ve conclusion terimleri arasındaki fark, yazarlar için ve bu metnin özünün anlaşılması için çok önemlidir. Bu iki terim burada sonlandırma /sonuçlandırma ve tamamlama / tamamlanma olarak çevrilmiştir.

bitirmektense sürdürüm tedavisine doğru yönelmek klinik uygulamada uzun yıllardır yerleşmiş bir ilkedir. KİPT’te kullanılan seans sayısının yelpazesi de genişletilmiştir: Önceden kararlaştırılmış bir rakam yerine artık seans sayısının esnek bir “doz ayarlaması” gibi düşünülmesi söz konusudur. Problem Odakları, dörtten üçe indirilmiştir (Kişilerarası Duyarlılık Alanı kaldırılmıştır). Bu değişikliklerin her biri klinik tecrübeler ve deneysel araştırmalara dayanmaktadır.

Öte yandan bağlanma ve Kişilerarası İlişkiler Teorilerinin KİPT’e uygulanmasını da önemli ölçüde genişlettik. Klinisyen ve hastalar için son derece değerli olabilen yapılandırılmış KİPT formülasyonu, bu yeni vurguları da içeriyor. İletişim analizi gibi çeşitli özel teknikler de yeniden düzenlendi.

Bu baskıda yeni olan diğer bir konu da, klinik uygulamalarda denenmiş ve şimdilerde yaygın olarak kullanılan *ilave klinik araçların* bu baskıya eklenmiş olmasıdır. Bunlar, yapılandırılmış Kişilerarası İlişkiler Envanteri, Rol Geçişleri Zaman Çizelgesi ve Kişilerarası Çatışmalar İçin Kişilerarası Çatışma Grafiği’ni içeriyor. Bunların her biri, klinisyenlerin hastalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanan basit araçlardır.

En önemlisi de, bu ikinci baskının KİPT ile tedavisi uygun olan problemlere daha geniş bir bakış açısıyla yaklaşması. Son on yıl içinde araştırmalarda KİPT’in tedavi yöntemi olarak birçok değişik hastalık üzerine uygulanabilirliği denenmiş, klinik deneyimler de KİPT’in tanılar ötesi (transdiagnostik) kullanımını desteklemiştir. Pek yakında gerçekleşecek *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM)-V’de geçiş ve Ulusal Amerikan Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilmekte olan tamamen yeni Araştırma Alan Kriterleri (RDoC-Research Domain Criteria)^{1,2} göz önüne alındığında, bahsedilen tanı ötesi yaklaşımın hem güncel hem de deneysel olarak desteklenmiş olduğu görülür. Bütün bu nedenlerden ötürü, biz bu kitapta “sıkıntı” terimini kullanmayı tercih ettik – sıkıntı (*distress*) terimi bu kavramları genel olarak kapsar ve KİPT içinde dile getirilişlerini tarif eder.

2003 yılındaki ilk baskımızdan bu yana, birçok toplulukta ve birçok bozuklukta KİPT ile örnek nitelikte pek çok çalışma yapılmıştır.^b KİPT’in *etkiliği* (*efficacy*) konusunda giderek daha fazla deneysel destek olmakla birlikte, gündelik klinik uygulamalardaki *etkinliğini* (*effectiveness*) değerlendiren araştırmalar sınırlıdır. On yıl önce de belirttiğimiz gibi, deneysel olarak onaylanmış bütün psikoterapilerdeki genel durum budur. Diğer bir deyişle, KİPT’in ve diğer kanıta dayalı uygulamaların, aşağıdaki şekillerde gerçekleştirildiklerinde faydalı oldukları deneysel olarak gösterilmiştir:

- Akademik ortamlarda, özel olarak bunların uygulanmasına kendini adanmış terapistlerle,
- Seçilen tanı kriterlerine uyan ve herhangi bir başka komorbid tanısı bulunmayan kişilerle,
- Rastgele düzende yapılan klinik çalışmalara girmeyi kabul eden kişilerle,
- Tedavi için para ödemesi gerekmeyen kişilerle,
- Elkitablarında yazılanlara sıkı sıkıya bağlı kalmanın zorunlu olduğu çok sıkı kontrol edilen protokollerle.

Bunların aksine, klinisyenlerin çoğu, araştırma protokollerinin gerektirdiği şekilde bir hasta ile 12, 16 hafta veya herhangi bir sayıda düzenli haftalık görüşmeler için bir araya gelmenin neredeyse imkânsız olduğu ortamlarda çalışıyor. Klinisyenlerin çoğu, araştırma ödeneklerinden değil, doğrudan hasta hizmeti için ücret alıyor. Gerçek hayattaki hastaların çoğunda komorbid depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları, madde istismarı tanısı ve diğer problemler olduğundan, çoğu klinisyenin sadece majör depresyonlu bir hastayla çalışma gibi bir lüksü yok. Hastaların çoğu, halk sağlığı kliniklerine tedavi için geldiklerinde,

^b Bölüm 19 ve 20’ye bakınız.

istedikleri tedavinin ilaç mı, terapi mi ya da başka bir şey mi olup olmadığı hakkında bir ön fikre sahiptir. Bu hastalar, araştırma çalışmalarında, tedaviler arasında rastgele dağıtılmayı kabul edebilen kişilerden çok farklıdır. Hiçbir hasta, sıkıntısı nedeniyle geldiği halk sağlığı kliniklerinde, plasebo grubuna rastgele dağıtılarak tedavi edilmeyi istemez.

Tedavinin *etkililiği* açısından deneysel araştırmalar çok gerekli olmakla birlikte (örneğin, katı bir araştırma ortamında yapılan, rastgele düzende ve kontrollü bir çalışmayla gösterilen terapinin faydası), tedavinin *etkinliği* (örneğin günlük klinik ortamda uygulandığı zamanki faydası) onun klinik olarak kullanılabilirliğinin esas ölçüsüdür.^{3,4} Günümüzde, KİPT'in etkinliğine dair örneklem temelli deneysel araştırmalar tam gelişmemiş olmakla birlikte, KİPT'in toplumda izlenen hasta popülasyonlarında kullanımı üzerine çok sayıda klinik görüş ve deneyim mevcuttur. Klinik deneyim de bir tür araştırmadır: KİPT'in uygulanmasının dikkatle gözlenmesi, hastaların uyarlamalara ve değişikliklere verdikleri cevaplar da nitel verilerdir. KİPT uygulamasının hem rastgele dağıtımına yapılan çalışmalardan elde edilen deneysel verilere, hem de klinik tecrübelerden kazanılan nitel verilere dayandırılması gerektiğine inanıyoruz.^c

Bu inanç, KİPT'in elkitabları ile kodifiye edilmiş (*manualized*) şekilleri ve genelde elkitablarına dayalı diğer bütün tedaviler hakkında bizleri temel bir son söze götürmektedir.^{IV} Araştırma protokollerinin dışındaki uygulamalarda elkitablarına sıkı sıkıya bağlı kalınması istendiğinde, bu, terapisti klinik tecrübelerini kullanmaktan kaçınmaya ittiği için, tedavinin etkinliğini azaltabilir. Bu iddia, tecrübeli terapistlerin deneysel olarak kanıtlanmış tedavi yöntemlerini daha esnek uyguladıklarında daha iyi sonuçlar aldıklarının gösterilmesiyle de artık kanıtlanmıştır.^{5,6}

Hastanın geliştirdiği içgörünün şekli, değişim için isteklilik düzeyi, aktarımın tedavi etkileşimindeki rolü, terapötik işbirliğinin kalitesi gibi terapistin tedavi sürecinde gözlem ve çıkarım yoluyla elde ettiği veriler, terapistin hastanın ev ödevinden faydalanıp faydalanamayacağı, terapistin iyi bir zamanlamayla kendinden bahsetmesinin hastaya daha fazla içgörü kazandırıp kazandırmayacağı ya da hastanın 16 yerine 20 seansta daha fazla gelişme gösterip gösteremeyeceği hakkında karar vermesinde yardımcı olmalıdır. Bu kararlar, elkitabında yazılı ve uyulması zorunlu kurallar gibi dayatılarak değil, tedavinin ikili ilişkisi içinde ortaklaşa verilmelidir.⁷⁻⁹ Bu nedenle elinizde tuttuğunuz bu kitap, bir protokol elkitabı (*manual*) değil, kelimenin tam anlamıyla yol gösteren gerçek bir kılavuzdur (*guide*) ve kısıtlayıcı kurallar yerine KİPT uygulaması için bir çerçeve olarak hizmet edebilecek bir dizi prensip sunmaktadır.

Bu, KİPT'in *yapısına* dair bu ikinci baskıda yaptığımız tanımlamada da yansıtılmaktadır. Örneğin, birbirini izleyen haftalık KİPT seanslarının 12 veya 16 seanstan sonra araştırma protokollerinde olabildiği gibi birdenbire kesilmesinin klinik uygulama ortamlarında KİPT'in en etkin kullanma şekli olmadığını klinik deneyimlerin açıkça gösterdiğini ilk baskıda da belirtmiştik. O zamandan bu yana, Akut Tedavi aşaması seans aralığı yavaş yavaş azaltılarak tamamlanan ve Sürdürüm Tedavisine geçilen birçok iyi kontrollü KİPT etkililik çalışması yapılmıştır.¹⁰⁻¹² Tecrübeli klinisyenlerin uzun süredir gözledikleri gibi, bu yöntemle yapılan uygulamalar alevlenmeleri azaltmakta daha başarılı olmuştur. Depresyon gibi bazı hastalıkların tekrarlayıcı olduğunun^{13,14} ve KİPT Sürdürüm Tedavisinin de tekrarlamaları azalttığı^{10,11} ortaya konulmasından bu yana, yüksek riskli hastalarda böyle bir tedavinin uygulanmaması artık gerçekten hatalı bir tedavi vermek anlamına gelmektedir.

^c Bu aynı prensip, gerek psikoterapötik, gerekse de psikofarmakolojik, deneysel yönden geçerliliği onaylanmış tüm tedaviler için geçerlidir.

^{IV} (Cevrenin notu) Burada kullanılan iki sözcük arasındaki farkın yazarlar için çok önemli olduğunu ve onları nasıl çevirdiğimizi yeniden hatırlatalım : manual – elkitabı ve kitabın başlığında da kullanılan guide - kılavuz

Sürdürüm Tedavisi vermek, KİPT'in sonlandırılmaması anlamına gelir. Akut Tedaviyi tamamlamadan önce hastayla iki haftada bir veya ayda bir kez görüşmeyi planlamak, daha sonra da belirtildiği gibi Sürdürüm Tedavisine geçmek çok daha *etkin* bir yoldur. KİPT'in Akut Tedavi aşaması tamamlanmalı ama sonlandırılmamalı, yani hastayla ilişkiyi kesecek şekilde tamamen bitirilmemelidir.

Diğer yandan, KİPT konusundaki klinik deneyimler ve deneysel veriler, KİPT'in biyopsikosozal formülasyonunu desteklemektedir. Biyopsikosozal model, psikiyatride, psikolojide ve tıpta evrensel olarak kullanılmaktadır.¹⁵⁻¹⁹ Son zamanlardaki klinik deneyimler, bu modelin kültürel ve manevi faktörlere yönelik olarak genişletilmesinin de faydalı olacağını göstermiştir.^d İnsanın psikolojik işleyişi, basit bir medikal "bozukluk" olarak nitelenemeyecek kadar karmaşık ve çok faktörlüdür. Bizler, vücudumuzdaki genlerin toplamı ya da "tıbbi" benliğimizden öte varlıklarız.

Görüşümüz, tıbbi psikopatoloji modellerine sıkı sıkıya bağlı kalmanın hem tedavi edeni, hem de tedavi göreni robotlaştırdığı yönündedir. Tıbbi model, *kişilerin* değil *hastaların* DSM²⁰ veya Uluslararası Dünya Sağlık Örgütü Hastalıklar Sınıflaması (ICD)²¹ kriterlerine göre, özgün bir tıbbi bozukluk tanısı almalarını önerir. Bu yaklaşım, psikoterapide çalıştığımız kişileri yalnızca "belirti"lerini ya da "tanı"larını ele alarak tanımlamak ve sınıflamakla kalmaz, aynı zamanda onları özgün birer kişi olarak anlamamızı da engeller ve karşılaştıkları sorunlara karşı birlikte yaratıcı çözümler üretme kapasitemizi sınırlar. KİPT'te (ve genelde bütün psikoterapilerde) tedavinin birincil amacı, yardım isteyen kişiyi anlamak olduğundan, sıkı bir şekilde sadece tanıya bağlı kalmak ve bunu hastaya yansıtmak kötü bir klinik yaklaşımdan başka bir şey değildir. KİPT, kapsamlı bir Biyopsikosozal/Kültürel/Manevi formülasyona dayandırılmalıdır.

Dolayısıyla, belirtilere dayalı tanı sistemleri hastayı anlamada önemlidir, ancak ne hastanın sıkıntısını kavramsallaştırmak için birincil bir temel olarak, ne de KİPT tedavisi için bir gereklilik olarak kullanılmalıdır. KİPT, sadece kişilerarası problemler nedeniyle gelen kişilerde de klinik anlamda kullanılabilir. Bunların bazıları depresif, bazıları endişeli, bazıları kişilik sorunlu ve birçoğu da bütün bu faktörlerin bir birleşimiyle gelecektir. Bazıları yaşlı, bazıları ergen, bazıları erkek, bazıları kadın, bazıları terapistten farklı kültürden, bazıları yoksul, bazıları zengin, ancak hepsi bir sosyal destek ağıyla iç içe birer sosyal varlık olarak KİPT için potansiyel adaylardır. Klinik uygulama bağlamında, hastanın belirtileri tanı kriterlerine tam olarak uymadığı takdirde "*Tedavi verilebilir mi, verilemez mi?*" sorusu anlamsızdır; hastanın KİPT tedavisine uygun olup olmadığına, hastanın kendine has problemleri ile sıkıntısına ve sosyal bağlamına bakılarak karar verilmelidir.

Özet olarak, tedavinin etkili olduğunu gösteren deneysel kanıtlar, KİPT tedavisinin kullanımında temel oluşturmali; bu temel, klinik tecrübeyle güçlendirilmeli ve klinik kanaatle tamamlanmalıdır.

KİPT'in Tarihçesi

KİPT'in gelişiminin ilk dönemlerindeki seyri, günümüzde uygulanan deneysel olarak desteklenmiş diğer psikoterapi çeşitlerinden oldukça farklıdır. Diğer terapilerin çoğu klinik gözlemlerden yola çıkmıştır; klinik gözlemler zamanla birikip söz konusu tedavinin "nasıl işlediğini" açıklayan teoriler şeklinde bütünleşmişlerdir. Değişim mekanizmaları hakkındaki bu teorik varsayımlar, mesela davranışçı terapide olduğu gibi, özel tedavi tekniklerinin geliştirilmesine ön ayak olmuştur.

^d Meslektaşlarımızdan Rob McAlpine ve Anthony Hillin'e, KİPT'e bu konudaki katkılarından dolayı teşekkür borçluyuz.

Kutu 0.1 Deneysel olarak geçerliliği onaylanmış psikoterapi kriterleri

- I. En azından iki tane, gruplar arası karşılaştırma düzenini temel alan iyi tasarlanmış deney sonucunda, etkililiğin aşağıdaki kriterlerden bir veya daha fazlasının sağlanarak kanıtlanmış olması:
 - A. Farmakolojik ya da psikolojik plasebodan veya diğer bir tedaviden üstünlük (istatistiksel olarak anlamlı)
 - B. Örneklem hacmi yeterli bir deney kapsamında, daha önceden geçerliliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemiyle eşit etkililik

Veya

- II. Büyük bir tek olgu düzeninde deneyler serisiyle gösterilmiş etkililik ($n > 9$). Bu deneylerde:
 - A. İyi bir deneysel plan kullanılmış olması
 - B. Müdahalenin IA'da olduğu gibi başka bir tedaviyle karşılaştırılması

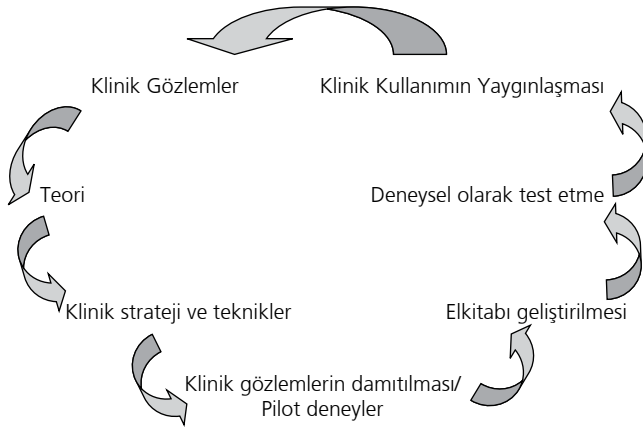
I ve II'nin her ikisi için de ek kriterler:

- C. Deneyler tedavi elkitablarıyla yapılmalı
- D. Danışan örnekleminin özellikleri net bir şekilde belirtilmeli
- E. Etkiler en az iki ayrı araştırmacı veya ekip tarafından da gösterilmiş olmalı

Kırk yıldan fazla bir süredir, kanıta dayalı tıbbı doğru yöneliş çerçevesinde, psikoterapötik tedavilerin geçerliliklerinin de deneysel olarak onaylanması zorunlu hale gelmiştir. Büyük oranda psikofarmakolojik tedavi deneylerinin etkisi altında, psikoterapilerin etkililiğini ortaya koymak için yapılan rastgele düzende iyi kontrollü çalışmalar, özel bir psikoterapi türünün etkililiğini ortaya koymak için *olmazsa olmaz* hale gelmiştir.²² Deneysel olarak desteklenmiş tedaviler (DDT), "sınırlı bir örnekleme gerçekleştirilen kontrollü araştırmalarda etkili oldukları gösterilmiş, özellikleri açık ve belirgin psikolojik tedaviler" olarak tanımlanmışlardır.²³ Deneyle Desteklenmiş Bir Tedavinin ne olduğunu tanımlayan özel kriterler oluşturulmuştur (Kutu 0.1).²⁴ Bu yazı kaleme alındığı sırada, Amerikan Psikoloji Derneği'nin (APD) 12. Grubu,²⁵ bu kriterlere uyan 60 psikoterapi türü listelemiştir (Kutu 0.1).

Dolayısıyla, son zamanlarda geliştirilen psikoterapiler, klinik gözlemlerden teoriye, teoriden rastgele düzende yapılan etkililik çalışmalarına doğru ilerlemiştir; bunun en güzel örneği de Bilişsel Davranışçı Terapidir (BDT). Etkililik testi önemlidir: Günümüzde giderek artan bir şekilde, yapılan sigorta geri ödemeleri ve lisans verme kriterleri, bütün dünyada DDT'lerin sunulabilme koşuluna bağlı olmaya başlamıştır. Bu nedenle, gözde terapi tekniğimizin, özellikle de söz konusu tekniği geliştiren kişi sizseniz, bu DDT listesinde yer almasını sağlamak kritik öneme sahiptir. Bu, elkitablarına bağlı terapilerin katılığını daha da artırmıştır: Eğer gözde terapiniz bu listede yer alabilmiş, deneysel olarak geçerliliği de saptanabilmiş ya da desteklenebilmişse, söz konusu terapinin ancak *tam olarak geliştirildiği gibi* sunulabileceği konusunda ısrarcı olmanız doğaldır. Elkitabları yol gösterici bir prensipler dizisi olmaktan ziyade birer dogmaya dönüşürler.

İlaç şirketleri Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış psikofarmakolojik ilaçlarını pazarladıklarında da aynı süreç göze çarpar. Geliştiriciler, çıkarları doğrultusunda, kendi ilaç ya da terapilerinin tüm diğer yöntemlerden farklı olduğunu, söz konusu tedavilerin diğerlerinden üstün ve evrensel olduğunu iddia ederler. Bir tedavinin diğerlerinden daha iyi olduğu şeklinde reklamının yapılması satışları artırır. Tedavide herhangi bir düzenleme ya da değişiklik yapmak geliştiricinin lehinde değildir, çünkü bu uyarılma ve değişiklikler, FDA veya APD onayını riske atabilir. Oysa bu, deneysel olarak kanıtlanmış tedaviler yaygınlaştığında ortaya çıkması beklenen ideal iki yönlü işbirliğine ters düşer. Aslında ideal olan, tecrübe kazanıldığında ve ek klinik gözlemler biriktiginde, terapilerin teori ve tekniklerinin yeniden düzenlenmesi, etkililikleri yönünden



Şekil 0.1 Psikoterapi yöntemlerinin gelişimi: İdeal bir yaklaşım

de bu değişimler ışığında tekrar test edilmesidir. Psikoterapilerin geliştirilişine yönelik bu iki yönlü ya da dairesel yaklaşım, verilerin klinik uygulamalardan da gelebileceğini kabul eder. Kanıt dayalı uygulamaların en iyileri, pratiğe dayalı kanıtları da kabul ederler (şekil 0.1).

Klinik gözlemler bizi psikopatolojinin ve değişim mekanizmalarının anlaşılmasını sağlayacak teorik yaklaşımlara götürür. Daha sonra bu teorik yaklaşımlar, pilot çalışmalar sırasında daha detaylı tanımlanan klinik strateji ve tekniklere dönüştürülür. Ardından bir elkitabı veya kılavuz geliştirilip, tedaviler deneysel olarak test edilir, etkili olanları da klinik olarak yaygınlaştırır. Ne yazık ki çoğu kez, bu süreç burada sona erer. İdeal olan, tedavi yaygınlaştıktan sonra toplanan ilave klinik gözlemlerin, teorinin berraklaştırılması ve klinik girişimlerin daha da geliştirilmesi için kullanılmalarıdır. Bunlar, pilot çalışmalarda tekrar deneyerek daha önceden düzenlenmiş elkitabına eklenebilecek, deneysel olarak yeniden test edildikten sonra da yeniden yaygınlaşabilecektir. Böyle dinamik ve kendini geliştiren bir süreç, hem etkili hem de etkin tedavilerin geliştirilmesini sağlar.

Diğer DDT'lere kıyasla KİPT, son derece farklı bir şekilde geliştirilmiştir. KİPT, bir dizi klinik gözlemden yola çıkıp, bunları tutarlı bir klinik psikopatoloji teorisinin temelleri olarak kullanıp, sonra da bu teori ışığında hastada istenen psikoterapik değişimi sağlayabilecek özel tekniklerin geliştirilmesi gibi bir yol izlememiştir; daha en başından, bir araştırma protokolü çerçevesinde, elkitabı halinde kodifiye edilmiş bir tedavi olarak ortaya çıkmıştır. Aslında KİPT'in ilk olarak geliştirilmesinin altında yatan bariz amaç, yeni bir klinik tedavi sunmak değil, depresyonun ilaçla tedavisinin etkililiğini göstermek için yapılan etkililik çalışmalarında, bu ilaçların karşılaştırılabileceği kodifiye bir "plasebo tedavi" yaratmaktır.²⁶⁻²⁹ KİPT'in faydalı olabildiği büyük ölçüde tesadüf sonucu keşfedilmiştir.

İlk KİPT modelini anlayabilmek için, bu terapinin medikal psikopatoloji modelinin saltanat sürdüğü 1970'li yıllarda geliştirildiğini unutmamak gerekir.²⁶ Söz konusu dönemde, psikiyatride medikal tedavilere, özellikle de ilaç tedavilerine verilen önem giderek artıyordu; bu hem ilaç endüstrisi, hem de birçok psikiyatrin artık kanıt dayalı olarak çalışan, daha "medikal" ve saygın uzmanlar olarak görünme arzusuyla ateşleniyordu.^{30,31} Geliştiriciler, çıkarları doğrultusunda, kendi ilaç ya da terapilerinin tüm diğer yöntemlerden farklı olduğunu, söz konusu tedavilerin diğerlerinden üstün ve evrensel olduğunu iddia ediyorlardı.

Bununla beraber, depresyonun ilaçla tedavisini inceleyen ilk çalışmaların bir kısmı, araştırmalara test edilen tedavilerin bir parçası olarak psikoterapiyi de eklemişlerdir, bunun

nedeni, deneylerin o günün tedavi koşullarını yansıtacak şekilde kurgulanıyor olmasıydı; o dönemde klinikte genellikle ilaç tedavisine psikodinamik psikoterapinin bazı biçimleri ekleniyordu.⁶ Klerman, Weissman ve çalışma arkadaşları da işte bu nedenle, depresyonun ilaçla tedavisi üzerine yaptıkları araştırmalara elkitabı olarak kodifiye edilmiş bir psikoterapi eklemeyi uygun bulmuşlardır. Daha sonra KİPT olarak geliştirilecek olan bu kodifiye tedavi yöntemi, başlangıçta “yoğun temas” grubu (*high contact*)³² olarak adlandırılmıştır; bunun arkasındaki varsayım, terapistle temasın hastaya özgül olmayan bir şekilde faydası olabilecek olsa da, bu etkilerin herhangi bir özel tekniğe bağlanamayacağıydı.²⁹

Açık bir şekilde farmakolojik tedavi araştırmalarının modelini izleyerek, psikoterapi grubunda uygulanacak işlem ve teknikleri tarif eden kodifiye bir elkitabı geliştirilmiş ve tedavide bağlılığın korunması amaçlanmıştır. Burada araştırmacıların en önemli sorunu, psikoterapötik tedavinin benzer biçimde tekrarlanabilir hale getirilmesiydi (*reproducible*) – psikoterapötik müdahalede kullanılan spesifik teknikler ve bunların teorik temelleri ikinci planda kalmıştır.²⁹ Araştırmacıların beklentisinin aksine, yapılan ilk çalışmalar KİPT’in terapötik etkisinin olduğunu göstermiştir.^{26,28} Bunun üzerine, KİPT’in büyük oranda “sosyal çalışma” veya “sosyal destek” girişimi gibi düşünülüyor olması nedeniyle, sosyal koşullar ve sosyal ilişkilerdeki değişikliklerin kişinin iyileşme sürecinde itici güç olabileceği varsayılmıştır. Araştırmacıların dikkatli olarak yapılan kontrollü çalışmalarda, KİPT’i deneysel olarak test etmeye devam etme arzuları, KİPT’in birçok değişik araştırma koşullarında kullanımına önyak olmuştur.

Kısacası, KİPT başlangıçta, psikopatolojik teori ve spesifik teknikler üreten klinik gözlemlerle değil, daha çok aşama aşama ilk basamaklara geri dönen “retrograd” bir şekilde inşa edilmiştir. KİPT, önce etkisiz olacağı düşünülen, ya da olsa olsa bütün psikoterapilerin özgül olmayan terapötik faktörlerinin bir kodifikasyonu olarak algılanan, elkitabına dayalı bir tedavi olarak başlamıştır. KİPT’in yaratılış amacı, deneylerde kullanılacak inandırıcı ve tekrarlanabilir bir plasebo psikoterapi yaratmaktır. KİPT, klinik gözlemler sonucunda geliştirilmiş bir terapi değildir, teorik temellerine ise ancak son on yılda yakın ilgi gösterilmiştir.

Bu gelişim sürecinin, KİPT’in 1980’li ve 1990’lı yıllardaki yayılışı üzerine iki etkisi olmuştur. Birincisi, “elkitabına dayalı” KİPT, klinik kullanım için değil, deneysel araştırma protokollerindeki isteği karşılamak amacıyla geliştirilmişti. Bunun sonucunda, yaklaşık yirmi yıl boyunca, KİPT’in kullanımı büyük ölçüde akademik ortamlardaki etkililik çalışmalarıyla sınırlanmış, klinik yaygınlaşma deneysel çalışmaların oldukça gerisinde kalmıştır. İkincisi, etkililik araştırmalarında KİPT’in tekrarlanabilirliği üzerine olan tarihi vurgu, birçok araştırmacının, KİPT’in klinik kullanıma esnekleşerek değil, araştırma elkitabına harfiyen uyarak uygulanması gerektiği şeklindeki ısrarlarına neden olmuştur. Elkitabına uymak esas ilke gibi algılanmış, esneklik ve kalite ise epeyce arkadan ikinci sırada gelmişlerdir.

Bu iki etki, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün Depresyon Tedavisinde İşbirlikçi Araştırma Programına (*National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* NIMH-TDCRP), bu kapsamda incelenen iki psikoterapötik tedaviden biri olarak KİPT’in dahil edilmesiyse daha da büyümüştür.³³ NIMH-TDCRP psikoterapi etkililik çalışmalarında halen “altın standardı” olarak kabul edilen bir metodolojiyi kullanarak, akut depresyon tedavisinde psikoterapi (özellikle KİPT ve BDT) ve ilaç tedavisinin ne kadar etkin olduğu sorusuna kesin bir yanıt getirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu katı tasarım, araştırma protokolünün KİPT’in başarılı klinik uygulamalarına adapte edilmesine değil, KİPT’in var olan araştırma protokolüne

⁶ XXXXX XXXX XXX XXX XXXX XXX XXX XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

uyarlanması gerekliliği konusunda zorlayıcı olmuştur.³³ Örneğin, NIMH-TDCRP protokolünün tanımında, araştırmalardaki tedavi sürelerinin psikoterapistlerin değil de psikofarmakologların gereksinimlerine göre seçilmiş olduğu açıkça söylenmektedir. Elkin ve arkadaşlarından da³³ direkt alıntı yapacak olursak:

Tüm tedavi seçenekleri 16 hafta uzunluğundadır. Tedavi süresinin uzunluğu öncelikli olarak program başlatıldığı zaman mevcut olan ilaç tedavisi pratiğine uydurulmuştur; iki deneysel psikoterapi çoğu kez sadece 12 hafta sürelidir.

Katı NIMH-TDCRP tasarımı, KİPT’i tıbbi modeli takip eden bir araştırma tedavisi olarak iyice değişmez hale getirmiştir. Tekrarlanabilirlik ve KİPT elkitabına bağlı kalınması üzerine yapılan vurgu, KİPT’in tıpatıp NIMH-TDCRP protokolünde belirtildiği şekilde uygulanmasında ısrarcı olunmasına neden olmuştur. Yeni klinik gözlemler ve deneyimlerle bütünleşerek, dinamik olarak gelişen bir tedavi şeklinde kavramsallaştırılmak yerine, NIMH-TDCRP elkitabında kodifiye olan şekli, yıllarca KİPT’in tek ve “doğru” uygulama şekli olagelmıştır. Yaklaşık 20 yıla yakın bir süre, bu 16 haftalık protokol, birçok KİPT klinisyeni tarafından değişmez bir şekilde kullanılmıştır.

Enteresan olarak, NIMH-TDCRP protokolü dahilinde var olan esneklik, elkitabına sıkı sıkıya uyma gereğini savunanlar tarafından göz ardı edilmiştir. Gerçekten de, protokol çerçevesinde klinik kanaat kullanımına izin veriliyor ve esneklik açıkça belirtiliyordu. Araştırmacılardan tekrar alıntı yapacak olursak:³³

Bununla birlikte tedavi seanslarının toplam sayısı ve sıklığında bazı küçük farklılıklar vardır. Bu farklılıklar, yaklaşımların alışılmış klinik kullanımlarıyla tutarlıdır. BD terapideki hastalar ilk sekiz hafta içinde 12 seans alırlar ve daha sonra haftada bir olacak şekilde sekiz seans daha alarak seans sayısını 20’ye tamamlarlar. KİPT’teki hastalar ise 16 hafta boyunca haftada bir seans alırlar, ancak terapistin isterse 4’e kadar seanslar ekleme seçeneği vardır, dolayısıyla toplam seans sayısı 16 ile 20 arasındadır.

Ayrıca, NIMH-TDCRP’de psikoterapi verilisinde oldukça geniş bir seçenek aralığı vardı. Tedavilerin 16 hafta uzunluğunda planlanmış olmalarına karşın, gerçekten uygulanan seans sayısının ortalaması sadece 13’tü.

NIMH-TDCRP, bilinçli olarak klinik terapötik kanaati protokole dahil edebilecek şekilde yapılandırılmıştı. Terapistlere, kendi istekleri doğrultusunda dört ek seans daha uygulama izni verilmişti. Bu verilerden çıkarak yapılabilecek uygun bir yorum, KİPT’in yapısında esneklik olması ve her kendine özgü hasta için farklı bir doz aralığı kullanılmasının gerektiğidir. Ancak yirmi yıla yakın bir süredir KİPT bu şekilde yaygınlaştırılmamıştır. İlk elkitapları, klinik yönlendirme kaynakları olmak yerine katı bir *kurallar dizisi* haline gelmişler, bu nedenle de KİPT’in yaygınlaşması engellenmiştir.

KİPT’in NIMH-TDCRP’ye dahil edilmesinin bir diğer etkisi de, orijinal KİPT araştırma kılavuzundaki bazı bileşenlerin, KİPT’i BDT’den ayırt etmek amacıyla eklenmiş ya da çıkarılmış olmasıydı. Bilinçli olarak yapılmak istenen, deneysel olarak karşılaştırılacak olan bu iki terapinin, varsayılan etkileri, terapötik duruşları ve özel müdahaleleri yönünden birbirlerinden mümkün olduğu kadar farklı hale getirilmeleriydi. Ev ödevi verme gibi BDT’nin temel yapısına dahil olan bazı teknikler, KİPT’ten bilinçli olarak kaldırılmıştı. BDT’nin davranışsal bileşenlerinden ayırt edilebilmesi amacıyla KİPT, daha çok *yönlendirici olmadan araştırma* ya da *netleştirme* gibi özgül olmayan tekniklere dayanan bir terapi olarak tanımlanmıştı. Örneğin,

ilk KİPT kılavuzlarında rastlanan, *ev ödevinin KİPT'te yeri olmadığı* saptaması, belirli bir teorik gereklilikten ya da herhangi bir klinik deneyimden kaynaklanmayıp, klinik araştırmaların gerektirdiği kısıtlamaların dışavurumudur. KİPT'in yalnızca kendine özgü tekniklerinin olmayışı, ya da tekniklerinin teorik bir temelden kaynaklanmaması, KİPT'in *kısa süreli bir psikodinamik psikoterapiden* ya da *sosyal desteğin sofistike bir şekilde teşvik edilmesinden* başka bir şey olmadığını şeklinde eleştirilmesine neden olmuştur.³⁴

KİPT'in geliştirilmesi üzerine NIMH-TDCRP'nin önemli bir diğer etkisi de, ana sonuç ölçümlerinin semptomların azalışına odaklanıyor olmasıdır. Depresyonda kullanılan ilaçlar esas olarak DSM semptomlarını azaltmayı hedeflediğinden, kıyaslama tedavisi olarak KİPT'in etkililiği de depresif semptomları azaltmasıyla ölçülmüştür. Bu KİPT'i (ve BDT'yi) antidepresan ilaçların basit analogları olmaya indirgemıştır.³⁵ Bunun yarattığı sonuç da, KİPT'in değerinin, geniş bir yelpazede tanımlanan psikolojik sıkıntı üzerindeki faydaları açısından değil, önceden tanımlanmış bir belirtiler kümesini iyileştirmek gibi dar bir odak açısından algılanmasıdır.

Belirtilerin azalmasının son derece arzulanan bir hedef olduğu, birçok etkililik çalışmalarının da KİPT'in bunu yapabildiğini gösterdiği kuşkusuz doğrudur; ancak bu dar odak, dikkatin KİPT'in diğer faydalı etkilerinden uzağa kaymasına neden olmaktadır. Bu faydalar arasında içgörüde potansiyel değişiklikler, sosyal ilişkilerde düzelmeler, genel olarak yaşam doygunluğu, kendini iyi hissetme ve hayattan zevk alma, hastanın kendi durumuna daha uygun hayat koşullarını kabullenmesi sayılabilir. Bu kavramların nitelenip ölçülebilmesi çok güç olsa da, KİPT'in sadece belirtiler üzerindeki etkisine dar bir şekilde odaklanmak ve sayılan bu değişimleri KİPT'in oluşturduğu etkiler olarak ciddiye almamak, tedavinin en kuvvetli ve en yararlı yönlerinin kaçırılmasına neden olabilir; üstelik söz konusu değişimler yalnızca psikoterapiye özgül, ilaçlarla olmayan değişikliklerdir.

Günümüzde KİPT'te artık daha kapsamlı Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi model yaygın bir şekilde kullanılıyor olsa da, halen KİPT ile yapılan araştırmaların çoğu, belirtilerin düzelmesi üzerine odaklanmaktadır. KİPT araştırmalarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası problemlere etkilerini araştırmaktan ziyade, KİPT'in net bir şekilde sınırlanmış olan DSM psikiyatrik bozukluklarına uygulanmasını incelemeye devam etmektedir. KİPT ile gerçek klinik koşullarda yapılacak etkinlik çalışmalarına büyük bir gereksinim vardır; saf ve katı tanılardan çok, gerçek klinik karmaşıklıkta hastaların getirdikleri sorunlara, kişilerarası işlevsellik, sosyal işlevsellik ve genel sıkıntı üzerinde yaratılan değişikliklere odaklanan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Neyse ki son on yıldır, hem klinik deneyim hem de araştırmaların yönlendirdiği birkaç KİPT uyarlaması yapılmıştır. KİPT'in daha karmaşık topluluklara ve duygulanım bozukluğu dışındaki bozukluklara uygulanması, tedavinin sıklık ve süresinin değiştirilmesine, Sürdürüm Tedavisinin geliştirilmesine ve KİPT'in diğer yöntemlerle birleştirilmesi gibi değişikliklere neden olmuştur. Bunlar aynı zamanda eğitime de uygulanmıştır. Bugün KİPT, belli prensiplere dayanan (*principle guided*) esnek bir tedavi olarak uygulanmakta ve yaygınlaşmaktadır; zaten böylesinin DDT'lerin en uygun ve etkili olarak sunulmuş yolu olduğu artık genel kabul görmüştür. Amerikan Psikoloji Derneği'nden (APD) alıntı yapacak olursak:³⁶

APD "en iyi araştırma kanıtını" kanıta dayalı uygulamanın ana bileşeni olarak belirlemiştir. Ancak, tedavi için ideal yaklaşımlar belirlenirken, var olan bu araştırma kanıtı, psikolojik tedavilerde *mutlaka bir yandan klinisyenin deneyimi, diğer yandan da hastanın değer ve özellikleri ile harmanlanacaktır.*

Bu değişiklikler ve artık günümüzde kullanılmakta olan esnek KIPT yaklaşımı bu kitapta özellikle vurgulanmaktadır. Söz konusu değişiklikler Akut Tedavinin (sonlandırılması yerine) Tamamlanması, takiben Sürdürüm Tedavisi verilmesi, görüşmelerin sayı ve sıklığının belirlenmesindeki esneklikler ve üç Problem Odağının kullanılmasındaki esneklikleri içerir. Bu değişiklikler aynı zamanda KIPT'in teorik temellerinin daha da sağlamlaştırılmasının bir yansımasıdır: Kitabımızın ilk baskısında tanımladığımız Bağlanma ve Kişilerarası İlişkiler Teorilerinin KIPT'te kullanılışından, KIPT'in klinik uygulanan tarzında bağlanmanın önemini destekleyen güncel verilere kadar uzanmaktadır.³⁷⁻³⁹

Bu değişiklikler, KIPT'in yaygınlaştırılabilmesi açısından çok kritik önemdedir. Klinik uygulamada yeni bir paradigma doğmaktadır. Sigorta şirketleri ve hükümetlerin, terapistlerden artık kanıtla dayalı tedavi uygulamalarını istemeleri doğrultusunda, KIPT ve birçok diğer DDT'ler dünya çapında piyasaya sürülmektedirler. Bu eğilim, derin bir dönüşüme neden olmaktadır: Toplumla hizmet veren klinisyenlerin, ruh sağlığı birimlerinde çalışabilmek ve yaptıkları işin karşılığında paralarını alabilmek için artık KIPT ve diğer DDT'ler üzerinde eğitim almış olmaları beklenecektir. Bu klinisyenlerin iyi eğitilmiş olmaları, değişik DDT'leri kullanabilmeleri ve *klinik deneyimlerini, hastalarının değer ve özellikleriyle harmanlayarak optimum bir tedavi verebilmeleri* bizim sorumluluğumuzdur.

KIPT ve Diğer Deneysel Olarak Desteklenen Terapiler İçin Bir Metafor

Psikoterapi öğrenmek, satranç öğrenmeye benzer. İyi satranç oynamayı öğrenmek için, iki şey yapmanız gerekir: Satrancın nasıl oynandığını açıklayan kitaplar okumak ve bulabildiğiniz en güçlü oyuncularla bol bol maç yapmak.

Hemen hemen bütün satranç kitapları oyunları başlangıç, orta ve oyun sonu olmak üzere üç bölüme ayırırlar. Bu kitaplarda neredeyse her zaman, oyunun nasıl başlatılacağına dair, değişik taşların hareketlerinin basit tanımlarından başlayıp, İtalyan Gambiti ya da Viyana Gambiti gibi karmaşık savunma açılışlarına uzanan, ayrıntılı açıklamalar vardır. Satranç kılavuzları aynı zamanda oyun sonlarını da ayrıntılı bir şekilde betimlerler. Oyunun başlangıç aşamaları için olduğu gibi, oyunu sonlandıracak birkaç hamle üzerinde de ayrıntılı tanımlamalar ve analizler sunulur. Oyunların ortasında neler olduğuna dair pek fazla bilgi olmaması, bunlarla net bir karşıtlık oluşturur. Bu durum, özellikle de oyunun ne kadar uzun bir kısmının aslında "oyun ortasında" oynandığı hatırlanırsa, daha da fazla dikkat çeker. Oyunun ortası, oyun başlangıcındaki açılışları, oyun sonundaki sonuçlara bağlayan gizemli bir kara kutu gibidir.

Psikoterapi kılavuzları da satranç kitapları gibidir. Çoğu, tanımlanan spesifik tedavi için hastaların seçimi, tedavinin başlangıcı ve tedavi modelinin hastaya tanıtılması konusunda detaylı bilgi içerir. Bunu, genelde kullanılabilecek olan tekniklerin kısaca gözden geçirilmesi izler ki bu, oyun taşlarının gerçek bir oyun bağlamı dışında nasıl hareket ettiklerinin basit bir betimlemesi olarak görülebilir; daha sonra da terapinin nasıl sonlandırıldığının detaylı bir tanıtımı yapılır. Tekniklerin, bütün ve gerçek bir tedavi bağlamında anlaşılmasının önemini göz ardı eden bu yaklaşıma karşı eleştirel olmak için birçok neden olabilir. Ancak, satrancın ya da psikoterapilerin açılış fazlarının tanımlanmasına abartılı oranda fazla zaman adanmasının, oyunların ya da psikoterapilerin sonlandırılışlarının analizi için bunca emek verilmesinin başlıca nedeni şudur: Terapi (ya da oyun) sürecinde olup bitenler yalnızca bu iki aşamada az çok kesinlikle tanımlanabilmektedir. Oyunun ya da terapinin ortasında ne olup bittiğini bir ucundan betimlemeye başlamak için bile, baş edilebileceğinden çok fazla, birçok değişik

dizilim ve birçok ihtimal vardır. Bunun aksine, açılış fazındaki sınırlı hamle ve karşı hamle sayısı, sınırlı cümle ve cevap olasılıkları, bu aşamayı betimlemeler için daha elverişli hale getirir. Oyun elde kalan sadece bir iki taşa indirildiğinde, ya da terapinin tamamlanmasına sadece bir iki seans kaldığında, tekrar kesin tanımlar önerebilmek mümkün olur – analiz edilemeyecek kadar fazla hamle olanağı kalmamıştır artık.

Yapılması gereken hamleleri sırayla düzenli bir liste olarak veren kitapların gerçek bir satranç maçında pek fazla bir değeri yoktur. Terapistin her bir seansta neler yapması gerektiğini reçeteleryen elkitablarının da pek fazla değeri yoktur. Hastaların hepsi birbirinden farklıdır. Bazıları ev ödevi yapmak istemezken bazıları da görüşme için bir gündem belirlemek istemez. Bazıları terapistin gösterdiği yoldan giderken, bazıları ise bunu kabul etmez. Her vakada ayrı bir düzenleme yapmak gerekir. Oyunun ortası o kadar değişik şekillerde oynanabilir ki, yapılacak her hamleyi önceden bir senaryo halinde yazmak mümkün değildir.

İşte burada, en güçlü oyunculara karşı oynamış olmak, ya da en zor hastalarla çalışmış olmak, bir fark yaratacak şekilde gündeme gelir. Tecrübe, Orta Aşamayı yürütmeyi öğrenmenin en iyi yoludur – hele de bu süreçte, daha da ileri içgörü ve ipuçları verebilecek bir satranç ustası ya da terapi süpervizörü varsa. Tecrübe ve yetenek uygulamadan geçer. Oyunun ortasında ne yapılacağını öğrenmek, bir hamle ve strateji repertuarı geliştirmek, hangi taktiklerin kullanılabileceğini bilmek, sıkı sıkı bir elkitabını izlemekle değil, sezgi ve yargı kabiliyetini ince ince geliştirerek mümkün olur. Satranç ve terapi ustaları, hangi seansta hangi kişiyle hangi hamlenin başarılı olacağını sezgisel olarak bilebilecek hale gelmişlerdir – ve başarılı olacak hamleyi ne zaman ve nasıl yapacaklarına karar verebilecek deneyime sahiptirler. Satranç ve terapi ustaları teknisyen değil birer zanaatkârdır. Satranç ustaları bütün hayatlarını ustalaşmaya adadıkları gibi, deneyimli terapistler de yaşamları boyu devamlı çalışıp öğrenerek, kendi düşünce ve hislerini anlamaya çalışarak, kesintisiz klinik uygulama yaparak ustalığa erişirler.

Oyunun “nasıl” oynanacağına ilişkin giriş elkitablarını inceleyip, birkaç oyun oynayıp biraz da tecrübe kazandıktan sonra, satranç oyuncuları satranç ustalarının büyük oyunlarını tarif eden “olgu-çalışmaları”nın olduğu kitaplara yönelirler. Bu olgu çalışmaları, teknik bilgi vermektense, satranç oyuncularının yargılama, zamanlama ve sezgi yeteneklerini keskinleştirmeyi hedeflerler – en büyük satranç ustalarının kafasının içinde neler olup bittiğini anlamaya çalışmak için okunurlar. Buna benzer bir şekilde, gelişimlerinin üst seviyelerinde, terapistler, aynı zamanda genel prensiplerin de derlenebildiği bireysel olguları tarif eden olgu çalışmalarıyla yaklaşımlarını geliştirirler.

Usta psikoterapistler, bazı özel tekniklerin yanında, psikoterapi zanaatını anlamaya da çalışırlar. Satranç açılışları ya da değişik psikoterapi formları kişinin elinin altında olması gereken gereçler olsa da, terapi içinde yaşanılanların ya da terapi sürecinin hepsini kapsamazlar. Satranç ustalarının birçok açılış stratejisini çok iyi anladıkları gibi, usta psikoterapistlerin de çeşitli terapi yaklaşımlarını anlayıp uygulayabiliyor olmaları gerekir. Satranç ve psikoterapi sanatı, hangi özel stratejinin ne zaman kullanılacağına iyi karar verebilmek ve söz konusu stratejiyi uygulayabilme yeteneğine sahip olmaktır. Tecrübeli klinisyenler, usta satranç oyuncuları gibi, kitapların bir noktadan sonra ileri gidemeyeceğini bilirler. Elkitabları tedavi taslağının çıkarılmasında yardımcı olsa da, klinik uygulamalar terapistin esnek olmasını ve her bir bireye uygulanan terapide klinik kanaatini kullanmasını gerektirir. Psikoterapi kitapları, satranç kitapları gibi, tedavi için kılavuz olarak kullanılmalıdır. Tecrübe ile yargıyı birleştirme yetisi ve yılmadan sürekli egzersiz yapma isteği, klinisyeni uzman haline getirir.

Sonuç

Bu kitap KİPT'i uygulamak isteyen klinisyenlere kılavuzluk yapması amacıyla hazırlanmıştır. Esas amacımız, KİPT'i ulaşılabilir ve uygulanabilir kılmaktır; birçok kişilerarası sorun ve psikiyatrik sendrom için olağanüstü bir tedavi olduğuna inandığımız bu terapinin yayılmasını teşvik etmektir. Araştırmacıların olduğu kadar klinisyenlerin de tümü tarafından kabul edilen bir paradigma öneriyoruz: KİPT bir DDT olup, klinik tecrübelerini her özgün klinik ilişkide kullanabilen terapistler için bir temel oluşturabilir. KİPT, teorik yaklaşım, deneysel araştırma ve klinik tecrübe üzerine kurulmuştur ve her zaman klinik yargıyı içermelidir.

KİPT: Kabul gören bir paradigma

1. KİPT'in uygulanması teori, deneysel veriler ve klinik tecrübeye dayandırılmalıdır.
2. Yeni deneysel veriler ve klinik tecrübeleri KİPT modeline katmak, tedaviyi daha iyi hale getirecektir.
3. KİPT terapistleri, KİPT'i bir DDT olarak kullanmalıdır; KİPT özgün hastalar ve özgün koşullara uyarlandığında daha iyi sonuçlar alınacaktır.
4. KİPT çerçevesinde klinik kaniyi kullanmak, sonucu daha iyi hale getirecektir.
5. KİPT'in kullanımı belirli tanımlara kısıtlanmamalı, KİPT birçok kişilerarası sorun için önerilebilmelidir.

Kaynaklar

1. Cuthbert BN and Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophrenia Bulletin*, 2010, **36**(6): 1061-1062.
2. Insel T, *et al.* Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2010, **167**(7): 748-751.
3. Nathan PE, Stuart S and Dolan S. Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 2000, **126**: 964-981.
4. Barlow DH. Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 1996, **51**: 1050-1058.
5. Barber J, *et al.* The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: results from the NIDA collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research*, 2006, **16**: 229-240.
6. Castonguay L, *et al.* Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, **64**: 497-504.
7. Edelson M. Can psychotherapy research answer this psychotherapist's questions? in Talley PF, Strupp HH and Butler SF (eds) *Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap*. 1994, New York: Basic Books.
8. Garfield SL. Some problems associated with 'validated' forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1996, **3**: 218-229.
9. Strauss BM and Kaechele H. The writing on the wall: comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 1998, **8**: 158-170.
10. Frank E, *et al.* Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000, **61**: 51-57.

11. Frank E, *et al.* randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2007, **164**: 761-767.
12. Talbot N, *et al.* A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatric Services*, 2011, **62**: 374-380.
13. Kessler RC, *et al.* The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 2003, **289**: 3095-3105.
14. Kessler RC, *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005, **62**: 593-602.
15. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial models. *American Journal of Psychiatry*, 1980, **137**: 535-544.
16. Engel GL. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? *New England Journal of Medicine*, 1982, **306**: 802-805.
17. Sadler JZ and Hulgus YF. Clinical problem solving and the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 1992, **149**: 1315-1323.
18. Hartmann L. Presidential address: reflections on humane values and biopsychosocial integration. *American Journal of Psychiatry*, 1992, **149**: 1135-1141.
19. Fava G and Sonino N. The biopsychosocial model 30 years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2008, **77**: 1-2.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
21. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10*, 10th edn. 1992, Geneva: World Health Organization.
22. Parloff MB. Placebo controls in psychotherapy research a sine qua non or a placebo for research problems? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, **54**: 79-87.
23. Chambless DL and Hollon S. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, **66**: 7-18.
24. Chambless DL, *et al.* Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 1998, **51**(1): 3-16.
25. Society of Clinical Psychology APA Division 12. *Psychological Treatments*. 2011. Available at: www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/treatments.html.
26. Klerman GL, *et al.* Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1974, **131**: 186-191.
27. Weissman MM. The psychological treatment of depression. Evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 1979, **36**: 1261-1269.
28. Weissman MM, *et al.* The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 1979, **136**(4B): 555-558.
29. Weissman MM. A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 2006, **36**(8): 553-557.
30. Detre T. The future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 1987, **144**: 621-625.

31. Detre T and McDonald MC. Managed care and the future of psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 1997, **54**: 201-204.
32. DiMascio A, Weissman MM and Prusoff BA. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 1979, **36**: 1450-1456.
33. Elkin I, *et al.* NIMH Treatment of Depression Collaborative Treatment Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 1985, **42**: 305-316.
34. Markowitz JC, Svartberg M and Swartz HA. Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 1998, **7**: 185-195.
35. Stiles WB and Shapiro DA. Abuse of the drug metaphor in psychotherapy processoutcome research. *Clinical Psychology Review*, 1989, **9**: 521-544.
36. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 2006, **61**: 271-285.
37. Ravitz P, Maunder R and McBride C. Attachment, contemporary interpersonal theory and IPT: an integration of theoretical, clinical, and empirical perspectives. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2008, **38**(1): 11-22.
38. McBride C, *et al.* Attachment as a moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, **74**: 1041-1054.
39. Stuart S and Noyes R Jr. Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 1999, **40**(1): 34-43.

Bölüm 1

Giriş

Konu 1. Giriş

Konu 2. Teori ve Klinik Uygulamalar

Giriş

KİPT'in Özellikleri	4
KİPT İçin Bir Metafor	14
Sonuç	15
Kaynaklar	15

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT), hastaların sıkıntılarını hafifletmeyi ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmeyi hedefleyen, kısa-sürelî, bağlanma modelini temel alan bir psikoterapidir. KİPT, kişilerarası etkileşimlerde dönüşüm yaratarak klinik belirtileri azaltabilmek için, özellikle kişilerarası ilişkilere odaklanır; amacı, hastaların ilişkilerini geliştirebilmeleri ve günlük yaşamda ihtiyaç duydukları duygusal ve somut desteği uygun bir şekilde, nezaket ve incelikle isteyebilmeyi öğrenmeleridir.¹ KİPT ayrıca kişilerarası sorunlarıyla daha iyi baş edebilmeleri için hastalara alabilecekleri sosyal desteği artırmaları konusunda yardım etmeyi de amaçlar.

KİPT, ilk önce majör depresyonda önerilen bir tedavi yöntemi olarak klinik araştırmalar ortamında geliştirilmiş ve 1984 yılında Klerman ve arkadaşları tarafından bir araştırma elkitabı olarak sistemleştirilmiştir.¹ O zamandan bu yana KİPT'i destekleyen araştırmaya dayalı veriler ve klinik deneyimler artmış, bu birikim KİPT'in kullanım alanlarını genişletmiştir. Artık KİPT, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nda (DSM-IV)² tarif edilen çeşitli iyi belirlenmiş tanıları almış hastaların ötesinde, kişilerarası ilişki sorunuyla başvuran ya da daha geniş anlamda *psikolojik sıkıntı* nedeniyle profesyonel destek arayan hastalara da önerilmektedir.

KİPT, deneysel araştırmaların ve klinik deneyimlerin geldiği en iyi noktayı yansıtır: Gerekli olduğunda, hem (nitel ve nicel) yeni deneysel verileri, hem de artan klinik tecrübeyi *değişiklikler* olarak yapısına ekler. KİPT statik ya da sabit değildir; mevcut klinik deneyim ve araştırmalar, KİPT için yapılması gerekli düzenlemeler konusunda bilgi verici ve yol gösterici olmuştur, olacaktır. 2003 yılında ilk baskısının yayımlanmasından bu yana *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi: Klinisyen Kılavuzu*, güncellenmiş ve artık esnek olan yapısı sayesinde KİPT'in daha önceleri akademik ortamlarda araştırma amacıyla yapılan, rasgele düzende oluşturulmuş tedavi çalışmalarının ötesine geçmesi ve genel klinik ortamlarda yayılması mümkün olmuştur. Dahası, terapistlerin uygulamada kendi klinik sezilerini kullanmalarına açık, hatta bu yönde teşvik edici olan bu esnek yapı, KİPT'in etkinliğini artırmış, daha farklı hasta gruplarına uygulama yapma imkânı da tanımıştır.

İlk baskımızda olduğu gibi, bu güncellenmiş kılavuz da KİPT'teki en son gelişmeleri yansıtmakta olup, gelecekteki araştırma ve klinik deneyimlerin tedavide ilave gelişmelere ön ayak olacağını, KİPT'in zaman içinde gelişerek daha iyi hale geleceğini kabul etmektedir. KİPT'in etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için bu gelişmelerin olması gerektiğine

¹ Çevirenin notu : «nezaket ve incelikle» sözcüklerini, kitabın yazarları için çok önemli ve bu bağlamda bir sözcükle tam olarak çevrilmesi zor olan temel bir kavramı çevirmek için kullanıyoruz: "graciousness". Metin içinde ilerlendikçe, bundan böyle ya "incelik" ya da "nezaket" olarak çevireceğimiz bu kavramın anlamı daha açık hale gelecektir.

inaniyoruz. Bu kılavuzun yeniden gözden geçirilmiş baskısını yayımlama imkânına sahip olduğumuz için minnettarız; KİPT çerçevesi içinde yeni klinisyenler ve araştırmacılar daha iyi teknikler ve taktikler geliştirdikçe, bunu takip edecek olan yeni baskıların sürmesini umuyoruz. KİPT modeline ve klinik uygulamasına hem araştırmaya dayalı veriler, hem de klinik tecrübeler katkıda bulunmuştur ve katkıda bulunmaya da devam etmelidir.

KİPT'in Özellikleri

KİPT dört ana unsurla tanımlanabilir. Birincisi, isminden de net bir şekilde anlaşılacağı üzere, KİPT müdahale noktası olarak özellikle kişilerarası ilişkilere ve sosyal destek konusuna odaklanır. İkincisi, KİPT psikolojik işlevselliğin Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi modeline dayalıdır. Üçüncüsü, KİPT'te Akut Tedavi süresi sınırlıdır. Dördüncüsü, KİPT'te kullanılan müdahaleler terapi sırasında gelişmekte olan hasta-terapist ilişkisini genellikle doğrudan ele almaz (Kutu 1.1).

Kutu 1.1 KİPT'in Özellikleri

- o KİPT, müdahale noktası olarak özellikle **kişilerarası ilişkilere ve sosyal destek konusuna** odaklanır
- o KİPT, psikolojik işlevselliğin **Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi modeline** dayalıdır
- o KİPT'te **Akut Terapi süresi sınırlıdır**
- o KİPT'te **kullanılan müdahaleler hasta-terapist ilişkisini genellikle doğrudan ele almaz**

KİPT Kişilerarası Yönelimlidir

KİPT, yaşanan kişilerarası sıkıntıların psikiyatrik belirtiler ve genel olarak da psikolojik sıkıntıyla yakından bağlantılı olduğu önermesine dayalıdır. Bu nedenle, KİPT'in odak noktaları hep iki ayaklıdır. Birincisi, hastanın *ilişkilerindeki çatışmalar, rol geçişleri ve kayıplardır*. Amaç, hastanın ya bu ilişkilerde iletişimini düzeltmesi ya da ilişkiler hakkında daha gerçekçi beklentilere sahip olmasına yardımcı olmaktır. İkinci odak noktası ise sıkıntıyı tetikleyen krizle başa çıkmak ve gerekli kişilerarası desteği daha iyi kurabilmesi için, hastanın *geniş çaplı bir sosyal destek ağı kurmasına ya da mevcut olan destek ağından daha iyi yararlanmasına yardımcı olmaktır*.

Bu yaklaşım, mesela doğum sonrası depresyonu olan kadınların tedavisi için son derece uygun bir yöntemdir.³ Bu durumdaki birçok kadın, sıkıntılarının eşleriyle ilişkilerindeki çatışmalara bağlı olduğunu söyler. Ayrıca, birçoğu aynı zamanda "çalışan kadın" rolünden "anne" rolüne geçiş yapmakta zorluk çektiklerini, sosyal konum ve sosyal desteklerindeki bu değişikliğin de sorunlarına katkıda bulunduğunu anlatır. Bir KİPT terapisti, yeni anne olmuş hastasına çocuk bakımını paylaşmak gibi konularda eşyle yaşadığı çatışmaları çözümlmek için yardımcı olabilir, aynı zamanda onun sosyal ağından daha fazla destek almasına da yardım edebilir. Bu, çocuk sahibi olan diğer arkadaşlarla, geniş aile fertleri ya da iş arkadaşlarıyla bağlantıya geçmeyi, onlardan destek istemeyi içerebilir. Aynı zamanda, mesela onu "yeni annelerin birbirlerine destek grubu" gibi bir gruba katılmaya teşvik etmeyi de içerebilir. Rol Geçişinin getirdiği zorluklarla başa çıkılırken, belli bir kişilerarası çatışmanın çözümlenmesi ve kişilerarası desteğin artırılması, belirtilerin iyileşmesini ve kişilerarası işlevsellikte düzelmeyi sağlar.

Bu, KİPT ile Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)⁴ ya da psikanalitik yönelimli psikoterapiler

gibi tedaviler arasında net bir ayrımdır. BDT'de tedavinin birincil odak noktası hastanın içsel biliş ve şemaları iken, KİPT, her şeyden önce hastanın kendi kişilerarası alanında kişilerarası iletişimlerine ve sosyal desteğine odaklanır. Analitik yönelimli tedavilerde tedavinin birincil odak noktası erken yaşam deneyimlerinin psikolojik işlevselliğe katkısını anlamak iken, KİPT öncelikle şimdiki zamanda hastanın iletişimini düzeltmeye ve sosyal desteğini artırmaya odaklanır. Geçmiş deneyimler mevcut işlevselliği açıkça etkiliyor olsalar da, müdahalenin önemli bir odak noktası haline gelmezler.

KİPT ve diğer psikoterapiler arasındaki bu kritik ayrıma daha fazla vurgu yapılmalıdır, çünkü bu çoğu zaman diğer yaklaşımların savunucuları tarafından gözden kaçırılır ya da geçiştirilir. Kuşkusuz bütün psikoterapiler kişilerarası işlevselliği bir şekilde ele alır, çünkü bu zaten bir insanın danışmanlık arayışına sebep olan sorunlarının temelidir. Fark, yapılan vurgudur. KİPT'te, kişilerarası sorunlar – Yas ve Kayıplar, Kişilerarası Çatışmalar ve Rol Geçişleri – tedavinin birincil odaklarıdır. BDT, Psikodinamik Psikoterapi, Problem Çözme Terapisi, Kabullenme ve Kararlılık Terapisi, Davranışsal Aktivasyon ve hatta “kristallerle köşede amuda kalkmak” gibi “yeni dalga” terapilerde kişilerarası sorunlar birincil odak *değildir*. Bu terapilerde odak noktaları *bilişler, şemalar, değerler* ya da *baş aşağı duran kristallerdir*. Kişilerarası sorunlar diğer tedavilerde de ele alınır, ama **birincil** odak *değildir*. Bu yüzden bu terapilere “Kişilerarası BDT” ya da “Kişilerarası Kristal Terapisi” denilmez.

Adil ve ölçülü olmak adına eklemeliyiz ki, KİPT hiç şüphesiz diğer terapilerin özünde olan sorunları da ele alır. Örneğin, son derece yerinde bir Sokratik sorgulama ile KİPT'te kullanılan “*ilişkilerden beklentiler*” kavramının BDT'deki *bilişlere* benzeyip benzemediği ya da KİPT terapistlerinin hastanın iletişimindeki motivasyonların bilinçdışı psikolojik etmenlerce belirlenebileceği gibi bir kavramı silip atıp atmadıkları sorulabilir. Bunlar geçerli saptamalardır. Fakat nasıl kişilerarası sorunlar diğer tedavilerin birincil odakları değilse, bu konular da KİPT'in *birincil* odakları *değildir*. Araştırmaya dayalı olarak geçerliliği kanıtlanmış bu tedaviler arasında örtüşme olmakla birlikte çok net ayrımlar da vardır.

Bununla beraber, KİPT'in böylesine etkili olmasının sebeplerinden biri, birincil odağının kişilerarası sorunlar olmasıdır. KİPT, karmaşık psikolojik mekanizmalara ya da teorilere başvurmak zorunda kalmadan, kişilerin terapiye getirdikleri şimdi-ve-burada kişilerarası sorunları doğrudan ele alır. KİPT terapisti hastasına, basit ve direkt bir şekilde, terapide onu zaten yardım almaya itmiş olan yas gibi kişilerarası konular üzerinde konuşulabileceğini söyleyebilecektir – şema, id ya da *kristallerin manyetizması* gibi varsayımsal kavramların ortaya atılmasına gerek yoktur.

Bu farklılıkların doğal sonucu, KİPT'in, şimdi-ve-buradaki kişilerarası işlevsellik üzerindeki birincil odağı doğrultusunda, altta yatan psikodinamik yapıların değiştirilmesi için değil, psikiyatrik belirtilerin bir an önce çözümlenmesi ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesi için tasarlanmış olmasıdır. Ego gücü, savunma mekanizmaları ve kişilik özellikleri gibi boyutların hepsi tedaviye uygunluğu değerlendirme açısından önemli olsa da, KİPT kısa süreli olduğu için tedavi sırasında bu yapılar değişim meydana gelmesi beklenmez. Bunun için yeterli zaman yoktur. Ego gücü, kişilik ve bağlanma, daha ziyade her özgün hastayı belirleyen veriler olarak alınır. KİPT terapistinin yapacağı müdahalelere ışık tutan soru şudur:

Hem bu hastanın kişilik özellikleri, ego gücü, savunma mekanizmaları ve erken yaşam deneyimlerini, hem de çalıştığım zamanı göz önünde bulundurarak, bu kişinin şimdi-ve-buradaki kişilerarası ilişkilerini düzeltmesine ve daha etkili bir sosyal destek ağı oluşturmasına nasıl yardımcı olabilirim?

KİPT Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi Modele Dayalıdır

KİPT, psikolojik işlevselliğin *Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi* modeline dayalıdır. KİPT'in yaklaşımı, psikolojik sıkıntıya ya da psikiyatrik sorunlara tıbbi hastalıklarımız gibi dar bir açıdan bakmak yerine, hastanın işlevselliğini sosyal ilişkiler ve genel sosyal destek bağlamında, genetik ve fizyolojik işlevsellik gibi biyolojik faktörler temeline oturtulmuş mizaç, kişilik ve bağlanma tarzının bir ürünü olarak, geniş bir açıdan yorumlamaktır. Ayrıca kültürel ve manevi unsurlar da ana faktörlerdir, ki KİPT dünyada farklı ortamlarda kullanılmaya başladığından, bu giderek daha da önemli bir hale gelmiştir.

Sıkıntının bu beş faktörlü modeli üç nedenden dolayı KİPT için en uygun modeldir. Birincisi, başkalarına bağlanma ve kişinin etkin bir iletişim kurabilme yeteneğinin psikolojik işlevsellikle yakından ilgili olduğunu varsayan KİPT'in teorik temeliyle uyumludur. İkinci olarak, Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi model bizi doğrudan KİPT'te kullanılan özel teknikler ve müdahalelere götürür. Bunlar *Kişilerarası Somut Olayların* incelenmesi ve *İletişim Analizi* gibi KİPT müdahalelerini içerir. Sıkıntının bileşenlerinden biri olarak biyolojik faktörlerin kabul edilmesi, KİPT'in gerektiğinde psikotrop ilaç kullanımına da açık olmasını sağlar. Üçüncüsü, Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi model hastanın güçleri üzerine kurulmuştur – sadece psikolojik sıkıntıya yatkınlık oluşturan faktörlere odaklanmayıp, aynı zamanda sıkıntıya karşı koruyucu faktörleri de içerir. Bölüm 6'da detaylı bir şekilde açıklandığı gibi, bunların hepsi KİPT formülasyonuna dahil edilebilir.

KİPT'in otuz yıl önce ilk kez sistemleştirilmiş hali, hastalıkların biyolojik modeline dayanıyordu. İçinde geliştirilmiş olduğu tarihsel çerçeve ve deneysel araştırma tasarımının gereklilikleri göz önünde bulundurulduğunda, bu sınırlı bakış açısı tabii ki anlaşılabilir. Tarihsel olarak KİPT, tıpta biyolojik mekanizmaların birincil olduğu bir dönemde geliştirilmişti; psikiyatri tıbbin içinde ciddiye alınacak bir dal olmaya çalışıyordu; biyolojiye bu denli vurgu yapılması, yıllardır ön planda olagelmış psikanalitik psikiyatriyle kasten aranan bir ayrışma isteğiydi. KİPT'in (ve diğer psikoterapilerin) majör depresyon gibi belirli tanılar için ilaçlarla karşılaştırıldığı ilk araştırmaların tasarımları da KİPT'i hastalık temelli biyolojik model içine girmeye zorlamıştı.

Bu kısıtlayıcı medikal modelin bir sonucu, ilk araştırma kılavuzunda, hastalara KİPT tedavisine başladıkları zaman "hasta rolü" verilmesi zorunluluğuydu. Bu, sözün tam anlamıyla hastaya tıbbi olarak hasta olduğunun açıklanması, kendisine bir hasta gibi davranılması gerektiğinin söylenmesi anlamına geliyordu: Hastaya bir süre yaşamın getirdiği sorumluluklar dayatılmamalı, diğer kişiler hastanın iyileşmesine izin vermeliydiler; ancak ondan sonra hasta bir şeyleri değiştirmek için kendisi sorumluluk alabilecekti. Hastanın bu *hasta rolünü* kabullenip kabullenmemesi önemli değildi – yaşadıklarını ortaklaşa bir çabayla anlamak yerine, kendisine bu rol zorla veriliyordu.¹¹

Bu modası geçmiş biyolojik hastalık modeli çeşitli sorunlar barındırıyor. Birincisi, tıp alanının genelde kendisi artık hastalık ya da bozukluklara daha geniş bir açıdan bakmaya başlamıştır. Bir örnek verecek olursak, diyabet artık sadece bir "biyolojik hastalık" olarak görülüyor. Bunun yerine, fizyolojik temele dayalı bir hastalık olan diyabet, psikolojik ve sosyal işlevsellik bağlamında, kültürel ve manevi faktörlerin de ele alındığı bir çerçevede değerlendiriliyor. Özellikle tip-2 diyabet için yeme davranışına yol açan psikolojik faktörler

¹¹ Çevirenin notu: İngilizcede farklı nüansları verebilen iki sözcük (disease, illness) Türkçeye aynı sözcükle (hastalık) olarak çevrilince önemli anlamlar kaybolabiliyor. Yine İngilizcedeki hasta (patient) ve hasta rolü (sick role) arasındaki karşıtlık Türkçede kaybolmakta, çeviri anlamını yitirebilmektedir. Metinde anlatılmak istenen "hastaya hasta rolü vermenin anlamsızlığı" (to give the patient the sick role). Türkçede garip tınlamaktadır. İngilizcede günümüzde artık hiçbir doktorun hastasına hastalığını açıklarken negatif tımlar taşıyan "sick" sözcüğünü kullanmayacağını hatırlarsak, bu eski terimin yarattığı sorunları daha iyi anlayabiliriz.

ve tıbbi tedaviye uyumu etkileyen kültürel faktörler hastalığın ortaya çıkmasında ve süregelmesinde son derece önemli olarak görülüyor. Bütün hekimler diyabeti çok yönlü bir hastalık (*illness*) değil de, sadece basit bir biyolojik hastalık (*disease*) olarak tanımlamanın tedaviyi ve hasta bakımını riske atan uygunsuz bir indirgeme olduğu konusunda artık hemfikirler. Basitçe söylemek gerekirse, kişinin sadece pankreasına değil, bütününe önem verilmelidir.

Aynı durum ruhsal hastalıklar için de geçerlidir. Diyabet gibi, depresyon ve diğer ruhsal hastalıkların da biyolojik temelleri olduğu şüphesizdir; ancak bu hastalıklar aynı zamanda sosyal ve kültürel bir çerçeveye kök salmış olup, psikolojik ve ruhsal anlamlarla yoğun bir şekilde yüklenmişlerdir. Hastaya “hasta rolü” gibi sınırlı ve modası geçmiş bir terimi kabul ettirmeye çalışmak, ona özgü olan kişisel yaşam deneyimini önemsemeyerek hastaya yardım etmemektir. Böyle yapmak, hastaya sosyal ortamında ve kişilerarası ilişkilerinde değişiklik yapması için sorumluluk almak yerine, biyolojik değişimin başlaması (mesela alınan ilaçların etkisinin başlaması) için “oturup beklemek” gerektiğini ima etmek anlamına gelir ki bu, çok daha tehlikeli olabilecek bir şeydir. Terapötik olarak “hasta rolü” teriminin zorla kabul ettirilmeye çalışılması, hastanın iyileşmesi için aktif bir rol alması gerektiğine dair kanıtlarla da çelişir. Örneğin, davranışsal aktivasyon^{5,6} ve motivasyonel görüşme⁷ gibi yöntemler, kişinin tedavi sürecine dahil olmasının iyileşmenin can alıcı kısmı olduğunu destekleyen pek çok kanıt sunmuştur. Hastanın ıstırap çektiği ve iyileşme sürecinde tam kapasiteyle çalışamayacak durumda olduğu ne kadar doğru olursa olsun, hastanın normal aktivitelerden ve sorumluluklarından alıkonulmasının iyileşme şansını azaltacağı da bir o kadar doğrudur.

Klinik anlamda, hastalara “hasta rolü” verildiğinde oldukça sık gözlenen başlıca problem ise, birçok hastanın bu rolü gerçekten de üstlenmesidir. Klinisyenin hastasına aktivitelerini azaltması veya aktivitelerden kaçınması için verdiği açık izin ya da hastanın “tıbbi bir hastalık”tan sorumlu tutulmaması, başkalarının hastanın sorumluluklarını üstlenmeye zorlanması ve hastanın “hastalık davranışının” (*illness behaviour*) perçinlenmesi için kullanılabilir. Böyle bir durumda, *ikincil kazanç* terimi devreye girecektir. Oysa KİPT sürecini anlamak için çok daha iyi bambaşka bir benzetme kullanılabilir: Depresyondaki bir hastanın iyileşmesi, ortopedik travması olan bir hastanın iyileşmesine benzer (ortopedik travma yerine herhangi bir fizyolojik fonksiyon bozukluğu da düşünülebilir). Hastanın fizyolojik temelli bir hastalığı (*disease*) olduğu kabul edilir, ancak hastanın hastalığının (*illness*) ve iyileşmesinin başka pek çok farklı boyutu vardır. Hastanın pasif bir rol almak yerine, rehabilitasyona aktif olarak katılması, çaba göstermesi için teşvik edilmesi, iyileşme meydana gelirken yapılması gereken pek çok zor ve ağırlı egzersiz olabileceğini kabul etmesi gerekir. Hastanın bütün bunları yapma derecesi, yani son derece somut olarak rehabilitasyon faaliyetlerine katılımı, bu faaliyetleri tamamlaması, iyileşip iyileşmemesinde muazzam bir rol oynayacaktır. Terapist hastaya “Oturun, bekleyin” şeklinde bir teşvik vermemeli, tam aksine, “Haydi bir an önce ayağa kalkın ve çalışmaya başlayın” diye yol göstermelidir.

Tabii ki terapist, hasta iyileşirken onu cesaretlendirmek ve bir uzman olarak yol göstermek açısından önemli bir rol oynar; hastayı tedaviye katılması için motive etme sorumluluğunun bir kısmı da terapistin omuzlarında olmalıdır. Olumlu pekiştirme vermek, kritik öneme sahiptir. KİPT'e bu yönden bakıldığında, terapist bir koç rolünde düşünülebilir. Örneğin, terapist, tıpkı bir yüzme koçu gibi, hastayla birlikte suyun içinde olmalı, kulaç atma, bacak tekniği ya da nefes almanın zamanlamasıyla ilgili bir sorunu fark edebilmek için onu dikkatle izlemelidir. Bu bilgilere dayanarak terapist, hastaya forma girmesi ve tekniğindeki belirli bir kusuru düzeltebilmesi için olabilecek en iyi egzersiz ve antrenman programlarını geliştirmesi için yardımcı olmalıdır. Ve terapist, hasta başta bazı ağırlar yaşayacak olsa da, onu suya yeniden girmesi için motive etmeli, hastanın çalışmaya ve ilerlemeye devam etmesi

için ona liderlik yapmalı, rahatlatıcı, yol gösterici olmalıdır. Çünkü ancak alıştırma yapıldıkça mükemmele ulaşılacaktır.

Fakat terapist bütün bunları ne kadar iyi yarsa yapsın, *asil işi hastanın yapması gerekir*. Bu gerçeğin yerine geçecek hiçbir şey, bunun herhangi bir şekilde göz ardı edilmesine yarayacak bir “hasta rolü” yoktur. Hasta, çalışmak ve gerekeni yapmak zorundadır. Forma girmek ve incinmeyi azaltmak için uzuk ve yorucu turlarını yürümek zorundadır. Antrenman yapmak, sebat etmek ve devam etmek zorundadır. İyileşmeye giden başka bir yol yoktur. Hasta *hastalıklı* değildir (*sick*); iyileşmektedir ve çalışmak zorundadır. Hem de çok çalışmak zorundadır. Bu sizin hastaya “verebileceğiniz” bir şey değil, hastanın yapması gereken bir iştir. Hastaya yapacağı birçok işin olduğunu söylemek, çok daha dürüstçe ve klinik gerçeklikle de çok daha tutarlıdır. Fakat ek olarak, hastanıza yardımcı olmak ve onu motive etmek için hep yanında olun, onun başarılarını sevinçle kutlayın ve hep böyle yapacağınızı da ona söylemeyi unutmayın.

KİPT’te Akut Terapi süresi sınırlıdır

KİPT kısa süreli bir Akut Tedavi Dönemi ile karakterizedir. Bu ifadedeki iki ögeyi açıklamak istiyoruz: (1) kısa süreli demek, yaklaşık 4-20 seans arasında bir doz aralığı demektir ve (2) Akut Tedavi Dönemine ek olarak, uzun süreli bir KİPT Sürdürüm Dönemi vardır. Artık, kurgularında 6,⁸ 8,^{9,10}, 12³ 16¹¹, ve hatta 24¹² seanslık KİPT kullanmış olan deneysel araştırmalar mevcuttur ve bunların her birinde de belirtilerde önemli azalmalar olduğu gösterilmiştir. Klinik tecrübe ve sağduyu, bu verilerin katı bir şekilde emredici olarak değil, daha ziyade klinik pratiği aydınlatarak şekilde kullanılmasını önerir. KİPT seansları için araştırmaya dayalı olarak belirlenmiş, mutlak gerekli olan bir seans sayısı yoktur. Zaten bundan dolayı, “araştırma verilerine dayanarak gerekli görülen psikolojik tedavi” gibi bir terim değil, “araştırma verileriyle desteklenmiş psikolojik tedavi” ifadesi kullanılır.

Üstelik genelde psikiyatrik hastalıkların ve özede de depresyonun yatışma ve alevlenme dönemleri ile seyrettiğine dair kesin kanıtlar bulunmaktadır. Bundan dolayı hastalar alevlenme riskini azaltabilen Sürdürüm Tedavisinden faydalanırlar. Özellikle uzun süreli Sürdürüm KİPT’inin alevlenme riskini azaltmada çok etkili olduğunu bildiren pek çok çalışma vardır.^{13,14} Klinik tecrübe tarafından da desteklenen bu apaçık veri destekli sonuçların oluşturduğu kanaat, Sürdürüm KİPT’inin bir şekilde hastaların çoğuna sağlanmasının gerekli olduğu şeklindedir.

Son olarak, birçok yazıda ortaya atılagelmesine rağmen, tedavinin belirli bir sayıdan sonra sonlandırılmasının faydalı olduğuna dair kesinlikle hiçbir kanıt yoktur.¹⁵ Herhangi bir tür psikoterapinin kesin ve tartışılmaz bir bitiş noktasının olmasının gerektiği ve bu katı bitiş noktasına bağlı kalınmasının daha iyi sonuçlar verdiği teorisi ne yazık ki sadece bir teoriden ibarettir. Kanıtla desteklenmemiş bir teoridir. Hiç kuşkusuz bu teoriyi bazı hastalar için geçerli kılmak cazip gelebilir. Klinisyenler, özellikle bağımlı veya narsistik olanların iyi birer sonlandırma adayı olduklarını ve sonlandırmanın ne kadar erken olursa o kadar iyi olacağını düşünebilirler. Ancak, tam bir sonlandırma klinisyenler için bir rahatlama sağlasa da, bunun hastalar için faydalı olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur.^a

Bu “sonlandırma faydalıdır” teorisi, ödenek ya da yayın için son başvuru tarihinin veya klinik dosyaların doldurulması için kalan son günün, yapılması gereken işleri bitirmek için büyük bir motivasyon kaynağı olduğunu tecrübelerinden bilen her çizgiden akademisyene

^a Tabii ki tam bir sonlandırma yapılabileceği fikri de bir efsanedir. Sonlandırmadan bir gün sonra hastanızın muayenehaneye geri gelip yine sıkıntısı olduğunu, ya da intihar eğiliminde olduğunu ve tedavi istediğini söylemesine mani olacak bir şey kesinlikle yoktur.

ve klinisyene sezgisel olarak cazip gelir. İlk bakışta, bu mantıklı gelebilir. Bununla birlikte, bir işin son teslim tarihi, sonlandırmadan farklıdır. Amiriniz, dekan, editör veya ödenek memurunuz, ödenek başvurusu gönderildikten ya da klinik dosyalar tamamlandıktan hemen sonra onlarla ilişkinizin tamamen biteceğini açık bir şekilde belirtmeler, bu son teslim tarihine dayalı yaklaşıma nasıl bir tepki vereceğinizi bir düşünün. Artık iş yok, başvuru yok, ödenek yok. Her şey sonlandırıldı. Sıkı bir çalışmanın karşılığı: Sonlandırılış. Çoğu insan herhalde bu koşullarda motive olmakta zorlanırdı.

Bir görevin belirli bir zaman içinde tamamlanması ile yapılması gereken iş bittiğinde bir ilişkinin – özellikle de yoğun bir klinik ilişkinin– sonlandırılması arasında ciddi bir fark vardır. Görevin tamamlanması için son tarihi belirlemek, bir ilişkiyi tamamen bitirmeyi gerektirmez. KİPT'in sonlandırılmaması gerekir; Akut Tedavide yapılmak istenenler yapıldığında KİPT tamamlanmalı ve gerektiği kadar da Sürdürüm Tedavisi yapılmalıdır.

Bu veri ve tecrübeler kliniğe nasıl uygulanmalıdır? Genel cevap açıktır: Sağlam bir klinik sağduyu ile. Veriler, klinik karmaşıklığa bağlı olarak, çoğu hasta için 4-20 seans arasında bir doz aralığını ve yine klinik karmaşıklığa bağlı olarak hastaların çoğu için daha uzun süreli Sürdürüm KİPT'inin önerilmesinin uygun olduğunu destekliyor. Klinisyen daha ilk görüşmede mükemmel bir ileri görüşlülükle hastanın tam olarak kaç KİPT seansına gerek duyacağını hatasız bir şekilde tahmin edemediği sürece, Tedavi Anlaşması biraz esnek olmalıdır. Bu, pratik olarak hafif depresyonu, iyi sosyal desteği ve güvenli bağlanması olan ve yeni bir kayıp yaşamış bir hastanın sadece 4-6 seansa ihtiyaç duyabileceği anlamına gelirken, şiddetli bir depresyonu olup üzerine eklenen anksiyete ve kişilik sorunlarına ya da uyumu bozan bağlanması olan bir hastanın iyileşmek için 16-20 seansa ihtiyaç duyabileceği anlamına gelir. İlk hasta 6 ayda bir sürdürüm için görüşme ihtiyacı duyarken, ikincisi alevlenme riskini azaltmak için aylık sürdürüm seanslarından fayda görebilir. Her iki hasta da, veri ve sağduyunun birlikte kullanılmasının daha verimli ve etkin bir klinik bakıma götürebileceğini gösteren basit örneklerdir.

Aynı zamanda klinik deneyim, araştırma ortamlarında şart olan Akut Tedaviyi aniden kesip sonlandırmak yerine, Akut Tedavi seanslarının kademeli olarak azaltılmasıyla KİPT'in daha iyi tamamlandığı konusunda nettir. Diğer bir deyişle, son birkaç KİPT seansı, seans sıklığı kademeli olarak azaltılarak, tamamlamaya kadar haftada bir yerine iki üç haftada bir yapılmalıdır. Böylece hasta, terapideki kazanımlarını güçlendirecek ve giderek daha da bağımsız olacaktırⁱⁱⁱ ; terapistle bağımlılığı ani bir sonlandırmayla alevlendirmek yerine kademeli olarak azaltmak, terapötik ilişki üzerinde hissedilebilecek baskıyı da büyük ölçüde hafifletecektir. Bu yapı aynı zamanda sürdürüm aşamasına da yumuşak bir geçiş sağlar.

Sonlandırmanın –yani ilişkiyi tamamen bitirmenin– hastalara faydalı olduğunu gösteren herhangi bir kanıt olmadığına göre, açıkça sorulması gereken soru, KİPT'in Akut Döneminin neden sınırlı süreli olması gerektiğidir. Böyle olması için en az dört farklı neden vardır. Birincisi, veriler bu yaklaşımı destekliyor. Her ne kadar veriler tüm hastalar için belirli bir seans sayısını desteklemese de, yürütülen bütün çalışmalar Akut Tedavide sınırlı süreyi destekliyor. 4-20 seanslık doz aralığı klinik uygulamayla da desteklenmektedir. İkincisi, KİPT'in ana hedeflerinden biri, hastanın sosyal desteğini artırmaktır. Bu, terapinin erken döneminde önemli destek sağlayan terapistin, hastanın pratik ve duygusal destek anlamında başkalarına

ⁱⁱⁱ Çevirenin notu: İngilizcedeki "independent ve autonomous" sözcükleri arasındaki fark bağlanma teorisi için çok önemlidir. Burada kullanılan "autonomous" sözcüğü "bağımsız" olarak çevrildiğinde bu nüans kaybolmaktadır – oysa verilmek istenen anlam terapistle bağlarını kopartmak değil, bağımlıyı sayesinde esnek, güvenli ve özgür olabilmektir.

giderek daha fazla güvenmeye başlamasıyla, birincil destek rolünden kademeli olarak uzaklaşması anlamına gelir. Bu hareketi güçlendirmenin yollarından biri, terapistin, Akut Tedaviyi kişilerarası sorunları çözümlenemeyen sosyal desteği artırmak ve terapinin dışındaki bağlanma ilişkilerine geçiş için gerekli olan süreyle sınırlandırmasıdır. Bu anlamda, tedavi ne kadar kısa olursa o kadar iyidir. Üçüncüsü, tedavi ne kadar uzarsa, aktarımın tedavinin odağı olması bir o kadar olası hale gelecektir. Bu psikodinamik ve psikanalitik yaklaşımlarda istenilen bir şey olsa da, KİPT’te istenilen durum bunun tam tersidir. KİPT’te hedef, aktarım sorunları ortaya çıkmadan Akut Tedavinin tamamlanmasıdır. Aktarıma odaklanmak, terapi ilişkisi dışındaki kişilerarası ilişkiler üzerindeki KİPT odağından uzaklaştırır.

KİPT’te belirli bir zaman çerçevesinin olması, terapinin belirtiler ve kişilerarası konulara odaklı bir tedaviden, aktarım ilişkisi üzerine odaklı bir tedaviye kaymasını önlemeye yardımcı eden önemli bir faktördür. KİPT, hastaların güncel kişilerarası ilişkilerinde yaşadıkları sorunlara odaklanmıştır ve kişilerarası krizlerin hızlı bir şekilde çözümünü amaçlar. Hasta-terapist ilişkisini birincil odak yapmak, hastanın terapi dışındaki sosyal ağlarında ve ilişkilerinde acil değişiklikler yapmayı daha da güçleştirir. Seansların süre ve yoğunluğunun artırılması ile aktarım gelişimine ortam yaratılması, yapılan işi ilişki değişiminden bilinçdışı süreçlerin incelenmesine kaydıracaktır.¹⁶ Sınırlı süreli bir yaklaşıma bağlı kalmak, böyle bir durumu engeller.

Son olarak, klinik kaynakları iyi kullanmaya çalışmak da KİPT’te Akut Tedavi süresinin sınırlandırılması için zorlayıcı bir faktördür. Kaynaklar sınırlıdır; birçok hasta uzun süreli tedaviden fayda görebilecek olsa da, daha acil ihtiyaçları olan başka hastalar bakım beklerler. Uzun süreli sürdürüm tedavisiyle birlikte yapılan kısa süreli Akut Tedavi modeli, mevcut kaynaklar göz önüne alındığında, çok daha uygundur. Ayrıca, hastaların çoğu uzun süreli bir çalışmayı sürdürmeye pek istekli olmazlar. Çoğu, iyileşmeye başladıktan sonra tedaviye eski sıklıkta gelmeye eğilimindedir. KİPT iyi uygulanmaktaysa –yani terapist iyi dinleyip, hastasını önemseydiğini hissettiriyorsa– hastalar nadiren terapiyi tamamen bitirmek isterler. Ama birçoğu, kendilerini iyi hissetmeye başlar başlamaz, oldukça hızlı bir şekilde seans aralarının açılmasını isteyecektir. İyileşme başladığında tedavinin getirdiği yarar ile gerektirdiği emek arasındaki denge değişecek, terapi için girilen masraf, gelip gitmek için harcanması gereken zaman ve diğer lojistik konular daha ağır basmaya başlayacaktır. Akut Tedavi modeli, basitçe söylemek gerekirse, bu klinik gerçeğe uymaktadır.

Genel olarak, kişilerarası sorunlar, depresyon ve diğer majör duygudurum ve anksiyete bozukluklarının Akut Tedavisi için, KİPT’te 4’ten 20 seansa kadar çıkabilecek bir doz kullanılır. Akut Tedavi üzerine deneyi dayalı araştırmalar, terapinin haftalık seanslarla verildiği ve aniden kesildiği kontrollü çalışmalarla sınırlı olmakla beraber, klinik tecrübeler seansları zaman içinde azaltmanın genelde çok daha etkili bir yol olduğu yönündedir. Haftalık seanslar 6-10 hafta kadar verilebilir; haftalık seansları hasta iyileştikçe araları kademeli olarak açılan on beş günde bir, sonra da ayda bir yapılan seanslar izler.

Her ne kadar Akut Tedavinin kısa süreli olması gerekse de, KİPT’te hem araştırmaya dayalı veriler hem de klinik tecrübe, özellikle depresyon gibi tekrarlayıcı durumlarda Akut Tedaviye cevap alınmış hastalarda tekrar alevlenme riskini azaltmak için, Sürdürüm Tedavisinin uygulanması gerektiğini açıkça göstermiştir.¹³ Sürdürüm Tedavisi, KİPT’in Akut Tedavi döneminden farklı olduğunun altı çizilmeli ve Sürdürüm Dönemi için de hastayla belirli bir anlaşma yapılmalıdır.¹⁷ KİPT’te Akut Tedavinin tamamlanma aşamasında “sonlandırma” yapmak gerekmez, bu zaten çoğu hastanın lehine olabilecek bir şey değildir.

KİPT Müdahaleleri Hasta-Terapist İlişisini Doğrudan Ele Almaz

KİPT'i tanımlayan yönlerden biri de, doğrudan terapötik ilişkiye yönelik müdahaleleri içermemesidir. BDT ve çeşitli diğer çözüm odaklı terapilerde de bu özellik görülür, ancak KİPT, bu yönüyle psikodinamik yönelimli terapilerden açıkça farklıdır. Tedavinin bu unsurunu tam anlamıyla kavramak için, terapötik ilişkinin KİPT'te nasıl kullanıldığını daha detaylı açıklayalım.

Hem Bowlby¹⁸ hem de Sullivan,¹⁹ kişilerin geçmiş hayat tecrübelerinin sonraki ilişkilerindeki etkileşimlerini nasıl yönlendirdiği konusunda birçok yazı kaleme almıştır. Sullivan, bireylerin önceki ilişkilerindeki özellikleri yeni ilişkilerine yüklemelerini "parataksik çarpıtma"^{IV} olarak tanımlamıştır.¹⁹ Başka bir deyişle, bireylerin daha önceki ilişkilerinde yaşadıkları, yeni ilişkilerinden neler bekleyebilecekleri hakkında onlara fikir verir. Bu beklentiler onların yeni karşılaştıkları insanlara çeşitli özellikleri "yüklemelerine" ve buna göre davranmalarına neden olur. Yeninin tıpkı eskisi gibi olmasını beklerler. Beklentiler daha önceki ilişki deneyimlerinin bütünü üzerine kurulduklarından, yansıtıldıkları yeni ilişkilere nadiren tam olarak uyarlar. Yeni ilişkiler bu yüklenen ve doğru olmayan beklentiler tarafından "çarpıtılır".

Örneğin, eğer birey geçmişte kötüye kullanım içeren ilişkiler yaşamışsa, yeni yakınlaştığı kişilere karşı da kendisini kötüye kullanacaklar gibi bir tepki verme eğiliminde olur. Yeni ilişkiler önceki deneyim zemininde gelişir. Aslında kötüye kullanım içermese de, bu yeni ilişkiler bireyin kendisinin kötüye kullanıma maruz kalacağı beklentisi (korkusu) yüzünden çarpıtılacaktır. Benzer olarak, kişinin aldatılmayla ilgili bir deneyimi var ise, yeni ilişkisi de bu güvensizlik zemininde gelişir ve yeni yakın kişilere güvenilir değilmiş gibi davranır.

Her ne kadar Sullivan bu şekillendirici tecrübelerin erken yaşam deneyimlerinin sonucu olduğunu düşünse de, parataksik çarpıtmaların zaman içinde, yetişkinlik dönemindeki deneyimlerle değiştirilebileceğine de inanır. Örneğin, saldırı gibi şiddetli bir travma, o zamana kadar ilişkiler hakkında güvenli olagelmüş bir bireyin beklentilerini^V derinden değiştirebilir. Ayrıca, Sullivan, çarpıtmaların hem olumlu hem de olumsuz yönde değiştirilebileceğini de ifade etmiştir. Yukarıdaki örnekler olumsuz değişikliklere işaret ederken, çarpıtmalar uzun süreli, üretici, yakın ve güvenli ilişki tecrübeleriyle de olumlu bir şekilde değiştirilebilir.

Bowlby²⁰ de benzer bir fenomeni tanımlamış, fakat bireylerin yeni ilişkileri düşünüş biçimlerini tanımlarken ilişkilerin "çalışma modeli" (*working model*) terimini kullanmıştır. Bireylerin karşılarındakilere yönelik beklentileri, yeni ilişkilerinde, yeni kişilere karşı davranışlarında etkilidir. Çalışma modelinin amacı, kişilerarası davranışları düzenlemektir; bireyin diğerlerinin davranışını öngörmesini ve ona göre davranmasını sağlar. Sullivan'ın parataksik çarpıtma kavramına benzer bir şekilde, çalışma modeli kavramı tamamen olmasa da ağırlıklı olarak erken yaşam etkileşimlerine vurgu yapar ve bireyin tüm deneyimlerini yansıtır. Birey, yeni ilişki kurduğu kişilerin geçmiştekiler gibi davranacağı beklentisiyle eski çalışma modelini yeni ilişkilere yüklediğinden, bağlanma çalışma modeli yeni ilişkilerin gelişmesinin de temelini oluşturur.

Sullivan ve Bowlby'ye göre, her ne kadar parataksik çarpıtmalar ve eski çalışma

^{IV} Çevirenin notu : Parataksik düşünce, aralarında mantıksal bir ilişki bulunmayan ancak aynı anda ortaya çıkan iki olay arasında nedensel bir bağlantı kurma eğilimidir.

^V Çevirenin notu: Bu metinde, İngilizce « expectation » sözcüğü, KİPT'te önemli bir kavram olduğundan, hep aynı sözcükle, "beklenti" olarak çevrilmiştir. Bu kavram hem olumlu, hem de olumsuz beklentileri içerir. Örneğin, "gereken ilgiyi göreceğini ummak" ya da "kötüye kullanılmaktan korkmak".

modelleri daha önceki ilişkileri doğru temsil etmiş ve önceki ilişkilerde uyum sağlayıcı olsa da, buradaki sorun bunların yeni yakın ilişkilerin gelişmesini sınırlamasıdır. Yeni ilişkiler, serbestçe gelişmek yerine bu model ya da çarpıtma nedeniyle kısıtlanır. Çocukluk döneminde başkalarının kötü niyetli olduğunu doğru yansıtabilmiş olan çalışma modelleri, yetişkinlikte artık tüm yeni ilişkiler için doğru olmaktan çıkarlar; ama eski modelin yeni ilişkilere yüklenmesi, başkalarına güvenme ve onlarla yakınlık kurma konusunda bireye engel olabilir. Bu aynı zamanda iyi ve kötü ilişkilerin gerçekçi olarak değerlendirilmesini de engelleyecektir. Bağlanmanın çalışma modelleri gerçekten çocukluk döneminde güveni sarsan durumlar sonucunda gelişmiş olan güvensizliği yansıtabilir, fakat güven ve yakınlık kurmanın mümkün olabileceği yeni ilişkilere süperempoze edildikleri zaman, bunlar bireyin kişilerarası işlevselliğini ciddi biçimde sınırlar.

Bu çarpıtmalar ve çalışma modelleri bütün ilişkilere yansıtıldığından, terapötik ilişkilerde de kendini gösterir. Yeterli zaman verilirse, hasta terapistine karşı parataksik çarpıtmalar ya da bağlanmanın çalışma modellerini yansıtan davranışlarda bulunacaktır. Bu KİPT'te ortaya çıkan aktarımın teorik temelidir. Terapist, hastasıyla kendisine çarpıtmaların ve çalışma modellerinin bizzat yansıtıldığı bir ilişkinin içindedir; bu konum, hastanın diğer bireylerle nasıl ilişki kurduğunu ve bu ilişkileri nasıl sürdürdüğünü deneyimlemek ve incelemek için son derece uygun ve nadir bir konumdur. Hem Sullivan hem de Bowlby, Freud ve diğer psikanalistlerin geleneğini izleyerek, bu çarpıtmaları düzeltmenin en güçlü yollarından birinin terapist ile hasta arasındaki ilişkinin detaylı olarak incelenmesi olduğuna inanmıştır. Bu, gayet açık bir şekilde, mesela aktarımın direkt olarak tartışıldığı yorumlama (*interpretation*) ya da terapistin hastanın kendisine karşı hissettiği tepkileri direkt olarak sorguladığı netleştirme teknikleri kullanılarak yapılmıştır.

Özellikle psikanalitik tedavilerde terapi, daha yakından incelenebilmesi için aktarımın daha da artırılabilmesine imkân verecek şekilde yapılandırılır. Psikanalitik terapi, hastanın ilişkileri hakkındaki parataksik çarpıtmaları ya da çalışma modellerini terapistin “boş ekranı”na yansıtmasını kolaylaştırmak üzere tasarlanmıştır. Bu, terapistin opak tarzı, oldukça sık seanslar (haftada 4-5 kez) ve birkaç sene süren zamanı sınırlanmamış bir tedaviyle pekiştirilir. Bunların hepsi, terapötik ilişkide ortaya çıkan aktarımı inceleme amacıyla, hasta-terapist ilişkisini yoğunlaştırmaya yarar.

Aktarım, parataksik çarpıtmalar ve çalışma modellerinin yansıtılması, KİPT de dahil olmak üzere bütün psikoterapilerde var olan evrensel olgulardır. Ancak, KİPT'te, hasta-terapist ilişkisi terapistin hasta ve hastanın kişilerarası dünyası hakkında önemli bilgi toplama fırsatı veriyor olsa da, ilişkinin aktarım unsurlarının terapist tarafından tedavinin bir parçası olarak direkt ele alınması gerekmez. Onun yerine KİPT'te, terapistin terapötik ilişkiyle ilgili hissettikleri hastanın kişilerarası işlevselliğini anlamak ve hastanın bağlanma tarzını değerlendirmek için kullanılır. Bu bilgi son derece belirleyicidir. KİPT'teki terapötik ilişkiden derlenen bilgi, hastanın terapi dışındaki gerçek kişilerle olan kişilerarası ilişkileriyle

Kutu 1.2 KİPT'te hasta-terapist ilişkisinin kullanıldığı yerler

- o Hastanın bağlanma tarzının değerlendirilmesi
- o Hastanın terapi dışındaki kişilerarası ilişkileriyle ilgili uygun sorular sorulabilmesi
- o Hastanın terapötik ilişki dışındaki kişilerarası işlevselliğinin anlaşılması
- o Terapistin terapistin çıkabilecek muhtemel zorluklar hakkında bilgilendirme
- o Tedavinin olası sonucunu öngörebilme
- o Terapistin iyi bir tamamlanmanın planlanması

ilgili sorulabilecekleri uygun bir şekilde söze dökme imkânını verir. Aktarım sürecinin, terapide ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında terapisti bilgilendirmek, tedavinin muhtemel etkililiğini kestirebilmek ve iyi bir tamamlamanın planlanması için kullanılması temeldir (Kutu 1.2).

Ancak KİPT'te hasta-terapist ilişkisinin açıkça tartışılması önerilmez; çünkü bu, tedavinin odağını hastanın daha acil olarak çalışılması gereken mevcut sosyal ilişkileri üzerinden alıp, terapistle olan ilişkisini daha yoğun yaşamasına ve bu ilişkinin analizine doğru saptıracaktır. Birincil bir teknik şeklinde direkt hasta-terapist ilişkisini ele almak, terapiyi hastanın belirtileri ve kişilerarası işlevselliğini bir an önce düzeltmeye yönelik bir terapiden, intrapsişik içgörüyü yөнelen bir terapiye doğru kaydırır.

Bu iyi seçilmiş hastalarda oldukça yararlı olabilecek olsa da, klinik uygulamalarda görülen hastaların çoğunluğu Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin en üst seviyesinde değildir²¹ ve dolayısıyla da genellikle "kendilerini gerçekleştirmek"ten (*self-actualisation*) ziyade, beklentileri, belirtilerinde hemen bir rahatlamaya elde edebilmektir. Genellikle, kendini gerçekleştirmek gibi bir şey onların zihinlerinden bile geçmiyordu; çoğu hasta terapiye sıkıntı hissiyle, ilişkilerinde özledikleri yakınlık, kabul görme ve özgüven duygusunun eksikliği nedeniyle gelir. Diğer bir deyişle, onlar kişilerarası sıkıntı yaşarlar. Amaçları ise bir an önce bu sıkıntıyı gidermektir. Onlar aktarımın tartışılmasını, pahalı ve uzun bir tedavi sürecini, destekleyici olmayan ve hatta soğuk olarak algılanabilecek bir terapist tarafından tedavi edilmeyi istemezler, buna ihtiyaçları da yoktur.

Yukarıda açıklanan sebeplerden dolayı, KİPT'in müdahale odağı terapötik ilişki değildir. Terapötik ilişkiyi uzun uzadıya tartışmak, terapiyi sosyal destek ve terapi dışındaki kişilerarası sorunlar üzerine yapılabilecek daha verimli bir odaklanmadan uzaklaştıracaktır. Oysa KİPT'in hedefi, terapinin dışındaki ilişkilerin incelenmesi ve geliştirilmesidir.

Bu nedenle KİPT, aktarım sorunlarının gelişme olasılığını en aza indirebilecek şekilde yapılandırılmıştır. Bu yöndeki ilk ve en önemli öge, hasta-terapist ilişkisinin açıkça tartışılmamasıdır. Buna ek olarak, KİPT terapisti genellikle tarafsız olmaktan çok hastasını destekleyici bir duruşu tercih eder. Tedavinin Akut Döneminin süresi sınırlıdır ve tedavi özellikle hastanın sosyal ilişkilerindeki kişilerarası sorunlarına odaklanmıştır. KİPT'teki tüm bu taktiksel unsurlar, tedaviyi, odağı aktarımdan uzağa çekilmiş, hastanın terapi dışındaki sosyal çevresinde yaşadığı kişilerarası ilişkilerine şimdi-ve-burada mantığıyla odaklanan bir yaklaşıma götürür.

KİPT özellikle tedavinin yürütülmesinde parataksik çarpıtmaların etkisini geciktirmek veya azaltmak için tasarlanmıştır; ancak terapistin terapötik ilişki sayesinde hasta hakkında derleyebileceği olağanüstü bilgi hazinesini görmezden gelmesi vahim bir hata olur. Her ne kadar hasta-terapist ilişkisi seanslarda doğrudan ele alınmıyorsa da, klinisyen, gözlemsel becerilerini ve gelişmekte olan ilişki hakkındaki keskin sezgilerini kullanarak hasta hakkında geniş bilgiye sahip olabilir. Çünkü hastanın terapideki davranış biçimi, onun terapi dışındaki ilişkilerde davranış ve iletişim tarzını doğrudan yansıtır. Bu bilgileri toplamak son derece önemlidir; söz konusu izlenimler hastanın tedavi için uygunluğu, terapinin prognozu, terapide ortaya çıkabilecek engeller ve terapi sırasında kullanılacak özel teknikler hakkında terapisti aydınlatırlar. KİPT için aktarımı anlamak, hastanın terapiye getirdiği çarpıtmaların farkına varmak ve hastanın kişilerarası çalışma modeli hakkında bir varsayım geliştirmek esastır.

Terapide meydana gelen parataksik çarpıtmalar hakkında edinilen bu bilginin kullanımına örnek olarak, bir hastanın terapistiyle bağımlı bir ilişki kurduğunu düşünelim. Hasta bu bağımlılığı, seansları bitirmede zorluk yaşayarak, seanslar arasında terapistle telefon ederek ya da terapistle kendisine yardım etmesi veya endişelerini gidermesi için ricalarda

bulunarak gösterebilir. Bu aktarımsal ilişki, hastanın işlevselliğinin çeşitli yönleri hakkında terapisti bilgilendirmelidir: (1) hasta, muhtemelen diğer kişilerle de aynı şekilde bağımlı bir ilişki kurduğu için sorun yaşamaktadır; (2) hasta muhtemelen diğer kişilerle ilişkisini bitirmede de zorluk yaşamaktadır ve (3) hasta muhtemelen ısrarcı yardım çağrılarıyla diğer kişileri de tüketmiştir. Hipokondriyak bir hasta, tanımlanan şekilde ortaya çıkan bu tarz bir davranış için mükemmel bir örnek olabilir. Terapist bu bilgileri hastanın diğer kişilerle yaşadığı güçlükler hakkındaki varsayımlarının formülasyonu için kullanır ve bu bilgiler, terapisti hastanın başkalarından nasıl yardım istediği, ilişkilerini nasıl bitirdiği ve başkaları ihtiyaçlarına cevap vermediğinde kendini nasıl hissettiğiyle ilgili sorular sormaya yönlendirmelidir. Ancak bu sorular, tedavinin dışındaki ilişkilere, yani terapist ve hasta arasındaki ilişkiden çok hastanın şu anda içinde bulunduğu kişilerarası ilişkilere yönlendirilir.

Dahası, aktarım deneyiminden edinilen bilgi, terapist tarafından tedavi sırasında çıkabilecek potansiyel sorunları öngörmek ve buna uygun bir şekilde KIPT'i düzenlemek için de kullanılmalıdır. Örneğin, terapist, hastanın bağımlılığının terapiyi sonuçlandırırken bir sorun olabileceği varsayımında bulunup, Akut Tedavinin Tamamlanması konusunu hastayla daha az bağımlı olan hastalara göre çok daha önce görüşmeye başlayabilir. Terapist, aynı zamanda seansların sıklığını tedavi seyrinin ilerleyen zamanlarında gitgide azaltmayı planlayıp, seansları hastanın iyileşme sürecinde iki haftada bire indirebilir. Bu azaltma, hastanın terapistte daha az bağımlı olmasını sağlar ve hastanın bağımsız olarak yeterli olma hissini artırır. İlkeler tüm hastalar için aynıdır: Her bir hasta için yapılacak özel değişiklikler farklı olsa da, KIPT'in yapısı ve taktiklerinde yapılacak uyarlamalar, aynı zamanda kaçınan, başka kişilik özellikleri sergileyen ya da tedaviyi karmaşık hale getiren farklı özellikleri olan kişiler için de yapılmalıdır. Buna ek olarak, terapötik ilişkiden yansıyan veriler, terapistte hastanın terapistteki prognozu hakkında bilgi verecektir. Tedavinin başlangıcında ortaya çıkan daha şiddetli parataksik çarpıtmalar, terapistten alınabilecek sonucun o kadar da iyi olmayabileceğini gösterebilir. Bu bilgi, nihilistik bir biçimde her şeyi tamamen hiçeştirecek şekilde kullanılmalıdır, terapisti sonuç açısından daha gerçekçi beklentilere yönlendirmelidir.

Özetleyecek olursak, hasta-terapist ilişkisi ve özellikle de bu ilişkide hastanın ortaya çıkardığı çarpıtmalar KIPT'te son derece önemli olmakla birlikte terapistte doğrudan ele alınmaz. Bunu yapmak, tedaviyi KIPT için temel olan *belirtilerin azaltılması ve kişilerarası işlevselliğin düzeltilmesi* odağından uzaklaştırır ve tipik olarak, KIPT için gerekli olandan çok daha uzun bir tedavi seyrine yol açar. KIPT'te tam anlamıyla temel amaç, sorunlu bir aktarım gelişmeden, gelişip de tedavinin odağı haline gelmeden, en çabuk şekilde hastanın kişilerarası sıkıntısını çözmek için hastayla birlikte çalışmaktır.

KIPT İçin Bir Benzetme

1932 yılında tamamlanan Sydney Liman Köprüsü, günümüzde bile bir mühendislik harikası olarak kabul edilir. 500 metreden daha fazla uzunluktaki tek kemer, Sydney Opera Binası, Rocks ve Sydney şehir merkezinin muhteşem manzarasına karşı dünyanın en güzel limanlarından birinin üstünden geçer. Havanın açık olduğu günlerde görüş mesafesi Pasifik Okyanusu ve ötesine kadar uzanır. Burası, görülmeye değer, dünyanın en muhteşem yerlerinden biridir.

1998 yılından bu yana, insanların köprü'nün tepesine çıkmak için çok dar bir geçitten tırmanmalarına izin veriliyor. Tırmanma, merdiven yerine köprü'nün eğri üst yapısı üzerinde, bazı noktalarda sadece bir veya iki ayaklık yerin olduğu çelik kirişler üzerinde gerçekleşiyor. Kemerin tepesi, limanın 134 metre üzerindeki köprü'nün en yüksek noktasıdır. Tamamen

açık olan bu köprü, rüzgârlı bir günde ileri geri sallanır ve tırmananlara 134 metre aşağıdaki suya düşüreceklermiş gibi garip bir his verir.

Yaşamdaki pek çok şey gibi, köprüye tırmanmak da risk almayı gerektirir. Kişinin psikolojik güvenlik duygusunu askıya almasını gerektirir. Kişinin kendisini aşmasını gerektirir. Ödül büyüktür, ama fiziksel ve psikolojik çaba gerekecektir. Maceracı veya genetik ya da mizaç olarak risk almaya meyilli kişiler için köprüye tırmanmak heyecan verici bir deneyimdir. Korku olmadan, kaygı olmadan, 120 metre yükseklikte havada asılı olmanın ve dünyanın en nefes kesici manzaralarından birini görmenin heyecanını yaşamak ve bununla birlikte gelen bir adrenalin hücumu. Diğerleri için, tırmanış biraz daha kaygı vericidir. Hafif kaygısı olan bu kişilerin, kendilerini köprüye tırmanmak için ikna edecek kadar psikolojik güçleri olur. Bu kendi kendine konuşma, tırmanmanın gerçekten güvenli olduğunu akla uygun hale getirmeyi (tam tersi gibi görünmesine rağmen) ya da riski almanın değereğine dair kendi kendine sürekli hatırlatmaları içerebilir. Ego gücü ve doyumuna erteleyebilme kapasitesinin yüksekliği bu kişileri tanımlarken kullanılacak özelliklerdir.

Bazı kişiler ise yaşam tecrübeleri, biyolojik, mizaç veya diğer faktörlerden dolayı tırmanışı başarabilmek için yardıma ihtiyaç duyarlar. Bazıları için endişelerinin bilişsel olarak giderilmesi yeterlidir. *Güven duyulan yakın birinden gelecek* bir hatırlatma, durumun doğru bir bilişsel değerlendirilmesinin yapılması için yeterlidir. Örneğin, yakın bir arkadaş “Sydney Liman Köprüsü 1932 yılından beri yıkılmadan duruyor. Yüzlerce, binlerce insan düşüp, suya çakılarak ölmeyen köprüye tırmandı” diyebilir.^b Sokratik biçimde, amatör bir klinisyenmiş gibi bir arkadaş, etkili bir şekilde “*Sydney Sabah Haberleri Gazetesi*’nde en son ne zaman köprüden düşüp suya çakılan biri hakkında bir yazı okudun? Tırmanırsan sana kötü bir şey olma ihtimali konusunda gerçekten ne düşünüyorsun?” şeklinde sorular sorabilir. Böyle bir güven verildikten sonra, orta düzeyde kaygılı olan kişiler de köprüye tırmanabilirler.

Daha kaygılı olan kişiler veya kişilik özelliği ve bağlanma tarzları daha *bağımlı* olanlar için bu şekilde bilişsel güvence vermek yeterli değildir. Onların sadece bilişsel yeniden değerlendirmeye değil, *kişilerarası güvenceye* de ihtiyaçları vardır. Bu tür kişiler, birinin gerçek anlamda ellerini tutmasını, kendileriyle birlikte olmasını ve psikolojik olarak kendilerini desteklemesini beklerler. Bu tür bir kişi, tırmanmakla ilgili çok kaygı duysa da, “Eğer benimle gelersen yaparım” diyebilir.^{vi}

Sydney Liman Köprüsü’ne çıkmak bir *kriz* gibi görülebilir. Gerçekten de kendini aşmayı ve risk almayı gerektiren bir deneyimdir. İnsanların bu krize yaklaşımları, çoğunlukla onların biyopsikososyal, kültürel ve manevi yapılarına dayanır. Genetik faktörler, mizaç, çocukluk deneyimleri, bağlanma, kişilik, sosyal destek ve yetişkinlikte elde edilen deneyimler, kimin köprüye tırmanmaya kalkışacağı ve kimin başarılı olacağı konusunda belirleyici olur. KİPT, tırmanmayı tamamlamak için kişilerarası desteğe ihtiyaç duyanlar için tasarlanmıştır. KİPT, bireylerin kişilerarası bağlanma ve güvence ihtiyaçlarının farkına varmaları ve bu ihtiyaçları

^b Burada terapi sanatının altını çizelim: Ne zaman güven verilmesi gerektiğini bilmek; “çakılarak ölmek” tarzında kelimeler kullanmaktansa, yüzbinlerce kişinin köprüye güvenli bir şekilde tırmanmış oluşuna dikkat çekmenin daha güven verici edici olduğunun farkına varmak.

^{vi} Çevirenin Notu: Bu tür bir güvenceye ihtiyaç duyan kimileri, bunu doğrudan ve nazikçe isteyebilmekte ve bunun sonucunda da ihtiyaç duydukları desteği almakta oldukça başarılı olmaktadır. Arkadaşları onlara kolayca yanıt verebilirler, kişilerarası ve duygusal desteği vermek için hem müsait hem de isteklidirler. Bunun aksine, Sydney Liman Köprüsü’ne tırmanıp tırmanmamaya karar vermeye çalışan bazı kişilerin, kişisel tarzları ya da ihtiyaçlarını diğerlerine iletme tarzları, dolaylı ve çoğu kez de ters etki yapan mesajlar verebilir. Mızızlanmak, şikâyet etmek, pasif agresif davranmak ve bağımlı bir şekilde birinin eteğine yapışmak, köprüye tırmanırken elinizi tutabilecek birini bulmak için iyi yöntemler değildir. Son olarak, bazıları da köprüye bakar ve kendi kendilerine “Oraya asla çıkamam” derler. Ve, çeşitli psikolojik, fiziksel, kişisel ve sosyal nedenlerden dolayı çıkmazlar da.

diğerlerinin kendilerine yardımcı olmalarını sağlayacak şekilde nazikçe dile getirmelerini kolaylaştırmak üzere tasarlanmıştır. KİPT herkes için oluşturulmamıştır ve herkesin buna ihtiyacı olmayabilir. Birçok kişi kendi özgün krizleriyle profesyonel yardım almadan başa çıkabilir. Daha az sayıdaki başka bir grubun çok şiddetli sorunları olduğu için daha yoğun ve uzun sürecek bir yardıma ihtiyacı vardır. Fakat önemli sayıdaki bir grubun beklentisi, yalnızca belirli bir krizi çözmek için yardım almak, söz konusu krizi aşmak amacıyla sosyal destek üretmede ya da mevcut sosyal destek ağını kullanmada kendilerine yardım edilmesidir.

KİPT, insanlara *köprü tırmanma krizleriyle* yüzleşmelerine, yeni zirvelere ulaşmalarına ve o kişiyle birlikte manzaranın tadını çıkaracakları bir kişiyi de yanlarında götürebilmelerine yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır.

Sonuç

KİPT'in tanımlayıcı özellikleri dört ögede toplanabilir: Kişilerarası yönelim; psikolojik işlevsellik ve sıkıntının Biyopsikososyal/Kültürel/Manevi modeli; Akut Tedavi döneminin sınırlı süreli olması ve hasta-terapist ilişkisini doğrudan ele alan müdahalelerden kaçınmak. KİPT akut bir kişilerarası krizle karşı karşıya olan ve bu krizin altından kendi kendilerine kalkamayan kişiler için son derece faydalıdır.

Kaynaklar

1. Klerman GL, et al. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. 1984, New York: Basic Books.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. O'Hara MW, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000, **57**: 1039-1045.
4. Beck AT, et al. *Cognitive Therapy of Depression*. 1979, New York: Guilford Press.
5. Jacobson NS, Martell CR and Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2001, **8**: 255-270.
6. Addis ME and Martell CR. *Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting your Life Back*. 2004, Oakland: New Harbinger.
7. Miller WR and Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edn. 2002, New York: Guilford Publications.
8. Schulberg HC, Block MR and Madonia MJ. *Treating Major Depression in Primary Care Practice*. *Archives of General Psychiatry*, 1996, **53**: 913-919.
9. Swartz HA, et al. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. *Psychiatric Services*, 2004, **55**(4): 448-450.
10. Grote NK, et al. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 2009, **60**(3): 313-321.
11. Elkin I, et al. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: I. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 1989, **46**: 971-982.
12. Talbot N, et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatric Services*, 2011, **62**: 374-380.

13. Frank E, *et al.* Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 1990, **47**(12): 1093-1099.
14. Frank E, *et al.* Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2007, **164**: 761-767.
15. Gelso CJ and Woodhouse SS. The termination of psychotherapy: what research tells us about the process of ending treatment, in Tryon GS (ed.) *Counseling Based on Process Research: Applying What we Know*. 2002, Boston: Allyn and Bacon.
16. Stuart S. Interpersonal psychotherapy, in Dewan M, Steenbarger B and Greenberg R (eds) *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide*. 2004, Washington DC: American Psychiatric Press, pp. 119-156.
17. Stuart S. Interpersonal psychotherapy, in Dewan M, Steenbarger B and Greenberg R (eds) *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide*, 2nd edn. 2011, Washington DC: American Psychiatric Press.
18. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 1988, **145**: 1-10.
19. Sullivan HS. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. 1953, New York: Norton.
20. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 1977, **130**: 201-210.
21. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 1943, **50**: 370-396.