

Aile Terapisi

Armağan Y. SAMANCI, Gıyasettin EKİCİ

ÖZET

Aile terapisi, bireysel terapi görenlerin iyileşmelerinde aile yapısının öneminin farkedilmesiyle ortaya çıkan psikoterapi şeklidir. Terapi metodları arasında yeniden önem kazanmakta olan aile terapisi değişik yaklaşım modellerini içermektedir. Diğer terapi metodlarından farklı olarak aile terapisi bireyin değil, ailenin sağaltımını amaçlar. Aile terapisi yeniden sorunlu aile ortamına dönen hastalardaki kötüleşmenin, onları izleyen profesyoneller tarafından ilk ele alınan hastalar oldu. Türkiye'de aile yapısı değişmekte böylece terapiye ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Aile terapisinin ana esaslarını uygulamak için aile terapisi ekollerine ihtiyaç vardır. Aile terapisinin uygulandığı birçok metod da terapinin temel esaslarını oluşturur. Keza aile terapisi geniş bir yelpazedeki psikiyatrik hastalıklara uygulanmaktadır. Çünkü bu hastalıklar ailedeki ve aile dinamiklerindeki dengeyi bozmaktadır. Biz bu gözden geçirmede aile terapisini, sosyal değişimleri ve bunların klinik pratiğe uygulanmasını ele aldık.

Anahtar kelimeler: Aile terapisi, Türkiye'de aile yapısı, yöntemler, klinik uygulama, sonuçlar

Düşünen Adam; 1998, 11 (3): 45-51

SUMMARY

The family therapy is a kind of therapy which developed when the observation was made on importance of family structure during the individual therapy improvement process. Family therapy, which appears to be regaining its importance amongst the therapy methods, has a different model of approach. As apposed to the other therapy methods, family intends to improve family rather than individual. The therapy was developed over the years in line with observation of the professionals which observed their patients feel ill when they returned to their problematic families. The schizophrenics were the first patients handled by the early family therapy practitioners. Family structure has been changing in Turkey where the professionals need for the therapy has emerged. The family therapy also needs schools to apply its principals and there has been a number of methods which provides basis for the therapy. The family therapy has also been employed in a wide range of psychiatric disorder. As the disorder imbalance the family and its dynamics. We reviewed the family therapy, social changes and its applications to clinical practice.

Key words: Family therapy, Turkish families, methods, clinical applications, results

AİLE TERAPİSİ

Aile terapisi, bireysel olarak terapi görenlerin iyileşmelerinde aile yapısının öneminin farkedilmesiyle ortaya çıkan psikoterapi şeklidir. Oluşturduğu grup nedeniyle bir grup terapisi olarak sınıflandırılabilirse de, grup terapisinden tedavinin amaçları açısından

ayrılır. Grup terapisinde, grubun içinde de olsa bireyin problemlerinin çözülmesi ön plandadır, halbuki aile ya da evlilik terapisinde bütün bir grubun problemlerinin çözülmesi esas alınır. Ailenin ya da çiftlerin problemlerinin çözülmesi daha sonra bireylerdeki problemlerin çözümüne de yol açacaktır.

AİLE TERAPİSİNİN GELİŞİMİ

Aile terapisinin gelişimi 2. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamıştır. Bu tarihten önce de terapistler bazı ailelerin hasta için toksik ortamlar oluşturduğunu fark ediyor ancak hastaneye yatırma gibi yaklaşımlarla hastayı aile ortamından uzaklaştırma yoluna gidiyorlardı. Halbuki hasta yeniden aynı ortama döndüğünde problemler yeniden kendini göstermeye başlıyordu. Freudian teoride hastanın nörotik problemleri ebeveynleri ile olan sağlıklı çocukluk ilişkileri içeriğinde tanımlanıyor ve terapi de hasta ile terapist arasındaki (bu hasta ile ebeveynlerini temsil eder) transferans ilişkisi ile açıklanıyor ve çözümleniyordu. Aile terapisinde birçok ekolde ailenin o günkü problemleri ile uğraşılır ve "burada ve şimdi" yaklaşımı ile çözümlenmeye çalışılır.

Aile terapisinin ilk isimlerinden biri olan Christian Midelfort 1957'de "psikoterapide aile" kitabını yayınladı. Psikoanalitik psikoterapi kökenli bu isimlerle ilk aile terapisi temelleri de atılmış oldu. 1950'li yıllarda şizofrenikler ve aileleri ile çalışmaya başlayan Bateson "double bind" teoremini ve Lidz de "schism" ve "skew" tanımlamalarını ortaya attı. Double bind, annenin olumlu bir mesajı olumsuz bir afektle vermesi, schism ailenin birbirleriyle yarışan iki zıt gruba bölünmesi, skew ise ailenin bir bireyin ciddi kişilik problemleri nedeniyle evliliğe problem olacak derecede hükmetmesidir.

Bu tanımlamalardan sonra Lyman Wyne tarafından ortaya atılan "pseudo mutuality" ve "pseudo hostility" kavramlarını görüyoruz. Wyne aynı zamanda kauçuk parmaklık kavramıyla ailenin hareket ettiği psikolojik sınırı da tarif etmiştir. Bu sınır aile bireylerini bir bütün olarak tutar. Kauçuk parmaklık aynı zamanda aile bireylerinin psikolojik olarak aileyi terketmelerini de önler.

Kauçuk teriminin özellikle seçilmesi ailede bu sınırların değişebileceğini yani rijid olmadığını ifade eder. 1960'lı yıllara gelindiğinde aile terapisinde önemli bir isim olan Jay Haley'i görüyoruz. Haley, aile ile doğrudan çalışmayı başlatan ve ailede hiyerarşinin önemini ortaya koyan terapisttir. Yine aynı dönemlerde Bowen "triangulation"nu tarif etti. Burada ailede iki kişinin (genelde eşler) arasındaki çatışmaya bir üçüncü şahıs (çocuk), çekilerek ilet-

şim onun aracılığıyla sürdürülür. Doğal olarak bu çocukta anksiyete, davranım bozuklukları ve anti-sosyal davranışın ortaya çıkması söz konusu olabilir.

Bowen aynı zamanda ayrılmamış ego kitlesi kavramını da ortaya koymuştur. Bu terim aile üyelerinin bireyselliklerinin olmadığını ifade eder. 1960'lı yılların önemli isimlerinden bir tanesi de Salvador Minuchin'dir ve yapısal aile terapisi ekolünün kurucusudur. Striktürel terapistler ailelerin ne şekilde, hangi bölüm ve alt sistemler halinde sınıflandıklarını ve bu sistemler arasındaki sınırlarla ilgilenirler⁽¹⁸⁾.

1970'li yıllar aile terapistlerinin yavaş yavaş şizofreniklerle yapılan çalışmaların dışına çıkıp daha geniş bir spektrum içindeki psikiyatrik rahatsızlıklarla uğraşmaya başladıkları dönemdir. Bu dönemde Epstein ve ark. Kanada ve McMaster Üniversitesi'nde McMaster modelini ve Plazzolini'nin İtalya Milano'da Milan Grubu ve ekollerini oluşturduklarını görüyoruz. 1980'li yıllara gelindiğinde artık aile terapisi kliniklerinin de psikiyatride yerini aldığını ve dinamik psikoterapide olduğu gibi kısa aile terapilerinin gelişip günümüze ulaştığını farkediyoruz⁽¹³⁾.

SAĞLIKLI AİLE ve AİLENİN SOSYOKÜLTÜREL DEĞİŞİMİ

Toplumda normal olarak kabul edilen aileyi tarif etmek oldukça zordur. Ancak aile terapistlerinin aile ile çalışmaya başlamadan önce aile ile ilgili bazı standartların bilgisine sahip olmaları da gerekmektedir. Aileleri, asemptomatik aileler, iyi fonksiyon gösteren aileler ve istatistiki olarak ortalama aileler diye ayırabiliriz. Genelde batılı toplumlarda, anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile normal olarak kabul ediliyorsa da, bu batı ülkeleri için de değişkenlik göstermektedir.

Ülkemizde önemli derecede olmasa da batı toplumlarında tek ebeveynli ailelerin sayısında gözle görülür bir artış mevcuttur. Bunun yanısıra yine batılı toplumlarda evlilik olmadan birlikte yaşayan çiftlerin sayısı da artış göstermektedir. Türkiye'de 1950'de % 81'i kırsal alanda yaşayan toplumumuzun 1990 sayımına göre % 45'lik bölümü, kırsal alanda kalmıştır. 1968 ile 1988 yılları arasında çekirdek aile yüzdesi, oranın en yüksek olduğu Batı Anadolu Bölgesi'nde % 59.1'den % 73'e, oranın en düşük olduğu

Kuzey Anadolu Bölgesi'nde ise % 46.3'den % 52.8'e ulaşmıştır. Bu da doğal olarak geleneksel geniş ailenin çekirdek aile yapısına geçişi anlamına gelmektedir (8,11). Ancak şu da gözlenmektedir ki, şekil ve tanım olarak çekirdek aile olsa da halen geniş ailenin inanç ve törelerini sürdüren aileler çoğunlukta-
dır.

Fleck normal fonksiyon gören ailenin beş parametresini şöyle tarif etmektedir:

1. *Liderlik*: yani ailenin disiplin yöntemi
2. *Ailenin sınırları*: ego sınırları, kuşaklar arası, aile ve toplum arası sınırlar
3. *Affeksiyon*: ailenin duygusallığı ve birbirlerinin duygularına toleransı
4. *İletişim*: aile bireylerinin birbirlerine cevap verebilirliği, sözel ve sözel olmayan iletişim, iletişimin berraklığı
5. *İş ve amaç performansı*: çocuk bakımının ve aneden separasyonun başarıyla tamamlanması, davranışının kontrolü, ailenin kriz durumlarında başatma yetileri ve aile bireylerinin evden ayrıldıktan sonra yeni yaşama uyumları (3,4). Elbette ki ailenin standart noktalarını değerlendirirken geldikleri sosyo-kültürel ve etnik yapıyı da işin içine katmak gerekir. Çünkü bir grup için normal kabul edilen değer yargıları bir diğer grup için anormal olarak kabul edilebilir. Özellikle değişik sosyo-kültürel yapılarından gelen eşlerin oluşturduğu ailelerde bu tip karışıklıklar zaman zaman ön plana çıkmaktadır (16).

AİLENİN GELİŞİM DÖNEMLERİ

Ailenin gelişim dönemleri hem ailenin gelişim adımlarını hem de problemlerin oluşum aşamalarını gösterme ve belirleme açısından önemlidir. Flört ya da tanışma dönemi ile ailenin ilk adımları atılmış olur. Her bir partner flörtteki ilişkiye kendi kişiliğini, mizacını ve değer yargılarını katar. Her bir partnerin belirgin duygusal ihtiyaçları vardır ve bilinç dışı olarak diğerinin bunlara cevap vermesini bekler. Doğal olan flörtün çiftlerin birbirlerinin duygusal ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamayacaklarını anlayıncaya kadar devam etmesidir. Bazen bu dönem tam anlaşılmadan çiftler kendilerini bir anda evli ya da çocuk sahibi olarak bulabilmektedir. Bu durum ilişkinin sıkıntılara girebileceğini riskini artırmaktadır. Flörtü takip eden nişanlılık ve evlilik döneminin ar-

kasından çocuğun doğumu ve büyütülmesi, orta evlilik, ebeveynlerin çocuktan ayrılması ve emeklilik-yaşlılık dönemleri izler. Ailenin bu ana gelişim dönemlerinde takıntılar ya da regresyon söz konusu olabilir. Ailede bir üyenin ölümü, ayrılık ya da boşanma, genç yaşta çocuk olması, kronik hastalık, ekonomik sıkıntılar, yeni bir kültüre göç, doğal afetler, savaş, askere gitme gibi aileyi olumsuz olarak etkileyen etkenler ailenin gelişim dönemlerini engelleyebilir.

Yurdumuzda geleneksel aile yapısındaki değişimler, hiyerarşinin azalmasına yol açarken, duygusal beraberliği ve aile bireylerinin birbirlerine olan bağımlılığını da azaltmaktadır. Bu değişim, kuşaklar arasında oluşan sorunlara ve ailenin kendi gelişim dönemi sorunlarına da katkıda bulunmaktadır (12,19).

AİLE TERAPİSİ EKOLLERİ

Aile terapisinin kısmen yeni gelişen bir terapi şekli olmasından dolayı yeni teoriler ve bu çerçevede içerisinde yeni yaklaşımlar sürekli olarak ortaya çıkmaktadır. Dokuz ana aile terapisi okulu Nichols tarafından 1984'de tarif edilmiştir.

Bunlar;

1. Psikoanalitik yaklaşım
2. Grup terapisi yaklaşımı
3. Varoluşçu okul
4. Davranışçı yaklaşım
5. Genişletilmiş aile sistemleri terapisi
6. İletişim sistemleri yaklaşımı
7. Yapısal (striktürel) yaklaşım
8. Stratejik terapi
9. Sistemik yaklaşım modeli'nden oluşmaktadır (5).

AİLE TERAPİSİNİN AMAÇLARI

Aile terapistleri bireylerin kişilik ve davranım bozukluklarının aile içeriğinden ayrılamayacağı konusunda ortak düşünceye sahiptirler. Bundan dolayı psikoterapinin etkin olması için aile bireylerini de terapiye katarlar. Ancak, değişik aile terapisi ekollerinde değişik şekilde aile katılımı söz konusudur.

Her ekol yaklaşım ve amaçlar konusunda farklı referanslara sahip olmasına rağmen bazı ana yaklaşımlar ve amaçlar şunlardır:

a) *Aile bireyleri arasındaki uyuma götüren sözel iletişimi arttırmak:* Kötü fonksiyon gören ailelerin üyeleri zıt kutuplarda toplanıp birbirlerinin iletişim çabalarını iştirmeme, dikkate almama eğilimindedirler. Konuşmama yolunu seçebilirler ya da sürekli bir ağız dalaşı içindedirler. Aile terapisinde amaçlardan bir tanesi de aile üyelerine, birbirlerini dinleme ve anlama konusunda yardımcı olarak, diğerlerinin onlarla nasıl iletişime girmeye çalıştıklarını ve bu arada olan belirsizlik ve karmaşayı çözmeye çalışmaktır.

b) *Duygusal iletişimi arttırmak ya da kolaylaştırmak:* Sorunlu ailelerde terapist diğerlerinden ayrı ve çatışma içindeki bir bireyi görebilir. Genelde ailenin bir ya da birden fazla bireyi emosyonel olarak diğerlerinden izoledir. Bu bireylerin diğerlerinden duygusal mesajlar almada ve onlara bu tür mesajlar vermede zorlukları vardır. Terapistin amaçlarından bir tanesi de bu emosyonel izolasyonu sona erdirmektir. Bunun için terapist aile bireyelerine duygularını ifade etmede ve diğerlerinin hislerini anlamada yardımcı olur.

c) *Ailede güç dengesini yeniden sağlama:* Ailelerde sık karşılaşılan problemlerden biri de otorite dengesizliğidir. Çocuk kimsenin kendisini dinlemeden emirler verildiğini, evin hanımı kocasının kendine danışmadan aileyi etkileyen kararlar aldığını ya da ailede problemlerle ya da hasta bir bireyin bütün aileyi kontrol ettiğinden şikayet edebilirler. Aile terapisinin üstünde durduğu ana konulardan birisi de ailedeki bu problemi ortaya koyup ailedeki bireylerin bu sorunu açıkça konuşmalarını sağlamaktır.

d) *Ailede roller probleminin belirlenmesi:* Ailede değişen sosyal şartlarla (örneğin kocanın işini kaybedip hanımının işe başlayarak evin geçimini sağlar hale gelmesi) evde roller de değişebilir. Disfonksiyonel ailelerde yeni rollere uyumda olan problemlere terapist yardım eder.

e) *Akut sorunların çözümü:* Boşanma, ölüm, intihar teşebbüsleri, işten atılma gibi ailenin karşılaştığı akut sorunlar karşısında aile terapistlerine başvurulabilir. Bu durumlarda terapist daha çok danışmanlık ve aileye destek görevini üstlenir.

f) *Seçilmiş bireye yönelen suçlamaları önlemek:* Ailelerin çoğunluğu (aile terapisinde olan) ailenin bir bireyini hasta birey olarak nitelendirir ve damgalar. Bu birey aile tarafından sorunların ve evdeki bütün sıkıntuların temeli olarak görülür. Böylece aile hem problemi daha basit indirgemiş hem de diğer bireylerin sorunda olan paylarından kaçmış olur. Ailede kimse bu damgalanan bireyin okulda gösterdiği başarısızlıktan, davranım bozukluklarından, sosyal normlara uymada gösterdiği yetersizlikten şaşkına dönmez çünkü ona yakıştırılan ve ondan beklenen davranışın projeksiyonu dışarıda bu şekilde görülür. Terapistin amaçlarından biri de bu durumu ortadan kaldırmaktır (2,3,17).

AİLE TERAPİSİNDE KADEMELER

Tanıma: Bazı aileler etrafındaki arkadaşlarından ya da medyadan duymaları sonucu aile terapisti hizmetini bulurlar. Ne şekilde gönderilmiş olurlarsa olsunlar başlangıçta terapistin yapması gereken aileye aile terapisinin ya da evlilik terapisinin kurallarını ve ana hatlarını anlatmaktır.

Bazen aile üyelerinden bir tanesi kendisi hakkındaki özel konuların diğer üyelere anlatılmasını istemez. Bu durum aile terapisti için uygun değildir, o zaman bireysel tedaviden faydalanabilir. Tedavi esnasında da bazı aile bireyleri tek başına görüşmek isteyebilirler; terapist bunun yerine problemin ya da konunun aile içinde konuşulmasını teşvik edecektir.

Başlangıç görüşmesinde tedaviden beklenen amaçlar ve tedavi süresi terapötik bir kontrat içinde belirlenir. Amaçlar ve hedefler belli olduğu için aile terapisti bireysel tedaviye göre daha kısa sürer. Bazen aile terapisti için bütün bireyleri yanyana getirmek mümkün olmayabilir. Bu durumda ana problemin etrafında olan bireylerle terapiyi sürdürmek pratik olabilir. Ancak bazı ailelerde diğerleri bazı bireylerin katılmasını istemediği ya da bir bireyin motivasyon eksikliği nedeniyle katılmak istemediği durumlarda buna izin verilmemelidir. İlk görüşmede tanı, terapi planı ve formülasyon belirlenmeli ve terapistin ekolüne göre çalışma planı oluşturulmalıdır (5).

Terapi seansları ilerledikçe: Doğal olarak seansların gidişi terapistin ekolüne bağlıdır. Konuşulacak ve yoğunlukla ele alınacak konular bu yaklaşım çerçevesinde

vesinde belirlenir. Terapinin ilk seansları değerlendirilmenin ağırlıklı olduğu dönemlerse de hem ailenin hem de terapistin sorunları farkedip çözümü yönündeki çabalarının da başladığı dönemdir. Başlangıç seanslarında aileye problemlerini belirlemeleri ve boyutlarını tanımlamaları yönünde yaklaşılır. Terapistin görevlerinden bir tanesi de "onun problemi" diye nitelendirilen problemin aile tarafından "bizim problemimiz" şekline dönüştürülmesidir.

Aile bireylerinin, özellikle seansların başlangıcında sadece bireysel olarak terapistle iletişime girme eğilimleri vardır. Ailede disfonksiyon ne kadar çoksa bu durum da o kadar belirgindir. Yıllar içinde sağlıklı olmayan iletişim ve bunun sonucu ortaya çıkan çatışmalar ve kırgınlıklar iletişim ve konuşmada öğrenilmiş kaçınmayı oluşturmuştur. Bu yüzden aileler beraber ya da birbirleriyle konuşmak yerine terapistle iletişime girmeyi daha risksiz bulabilirler.

Problemlerin çözümlenmemiş olduğu ve ileride daha da alevlenmesi riskini taşıdığı bu durumda ilerleyen seanslarda bir yandan iletişimin paternleri incelenirken bir yandan da iletişimin yeniden sağlanmasına çalışılır. Bazen ailelerin seanslarda birbirimizle konuşmayı öğrendik demeleri olağan dışı değildir ve terapinin doğru yolda olduğunun lehine bir göstergesidir.

Terapi seansları ilerlerken konuşulan problem alanları ve dinamikler, problemin tanım ve formülasyonuna götürür ve ardından da çözümler ve ailenin takibi gelir. Doğal olarak değerlendirme seansları sonrasında çok daha iyi tanıyan ailenin dinamik formülasyonu özellikle dinamik terapi yaklaşımında bulunanlar için görünür hale gelecektir. Ailenin ne kadar süre ile takip edileceği konusunda ailenin problemsizliği, bireysel semptomların iyileşmesi ve ailenin desteğe gereksinim düzeyi yol gösterici olacaktır.

Ailenin psikolojik sağlığı, adaptasyon, bireylerinin sağlıklı ego fonksiyonu, çatışmanın çözümündeki kalite, bireyselliğin kazanılması, seçme ve seçilme yeteneği, kişilerarası süregen ilişkilerin oluşturulması ve empati kapasitesinin oluşturulabilmesi gibi göstergeler de oluşur (7).

AİLE TERAPİSİNİN PSİKİYATRİDE KULLANIMI ve SONUÇLARI

Aile terapisinin yoğunlukla kullanıldığı alanlar, çocuk ve ergen davranım bozuklukları, şizofreni, yeme bozuklukları, madde bağımlılıkları, affektif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Şizofrenik ailelerle başlayan ilk aile terapisi çalışmaları zamanla diğer dallara yönelse de özellikle "expressed emotion" (EE) (duygu dışavurumu) konusundaki çalışmalar şizofreniklerde ailenin relaps üzerine etkisini gösterince ailelerle ilgili çalışmalara yeniden ilgi artmıştır.

Şizofrenik bireyi olan ve yüksek EE'li ailelerde terapi diğer süreçler haricinde aileyi hastalık konusunda eğitime, problem çözme eğitimi, eleştiri-aşırı karışma-kontağı azaltma gibi temel EE boyutlarını ele alma, sosyal çevreyi genişletme ve beklentileri azaltma gibi hedefleri de amaçlamalıdır (1,15).

Aile terapisinin majör depresyonda kullanım gerekliliği Lereiscman ve Paykel'in (1974) 40 depresif hastada yaptığı çalışmada da ortaya konmuştur. Bu grupta normal kontrollere göre yoğun derecede evlilik problemleri farkedilmiştir. Buna benzer çalışmalar depresyonla evlilik ve ailede uyumsuzluk hakkında benzer ilişkileri göstermiştir. Aile içi dinamikler, depresyonun oluşturulması ve devam ettirilmesinin ana nedeni olabilir. Bir diğer bakış açısından depresyonda önce varolmayan aile problemlerinin oluşmasına neden olabilir.

Yine EE'nin varlığı depresyonda relaps oranının ortaya çıkışı ile ilgili bulunmuştur. Depresyonlu ailelerin kontrol ailelerden daha kötü işlevselliğe sahip oldukları ve özellikle problem çözme ve iletişim konularında yetersiz kaldıkları da gözlemlenmiştir. Çalışmalar hastaların rahatsızlıkları konusundaki eğitimlerinin yeterli olmadığı, aile bireylerinin daha aktif olarak katıldığı bir yaklaşımın gerektiği sonucunu desteklemektedir.

Aile terapisinin anksiyete bozukluklarında gündeme gelmesi agorafobik hastanın sağlıklı partnerini koruyucu bir rol aldığı kuramı ile oldu. Özellikle partneri aşırı kıskanç olan grupta eşinin agorafobisi evlilik bütünlüğünün korunmasında rol oynuyordu. Her ne kadar bazı yazarlar obsesif kompulsif bo-

zuklukta eşin tedaviye katılımının sonucu etkilemediğini belirtse de eşin tedaviye katılımı ve ailenin hastalığın tedavisi yönünde yeniden organizasyonu temel stratejik noktalardan biridir. Sosyal fobide aile üyelerinin hastalanmadaki katkısı bilinmektedir. Ancak sosyal fobide aile terapisinin yanında kognitif-davranışçı yöntemlerin ve sosyal yeti eğitiminin de eklenmesi gerekmektedir⁽⁹⁾.

Madde ve alkol bağımlılığında hem ailede yoğun problemler oluşturan hem de aile dinamiklerinin neden olduğu kullanım sorunun sürdürücüsüdür. Madde kullananların ailelerinde aşırı koruyucu bir anne figürü ile onun yanında güçsüz ve alkol kullanımını olan baba ve sınırları belirsizleşmiş bir aile yapısı tipiktir. Bu yapı içinde madde kullanıcıları diğer problemlerin kamufleji olarak iş görür. Bu düşünceler eşliğinde yapılan aile terapisinde madde alım oranında belirgin düşüşler kaydedilmektedir.

Ancak araştırmalar 6. ve 12. aylarda tekrarlandığında madde kullanım miktarı ve sosyal entegrasyon açısından bireysel terapiden farklı bulunmamıştır. Yapısal ve stratejik modeller, sosyal yeti eğitimi ve iletişimi düzeltmenin eklenmesiyle özellikle genç ve evde yaşayan grupta etkin olmaktadır. Buna davranışçı yöntemlerin ilavesi hem tedaviyi hem de madde alımı konusunda otokontrol yetisini güçlendirir.

Alkol bağımlılarının, ailelerine iki tip mesaj ilettikleri bilinmektedir. Birincil olarak alkoliklerin sorunlu ve anormal oldukları mesajdır, ikincil mesaj ise bunların alkol dolayısıyla olduğu, aslında yapmak istemedikleridir. Böylece alkolikler, ailelerinin onlardan ayrılmasını engellemiş olurlar, aynı zamanda da sorumluluk almadıkları davranışlarını tekrarlarlar. Alkol olağan durumlarda söylenemeyen olumsuz duyguların söylenmesini de sağlar.

Alkol ve aile konusunda uzun süreli çalışmalar alkolün bazen aile ve evlilik içi sorunların çözümünde kısa dönemli kullanım aracı olduğunu da belirlemiştir. Alkol kullanım miktarı ile evlilikteki sorunlar arasında doğru orantı bulunmuş ve yine alkol bağımlılarının bireysel tedavilerine evlilik terapisi ilave olduğunda evlilik sorunları ve alkol kullanımında düşüş izlenmiştir.

Yeme bozuklukları alanı yine aile terapisinin belirgin etkinliğinin görüldüğü alanlardan birisi olarak kabul görmektedir⁽¹⁴⁾. Aileyle görüşmek iki nedenle zorunludur: birincisi tedavide ailenin işbirliği gerekir, ikincisi ise ailenin tutumunda değişiklik sağlama terapinin temel amaçlarından biridir⁽²⁰⁾.

Yeme bozukluğu olan ergenler ve genç erişkinler genellikle tedaviye anne babaları tarafından getirilirler. Bu onların kendiliğinden tedavi sürecine katılmaları anlamını taşır. Ciddi aile sorunlarının varlığı çoğu zaman tedaviyi olumsuz etkileyen temel etkenlerden biridir ve olumlu sonuç için ailenin desteği gerekir.

Aile terapisi, aile dinamiklerinin anlaşılması açısından da yarar sağlar⁽²¹⁾. Diğer taraftan psikoanalitik kuramcılar hastaların anna-babalarına karşı duydukları kabul edilen ambivalansın bir yanını oluşturan agresyon ve hostilitenin hem anorektiklerde hem de bulimiklerde klinik patolojinin oluşmasında önemli bir rol oynadığını kabul ederler. Diğer birçok psikosomatik hastalıkta olduğu gibi burada da agresyon bireye yönelmekte ve kendisini tahrip etme davranışı, yemek yeme (veya yememe) işlevi ile gerçekleştirilmektedir.

Bu aşırı agresyon ve hostilitenin tedavide önemle ele alınması gerekir⁽¹⁰⁾. Yeme bozukluklarındaki çalışmalar ve özellikle anoreksik aileler "psikosomatik aileler" kavramını ortaya çıkarmıştır. Psikosomatik aile, içiçe girmiş, aşırı kollayıcı, katı ve sorun çözme yetileri düşük ailelerdir. Yeme bozukluğu olan grup, aile sorunlarının iyileştirilmesini tedavinin kaçınılmaz bir parçası olarak görmektedir. Ayrıca iyileşme de ailedeki sorunların çözümünün bir göstergesidir adeta.

Aile terapilerinin kişilik bozukluklarında kullanımına ilişkin sınırlı sayıda kitap mevcuttur. Kişilik bozuklukları kişiyi etkilediği kadar ailesini de etkilemektedir ve kişiler arası çatışmayı da aile içine taşımaktadır. Bunun da ötesinde kişiliğin gelişiminde ya da problemlerinde yer alan aile rahatsızlığının oluşumu modelinin içinde yer almaktadır. Tek başına borderline kişilik bozukluğunu ele alırsak, bireyin ailede kendi separasyonunu başarı ile gerçekleştirmemesi ailedeki kaotik, aşırı kollayıcı, başkaldırıcı ve saldırgan organizasyona bağlanmaktadır. Bir ebeveyn kendi iç çatışmalarını ve gerçek sapmalarını

çocuk üzerine yansıtarak onun gelişimini borderline kişilik bozukluğuna götürecektir şekilde etkileyebilir. Ailenin anormal formasyonu ve cinsel kötü kullanım, borderline vakalarda sık rastlanan bir durum olabilmektedir (6,14).

Glick ve ark. ailenin rahatsızlıkla ilgili bilgilendirilmesinin, negatif duygu dışavurumunun (expression) azaltılması, bireyin psikopatolojisi nedeniyle bozulan ailenin işlevinin düzeltilmesi, iç içe girmenin azaltılması ve aileye sunulan dolaylı yardımların bunlarla kombinasyonunu ve borderline şahısa aile sınırlarına saygı göstermeyi farketmede yardımcı terapeute ana hedefler olarak belirlemişlerdir. Verileri bir araştırma içeriğinde değerlendirmese de yazarlar bazı durumlarda aileyi terapi sürecine katma gerekliliğini desteklemektedirler.

SONUÇ

Aile terapisi yarım yüzyılı aşan bir gelişim süreci içinde psikiyatrik rahatsızlıkların ve sorunların sağaltımında artık yerleşik bir terapi şekli olarak yerini almıştır. Aile terapisinin sorunları çözümlenmedeki etkinliğinin psikiyatrik sendromlarda da gösterilmeye başlanması dikkati çekmekte ancak etkinliğin daha detaylı ve geniş çaplı araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Belli alanlarda, yani çocukluk çağı ve adolesan sorunları, uyum bozuklukları, depresyon ve şizofrenide aile terapilerinin yeri belirginleşmesine rağmen diğer alanlardaki kullanım ve sonuçların akademik çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Anderson J, Dayson D, Wills W, et al: The TAPS project: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *Br J Psychiatry* 162(Suppl 19) 45-46, 1993.
2. Aydın C: Ailede etkileşim. Bornova Belediyesi Kadın Dayanışma Merkezi Yayını. Karınca Matbaası, İzmir, 169-245, 1993.
3. Barker P: Basic family therapy. Blackwell Scientific Publications. Third edition. Oxford 1-16,18-53,54-74, 1992.
4. Bulut İ: Sağlıklı aile işlevleri. Ruh sağlığının aile işlevlerine etkisi. Kılıçarslan Matbaacılık, Ankara 9-13, 1993.
5. Cleavelly E: Relationships. In: Psychotherapy with couples. Ruszczynski S (ed). Karnac Books, London 55-69, 1994.
6. Fallon IRH, Krekorian H, Shanahan J, et al: A family based approach to adult mental disorders. *Journal of Family Therapy* 15:147-61, 1993.
7. Finkelstein L: Psychoanalysis, marital therapy and object-relations theory. *Journal of American Psychoanalytic Association* 36:905-31, 1988.
8. Gökçe B: Aile yapısı: Demografik özellikler. TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 53-125, 1993.
9. Hafner RJ: Anxiety disorders and family therapy. *ANZ J Fam Ther* 2:99-104, 1992.
10. İzmir M, Çevik A: Anoreksia nervoza ve bulimia nervoza aynı hastalığın değişik görünüşleri mi? *Psikiyatri Bülteni* 2:78-81, 1993.
11. Kabasakal Ö: Aile eğilimleri. Türkiye aile yılığı. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Ankara 7-29, 1991.
12. Kağıtçıbaşı K: Türkiye'de aile kültürü. *Kadın Araştırmaları Dergisi* 1:49-58, 1993.
13. Koptagel-İlial G: Aile tedavileri. *Nöropsikiyatri arşivi* 3:111-27, 1992.
14. Lange A, Schaap C, Widenfelt BV: Family therapy and psychopathology: Developments in research and approaches to treatment. *Journal of Family Therapy* 15:113-46, 1993.
15. Leff J: Working with families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 164(Suppl 23): 71-76, 1994.
16. Lewicky S: A comparison of intercultural marriages versus intracultural marriages in terms of adaptability and marital satisfaction. MA Thesis, Boğaziçi University Department of Social Sciences 8-25, 1985.
17. Lyons A: Therapeutic intervention in relation to the institution of marriage. In: Psychotherapy with couples: Ruszczynski S (ed). Karnac Books, London 181-84, 1994.
18. Minuchin S: A day in court. *The Family Networker* 6:32-41, 1984.
19. Tatlıgil E: Hızlı kentleşme sürecinde değişen aile. 1. Aile Şurası Bildirileri. TC Başbakanlık aile araştırma kurumu. Reyhan Basımevi, Ankara 193-97, 1990.
20. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 310-14, 1992.
21. Yüksel N: Ruhsal hastalıklar. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 358, 1995.