



ÂİLE TERAPİSİNİN KLİNİK PSİKİYATRİYE KATKISI

PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA ÂİLEYE YAKLAŞIM ve UYGULAMA

GİRİŞ

Âile terapisinin kurulduğu 1950'lerde psikiyatride psikodinamik yaklaşım egemen olduğundan, özgül hastalıklara tanı konulması psikiyatristler tarafından kabul görmemekteydi. Tanı koymak hastaların psikodinamik çatışmalarının belirlenmesi ve tedavi edilmesi hedefinden uzaklaşılması olarak değerlendiriliyordu. Ancak bu arada bazı klinisyen ve teorisyenlere göre psikozlardaki zor sorunları anlamak ve başa çıkmak için psikanalitik çerceve yetersizdi. 1960'ların başlarında değişim iki farklı uçtan gelir ve her ikisi de âile terapisi ya da psikanaliz ile bağlantılı değildir. Bunlardan biri psikofarmakoloji ve biyolojik psikiyatri iken, diğeri toplumsal ruh sağlığı hareketidir. Âile terapisi psikanaliz ile toplumsal ruh sağlığı arasında ortaya çıkar (Broderick ve Schrader 1981). Öte yandan, 1960'ların sonlarına doğru epidemiyolojik çalışmalar mevcut tanılarının güvenilirliğini ortaya çıkarınca, yeni farmakoterapötik ajanların denenmesi için daha güvenilir tanılar gerekli oldu. Bu süreçte alınan yol 1980'de DSM-III'ün (American Psychiatric Association 1980) yayınlanması ile belirginleşti. Oysa, kendini yeni gösteren âile terapisi alanında 1960 ile 1980 arasında psikiyatrik tanılara hiç önem verilmedi. Âile terapisiyle ilgili teoriler daha çok psikiyatri dışındaki ruh sağlığı çalışanlarınca geliştiriliyordu. Psikiyatrik tanılar bâzen âile terapisinden uzaklaşma olarak yorumlandı, daha sık olarak ise etiketleyici veya indirgeyici olarak görüldü. DSM'nin kullanımı, hastanın içinde bulunduğu bağlamı dikkate almaması nedeniyle, âile yönelimli terapistlerce sınırlı bulundu (Strong 1993). Bütün bunlar, âile terapisinin klinik psikiyatriden belli ölçülerde uzak kalmasına neden oldu. Ama, bir yan-

Verda Tüzer*, Erol Göka**

ÖZET

Psikoterapilerin klinik psikiyatriden ayrı bir gelişim çizgisi izlemesi çağdaş psikiyatrinin önemli sorun alanlarından biridir. Bu zorluk klinik psikiyatri içine ancak çok yakınlarda DSM-IV ile birlikte resmen giren âile terapisiyle ilgili olarak özellikle belirgindir. Oysa, tüm klinik psikiyatri uygulamacıları hastaya yardımcı olabilmek için onu âilesiyle birlikte ele almak gerektiğini iyi bilmekte ve bir biçimde çalışmalarında âileye yer vermektedirler. Bu yazıda, âile terapisinin bir ekolü olan sistemik âile terapisi bağlamında âile terapisinin klinik psikiyatride ilişkileri ve katkıları ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: sistemik âile terapisi, ruhsal eğitim, ilişki sorunları

The CONTRIBUTION of FAMILY THERAPY to CLINICAL PSYCHIATRY: PSYCHIATRIC APPROACH to the FAMILY in PSYCHIATRIC DISORDERS

ABSTRACT

The distinctly separate line of development followed by psychotherapies, compared to clinical psychiatry, is among the important problem areas of contemporary psychiatry. This difficulty is particularly significant for family therapy, which was included in clinical psychiatry only recently, by the advent of DSM-IV. Nevertheless, all clinical psychiatry practitioners know that the patients should be taken as a whole with their families in order help them better, and include the families in their practice somehow. Relationship between clinical psychiatry and family therapy and contributions of family therapy to clinical psychiatry will be examined in this article, in context of one of the schools of family therapy, namely systemic family therapy.

Keywords: systemic family therapy, psychoeducation, relationship problems

dan da, psikiyatri içinde de hastaları âileleri içinde ele almanın gerekliliği yoğun biçimde hissediliyordu. 1986'dan itibaren nihâyet âile yönelimli terapistler de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) geliştirilirken âileyle ilgili tanıların yine ihmâl edilebileceğini, hattâ tamamen göz ardı edilebileceğini fark ederek, bir araya geldiler. Psikiyatride Geliştirme Grubu - Âile Komitesi (Committee on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry - GAP) oluşturan âile psikiyatristleri, ilişkisel tanılarla ilgili sorunları ve bunları nasıl DSM sistemi ile bağdaştırabileceklerini belirlemeye çalıştılar (Kaslow 1993). Bu oluşum, âile ve evlilikteki işlev bozukluklarını tanımlayan tanıları ayırtırmak, ilişkisel tanı kavramını yerleştirmek ve Eksen V'de yer alan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi gibi bir değerlendirme ölçeği geliştirmeyi hedefliyordu.

İlişki İşlevselliğinin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İİGDÖ) için âile yönelimli klinisyenlerce en

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Uzmanı, Başasistan

** Doçent, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şefi / 0.312.3103030 / 5316 - E-posta: erolgoka@hotmail.com

fazla bilinen üç modelden yararlanılmaktadır. Bunlar Beavers Sistemler Modeli (Beavers ve Hampson 1993), Olson Modeli (Olson ve ark. 1983, Olson 1993) ve McMaster Aile Modeli (Epstein ve Bishop 1981, Epstein ve ark. 1993)'dir. Her üç modelde de yer alan ortak boyutlar seçilerek ölçeğe yerleştirilmiştir. Bunlar:

1. **Sorun çözme:** Hem gündelik ve rutin hem de sıra dışı ve stresli durumlarda sorunlar hakkında konuşabilme ve çözüm üretebilme becerileri ve faaliyeti; duruma uygun bir şekilde bir diğeriyle sözel ve sözel olmayan bir şekilde iletişim kurma ve çatışma giderme yeteneği.
2. **Organizasyon:** Kültürel normlar bağlamında, bireysel gereksinimlere, ortak beklentilere ve değişen koşullara yanıt olacak şekilde rolleri değiştirme ve sürdürme yeteneği; otorite, güç ve sorumluluğun akışını sağlama ve uyarılma yeteneği.
3. **Duygusal ortam:** Duyguların niteliği ve dağılımı; bağlanma/bağlılık, şefkat ve empatinin karşılıklılığı; saygı ve önemseme; duygulara karşılık verme ve ifade etme; değerleri paylaşma; role uygun cinsel işlev.

Bu boyutlar değerlendirilirken yaşam döngüsü ödevleri ve kültürel geleneklerin de göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanır. İİGDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışmalar da aile işlevselliğini ölçmede yararlı bir araç olduğunu gösterince, psikiyatri tarihinde ilk kez aile terapistlerince geliştirilen bir ampirik bilgi sağlama aracı resmi sınıflandırmanın içinde yer almış oldu (Dausch ve ark. 1996, Yingling ve ark. 1998). Böylece DSM-IV (1994)'de İİGDÖ'nin yer alması ile ilk kez ilişki boyutu DSM sisteminde gündemine geliyordu. Bu önemli adımın yanısıra, aile yönelimli yaklaşımların şizofrenide relaps oranlarını anlamlı düzeyde düşürdüğünü gösteren araştırma sonuçları üzerine hem aile terapisi hem de psikiyatri alanında ortak bir süreç oluşturma çabaları hız kazandı (Leff ve ark. 1985, Halford ve ark. 1991, Montero 1999).

Şimdi, sırasıyla, önce aile terapisinin bir ekolu olan sistemik aile terapisinin temel yaklaşımlarını tanıttık, sonra da sistemik aile terapisinin klinik uygulamalara katkıları üzerinde duracağız.

ÂİLEYE VE HASTALIKLARA SİSTEMİK YAKLAŞIM

Sistemik aile terapisi okulu 1958'de şizofreni belirtileri gösteren üyeleri olan âilelerdeki iletişim süreçlerini araştıran Palo Alto grubundan **Bateson**'ün görüşlerinden etkilenmiştir. Bateson, **Von Bertalanffy**'nin genel sistemler teorisi ve **Weiner**'in sibernetik ile ilgili kavramlarını aile sistemlerine uyarlamıştır. Öte yandan, 1967'de Milan'da kurulan Aile Çalışmaları Enstitüsü (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Prata, Cecchin) **homeostazis** üzerine odaklanır. İzleyen yıllarda **paradoks-karşıparadoks, örüntü ve enformas-**

yon ile ilgili kavramlar üzerinden çalışmaları, Hoffman, Penn ve Tomm'un da katkıları ile sistemik / Milan Okulu'nun ortaya çıkmasını sağlamıştır. Milan grubunun aile görüşmelerinde öne çıkan üç temel ilkesi **döngüsellik, varsayım oluşturma** ve **nötralityedir**. Yapısalcı bir yaklaşımla, "zihnin sosyal olduğu", yani mutlak gerçeklikten çok gerçekliğin göreceli olduğu ve anlamın, bağlam ve ilişkiler yoluyla ortaya çıkacağı öne sürülür. Yukarıdaki üç ilkeye **strateji oluşturma**nın eklenmesi ile müdahale süreci belirlenir. İnanç sistemi döngüsel ve reflektif sorular, paradoksik müdahaleler ve ritüeller aracılığı ile sorgulanır. Böylece model klinisyene âileye olumlu bir açıdan, tarafsız bir duruşla bakması için fırsat sağlar (Hayes 1991).

Âile üyeleri arasındaki karşılıklı ilişkiye odaklanan aile sistemleri yaklaşımı psikiyatri ve psikoterapinin pek çok alanında etkili olmuştur. Psikiyatrik ve tıbbî hastalıkların şiddetini azaltmada sistemik yaklaşımın gücü klinisyenlerce takdir edilmeye başlamıştır. Yirmi yıldır süren araştırmaların meta analizi şizofreni, depresyon, sağlık sorunları, davranış bozuklukları ve evlilik sorunlarının tedavisinde evlilik ve aile yaklaşımlarının olumlu etkilerini göstermiştir (Pinsof ve Wynne 1995). Âileye yönelik müdahaleler psikiyatri hastâne yatışlarının sıklığını azaltabilir. Hastâne ortamında edinilen işlevlerin gelişimini cesaretlendirebilir. Âilenin desteği uzun, karmaşık, bâzen de yetersiz tedavilerin önlenmesine yardım edebilir. Bu yaklaşıma göre amaç kısa tedavilerin vurgulanması, âilenin yetkinliğinin artması ve terapistle bağımlılığın azalmasıdır (Perlmutter 1996).

Ciddî bir hastalıkla âilenin başa çıkma ve uyum gösterme çabalarını tanımlarken ilk adım, sâdece hasta üzerine odaklanmak yerine, hastalıktan psikososyal olarak etkilenen herkesi içeren bir model oluşturmaktır. İkinci adım ise hastalık, hasta üye ve aile arasındaki karşılıklı etkileşimleri normatif bir çerçevede tanımlamaktır. Son olarak, normâl âilelerin sorunsuz olacağı düşüncesini yerini tüm âilelerin zorluklarla karşılaşabileceği düşüncesine bırakmalıdır (Walsh 1998).

Ciddî hastalıklar için normâl bir çerçeve oluşturulmasında yaşam döngüsünün ele alınması uygun bir yoldur. Hastalıkları gelişimsel bir bağlamda inceleyen birbirinin içine geçmiş olan hastalık, birey ve âilenin yaşam döngüsü süreçlerini anlamak gerektiği açıktır (Rolland 1994). Bu üç sürecin ortak özellikleri, hepsinin evreleri olması ve yaşam yapısı oluşturma / sürdürme dönemleri ile yaşam yapısı değiştirme (geçiş) dönemlerinin birbirini takip etmesidir. Yaşam döngüsünde, ayrıca, aile bağlılığının yüksek ve düşük olduğu dönemler vardır. Bu dönemlerin özelliğine göre ortaya çıkan hastalıklara farklı yanıtlar oluşur.

Sistemik bakış açısına göre, tanıyla birlikte âilenin yaşam döngüsünün evresini ve tüm aile üyelerinin bireysel gelişim evrelerini bilmek önem taşır. Sistem-

deki her üyenin diğerlerini ve diğerlerinin de onu etkilemesini anlamına gelen döngüsellik ilkesi aileye uygulandığında sorun bireylere atfedilmez; kişiler arasındaki ilişkilerle bağlantılı olarak görülür. Dolayısıyla sorun veya belirtinin, aile değişimlere veya aile yaşam döngüsündeki geçiş dönemlerine gereken uyarlamayı yapmadığında görüldüğüne inanılır. Bu değişimlere evlilik, çocuk sahibi olma, boşanma, ölüm, göç, okul veya iş değişikliği, hastalık, kaza gibi örnekler verilebilir. Bu gibi değişiklikler yeni kurallar veya aile yapısı ile ilgili yeni anlaşmaları gerektirebilir.

Tüm sistemlerde olduğu gibi, aile sisteminin de dalgalanmalar ve değişime yanıt olarak kendini düzenleyeceği, dengeyi koruyacağı, yani homeostazisi gerçekleştireceği varsayılır. Bâzen bir üye dengeyi yeniden kurmak adına daha fazla yük alırken diğerininki azalır (negatif geri-bildirim) veya üyelerden birindeki küçük bir sapmaya, diğerleri de aynı yönde abartılı yanıtlar verirler (pozitif geri-bildirim). Pozitif geri-bildirim her zaman yıkıcı bir süreç değildir. Tersine, küçük bir değişiklik, üyelerin bu değişikliği kabûlü ve iletmesi ile tedavi sürecinin önemli bir itici gücü hâline gelebilir. Amaç belirtiyi azaltmak ve ailenin stresini yatıştırmaktır. İletişim, sorun çözme ve bireysel otonominin kazanılması ve sürdürülmesi gibi diğer hedeflere ulaşırsın, terapistin rolü değişimi sağlayan bir araç olmaktır; bu nedenle yönlendirici ve aktiftir (Hayes 1991). Aile terapisiyle ilgili bu teorik amaçlar, klinik uygulamayla birleştirildiğinde daha fazla anlaşılacak ve netlik kazanacaktır.

SİSTEMİK AİLE TERAPİSİ VE KLİNİK UYGULAMA

Burada, aile terapisi uygulamalarından çok, psikiyatrik hastalarına ve ailelerine yardımcı olacak şekilde, psikiyatri ve aile terapisinin temel tedavi ilkelerine dayanan uygulamalardan bahsedilecektir. Aile terapisinin ilişkili temel alan yöntemleri psikoterapi ve farmakolojideki bireysel tedavilerle birlikte yardımcı olabilirler. Özellikle tedavi sisteminin hastâneye dayalı olduğu, rehabilitasyon sisteminin yeterince çalıştırılmadığı, toplumsal desteklerin yeterli olmadığı ve daha çok aileye dayalı desteğin söz konusu olduğu, tedavi hiyerarşisinde psikiyatristin başı çektiği durumlarda -ki bu tablo ülkemizin koşullarına neredeyse tamamen uymaktadır- aileye yönelik yaklaşımların yararlı olduğu öne sürülmektedir (Ito 1999).

Klinisyenler bâzen hastanın mahremiyeti, bâzen kendi kaygıları, bâzen de soruna daha iyi odaklanmak için aileyi dışarıda bırakmayı tercih edebilirler. Diğer yandan, alınan bilgiyi berraklaştırmak, doğruluğunu sınamak, işlevsellik düzeyini saptamak için aileyle görüşme sıklıkla yapılır. Oysa yapılan bu aile görüşmelerinde hangi görüşme ilke tekniklerinin uygulanması gerektiği sorununun çoğu kez "sorun" olduğunun bile farkına varılmadığı gibi, belirtinin aileyi ve ailenin belirtileri etkilemesine de pek değinilmez

(Perlmutter 1996). Psikiyatrik uygulamalarda çoğunlukla ailenin terapiye alınması gerekmez; aile görüşmesi yeterli olabilir. Aile "terapi"si önerilmeyecek veya böyle bir yardım istemeyen âileler için bir aile konsültasyonu önermek yararlı olabilir. Aile üyeleri bu görüşmeler sayesinde hastalıkla ilgili kendi yorumlarını ve duygularını dile getirmek şansını bulurlar. Bu da klinisyene, bir tedavi plânını sürdürmesinde, yararlı olabilir.

Hasta dışında aileyle de görüşme kararı yeni terapötik olasılıklara yol açar. Aynı zamanda, bazı zorlukları da getirir. Çeşitli aile terapisi okullarının farklı farklı aileyi değerlendirme yöntemleri vardır (Hayes 1991). Aile terapisinde ortak olan bazı klinik kavramlar terapist için özellikle yardımcıdır. Bunlar katılımcı gözlem, uzlaşma, hipotez oluşturma ve döngüsel sorgulama, kaynakların vurgulanması, suçlamaların ortadan kaldırılması ve diyalog, düşünme ve rehberlik, duyguların ele alınması, âit olunan köken ve kültürün değerlendirilmesi ile danışmanlık gibi konuları kapsamaktadır (Perlmutter 1996).

Aile görüşmesini sürdüren klinisyen hem katılımcı hem de gözlemci olmalıdır. Bir yandan ailenin içinde bulunduğu duruma empati duyarken, aynı zamanda da, yeterli mesafe bırakarak onları gözlemlemelidir. Uzlaşma, önerilerde bulunmak veya buyurmak yerine, karşılıklı etkileşim sürecidir. Hastaların ve ailelerin sorunun ne olduğu ve çözümün ne olması gerektiğine ilişkin güçlü kanıları vardır. Aile terapisi yönelimli klinisyen de, soruna ilişkin kendi çıkarımlarını ve gerekli tedavi önerilerini gündeme getirir.

Görüşmenin yararlı olması için aile terapisi yönelimli klinisyen ile aile arasındaki müzakerenin, sorunun ortak bir tanımının ve herkesçe paylaşılan bir çözümünün bulunmasını sağlanması gerekir. Bu uzlaşma olmadan ailenin bir eylem plânını kabûllenme ve uygulama şansı çok az olacaktır.

Aile konsültasyonunda klinisyen ailenin onun rolü hakkında ne düşündüğünü, konsültasyonun amacını ve yöntem konusunda tartışır. Burada amaç özgül olarak tanımlanmış sorunların uzlaşmış çözümlerine ulaşmaktır. Bu belirlemelere ek olarak, klinisyen sorular sorarak elde ettiği bilgiyi görüşmede iletir. Aile verilerinden elde edilen fikirler sorgulama yoluyla bu fikirlerin geçerliliğinin sınanmasında kullanılır. Döngüsel sorgulama görüşmeciye gerekli sistemik aile bilgisini toplaması için yararlı bir yol sağlar (Penn 1982, Tomm 1988).

Klinisyen, ayrıca, ailenin sistemik bağlantıları anlaması ve diğerlerine karşı tepkilerini etkileyen etkileşimlere karşı farkındalık kazanması için çaba gösterir. Klinisyen, aile üyelerinden kendilerinin ve diğerlerinin davranışlarını ayırmalarını ve yorumlamalarını ister. Gerçek veya varsayımsal olaylar hakkında fikir yürütmelerini ve hayatlarındaki kişileri, yerleri ve zamanı yorumlamalarını da talep eder. Döngüsel sorgulama kendi inançlarını ve karşılaştıkları soruna iliş-

kin atıflarını değerlendirmeleri için âile üyelerini yönlendiren bir araç sağlar. Klinisyen tarafından dilin bu şekilde kullanılması, âileye kendine yeni bir öykü oluşturması için yardım eder. Varsayım kurmak belirtilerin âile sistemi ile olası bağlantılarını tartışmak için kullanılır (Asen ve ark. 1992). Oluşturulan varsayımların sınanması ve âile dinamiklerinin tanınması için yine sorulardan yararlanır.

Sistemik âile terapisinden etkilenen âile görüşmesi güvene dayalıdır; âilenin kaynaklarına odaklanır. Suçlamadan kaçınılır ve iletişim vurgulanır. Âile üyeleri sadakât, haksızlık, doğruluk gibi konulara işaret edebilir. Psikiyatrik hastalıkların kendisi haksızlık olarak görülebilir. Bu da âilenin hasta kişiyi daha hakça ve dengeli bir açıdan görmesine izin verir. Âile üyeleri mâruz kaldıkları haksız muameleyi gündeme getirebilir. Psikiyatrik hastalıkların yol açtığı sorunları tartışmak duygudurum sıçramalarının, öfkenin, bizzarre davranışların ve diğer belirtilerin tıbbi bir açıklamasını sunarak, aklama sürecine yardımcı olabilir. Duygusal olmayan, yapıcı kavram ve teknikler âilelerle çalışırken esastır. Bu yöntem âile üyelerine yıkıcı ilişkisel üçgenlerden kaçınmaları ve olumsuz yansımaları direnmelerini sağlar. Rehberliğin ise anne babaların sorunlarla aşırı yüklendiği kaotik evlerde yaşayan çocuklarla yapılan terapide bir rolü olabilir. Bu yaklaşım çocuğun günlük krizlerle planlanmış bir şekilde mücadele etmesine yardımcı olur (Perlmutter 1996).

Bireysel veya âile seanslarında ortaya çıkabilen güçlü duyguları ele almak ve değerlendirmek gerekebilir. Bâzen en iyisi duygunun dışavurumunu engellemek ve düşünmeyi desteklemektir. Bâzen de duyguya odaklanmak yararlı olabilir. Duygulara odaklanmak, bireylere bu duyguları yaşamaları ve kabullenmeleri için yardım edebilir. Âilenin kökeni ve kültür de önemlidir. Âile açısından belirtilerin anlamı, âileden beklentiler, otoriteye bakış, terapistin bakışları ve güvenleri, göç veya travma yaşanıp yaşanmadığı, tıbbi uygulama ve psikoterapiye karşı tavırlarını değerlendirmek gereklidir. Burada genogramlar oldukça yararlı olurlar (McGoldrick ve Gerson 1985, Waters ve ark. 1994). Sistemik yönelimli klinisyenin bir danışman olarak da rolü vardır. Âilenin psikiyatrik görüşmeye ilişkin endişesi bunun bir terapiden çok konsültasyon olduğu söylenerek yatıştırılabilir. Bu tarz yaklaşım belirtilerin daha iyi değerlendirilmesi ve âilenin gelecekteki tedavi plânına katılımı açısından faydalıdır. Ayrıca âilenin zorluklarına ve psikiyatrik hastalık ile birlikte yaşamının baskısına saygı duyulduğu da iletilmiş olmaktadır. Ciddi psikiyatrik hastalıklarda âile konsültasyonu âilenin önceliklerinin ne olduğunu anlamaya yöneliktir. Gösterilen çaba âilenin suçlanmasının azaltma yönündedir. Hasta bir üyesi olan âileler o güne dek ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili pek çok olay yaşamış olabileceği için bilgi alabilecekleri bir ortam sunulmuş olması onları mutlu edecektir. Burada ruhsal eğitim kapsamlı bir terapötik bağlam içine açık eğitimsel bilginin yerleştiril-

mesine odaklanılır. Çabalar âilelere kendi kararlarını kendilerinin vermesi için bilgi sağlamaya yöneliktir (McFarlane ve ark. 1995, Walsh 1998).

Sistemik âile terapisinde psikiyatrideki klinik uygulamalara klinisyene âileyi nasıl değerlendireceği konusunda çerçeve sunarak da katkı sağlar.

ÂİLENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Geleneksel psikiyatrik değerlendirme: Sistemik âile terapisinde yönelimli klinisyen öncelikle temel psikiyatrik değerlendirmeye dikkat eder. Ayırıcı tanıda özellikle toksik durumlar ve mental fonksiyonları etkileyen tıbbi durumlar üzerinde durulur. İntihar veya cinayet potansiyeli, hastanın kendine bakabilme gücü, diğer âile üyelerindeki önemli ruhsal hastalıklar üzerinde durulur.

Sistemik değerlendirme: En yararlı değerlendirme boyutu âilenin kriz ve zorluklarla başa çıkma kapasitesine odaklanılmasıdır. Değerlendirmede birkaç sistemik modelden çıkarılmış ve klinisyenin amaçları için yararlı olan alanlar ele alınır: esneklik/katılık, yakınlık/uzaklık, otonomi/bağımlılık, sadakat/sisteme karşı olma, açıklık/kısıtlılık, kaygı/düşünme kapasitesi, olgunluk/olgunlaşmama (Barker 1998). Bunları sırasıyla ele alalım:

Esneklik ve katılık: Âile koşullardaki bir değişime nasıl yanıt verir? Âilenin krize, strese ve gelişimsel olaylara uyum sağlama yeteneği âilenin değişime karşı esneklik veya katılığı ile değerlendirilir. Esnek âileler örneğin, yetişkin bir çocuğun evlenmesi veya iş kaybı gibi bir olaya rahat bir şekilde yaklaşır. Katı âileler ise aynılık isterler. Bir durum uyum ve sorun çözme gerektirdiğinde donakalır ve korkarlar.

Yakınlık ve uzaklık: Âile üyeleri birbirine ne kadar yakındır? Çok yakın âilelerde bir üyenin acısı herkes tarafından sanki o kişinin kendi acısıymış gibi hissedilir. Çok uzak âilelerde ise bir üyenin acısı hiç fark edilmez ve empatik bir yanıt alınmaz.

Otonomi ve bağımlılık: Âile, üyelerinin bağımsızlık çabalarına nasıl yanıt verir? Bağımlılığı vurgulayan âileler üyelerini hep bir arada tutmaya çalışır. Çocuğun üniversite için evden ayrılması böyle bir âilenin düzenini tamamen bozabilir. Çünkü ayrılık sadakatsizlik, kızgınlıkla ilişkili ve ebeveynin hatası olarak görülür.

Sadakât ve sisteme karşı olma: Âile belli belirtileri âileye tehdit olarak mı algılıyor? yoksa kabulleniyor mu? Duygu dışavurumu, depresyon ve kaygının sadakatsizlik olarak algılanıp yasaklandığı bir âilede kayıtsızlık, sadakat olarak algılanabilir. Duygulara daha açık bir âilede depresyon ve kaygı, onları çeken kişinin sadakati sorgulanmadan kabullenilebilir.

Açıklık ve kısıtlılık: Dışarıdan gelenlere kapılar ne kadar açıktır? Kapalı bir âilede belki de en tehditkar durum krizin kendisinden çok dışarıdan gelen müdahalelerdir. Bâzen psikiyatrik yardım da çok müdahaleci görülebilir. Kapalı bir âile tedaviye sırtını döner. Çok açık bir âile ise sırtını tamamen dışarıya da-

yayabilir.

Kaygı ve düşünme kapasitesi: Bireyler ve âileler belli kaygı düzeylerine dek düşünebilir ve sorun çözebilir. Bu düzey azaldığında âile artık sakince düşünemez. Âileyi kaygı ve dayanıklılığı açısından değerlendirmek önemlidir.

Olgunluk ve olgunlaşmama: Olgun bir düzeyde işlev gören bir âilede boşanma duyguların açıklanması, açıklama istenmesi, destek sunulması ile giderken daha az olgun bir âilede iki geniş âilenin dedikodu ve üçgenleşmelere başvurması, öfke ve kin ile krizin derinleşmesi söz konusu olabilir. Olgun olmayan bir düzeyde işlev gören bir âilede evli çift kaygı ve stres ile baş ederken hayal kırıklığı ve öfkelerini çocuklara yansıtırlar veya çocuklar bir ebeveynin tarafına çekilirler. Olgun işlevli bir âilede çift evliliğini korumak için elinden geleni yapar ancak eğer olmazsa yollarını çocuklarına stabilize sağlayacak ve her iki ebeveyn için sadakate izin verecek şekilde ayırırlar.

Âile görüşmesi ve değerlendirmesi âilenin son dönemdeki kaygı ve endişeleri ile ilgili hatırı sayılır bilgi sağlayacaktır. İlk görüşmeye ilişkin temel kurallar yerleştikçe daha fazla esneklik söz konusu olabilecektir (Weber ve ark. 1985).

PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YAKLAŞIMDA SİSTEMİK ÂİLE TERAPİSİNİN KATKISI:

Sistemik âile terapisi psikiyatrik hastalıkları değerlendirirken her hastalığa uyarlanabilecek belirli bir yaklaşım izlemektedir. Tablo I bu yaklaşımı özetlemektedir. Burada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara yaklaşım örneklenmeye çalışılacaktır.

Tablo 1: Sistemik âile terapisinde hastaya yaklaşım

<p>Hastalığa bakış</p> <p>Belirtilerin sistemle olan ilişkisi</p> <ul style="list-style-type: none">● Hastalığın âileye etkileri● Âilenin belirtileri sürdürmesi● Âile içinde belirtilerin işlevleri● Değişimin ters etkileri <p>Spesifik sistemik boyutlar</p> <ul style="list-style-type: none">● Âile öyküsü● Cinsiyet● Yakınlık● Sadakat● Duygulanım haritası● Karşı-aktarım● Gelecek kuşaklar <p>Tedavi</p> <ul style="list-style-type: none">● Standart bireysel tedaviler● Âile uygulamaları● Ruhsal eğitim● Yeni öyküler

Hastalığa bakış: Hastalığa bakış genel olarak hem psikiyatri hem de âile terapisi alanında hastalık ile ilgili bilinenlerin ele alındığı, ilişki boyutunda öne çıkan özelliklerin belirtildiği, genel bir çerçevenin çizildiği bölümdür. Şizofreni bu anlamda çok geniş bir konuyu oluşturmaktadır. Âile terapisinin kurucusu sayılan N. Ackerman, G. Bateson, I. Boszormenyi-Nagy, M. Bowen, V. Satir, C. Whitaker gibi terapistlerin çoğu psikotik hasta âileleri ile çalışmışlardır. Bir çok âile yönelimli araştırma grubu (Falloon ve ark. 1985, Goldstein ve ark. 1995) şizofreni gidişinde âile tedavilerine odaklanmışlardır. Âile, şizofreni için bir "neden" olarak değerlendirilmemektedir. Ama duyguduşavurumu, iletişim şekli, duygulanım tarzı gibi bazı âile özelliklerinin hastaneden taburcu olunduktan sonra hastalığın alevlenmesi üzerine etkisinin olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır (Leff ve ark. 1985, Barbato ve D'Avanzo 2000). Şizofreni kronik gidişle yalnız hasta için değil çevresindekiler için de yük oluşturan bir durumdur. Ortaya çıkan duyguların, zorlukların konuşulması ve paylaşılması anlaşılabilirlik hissini arttıracaktır.

Belirtilerin sistemle olan ilişkisi:

Hastalığın âileye etkileri: Hastalığın dönemine ve tanıya bağlıdır. İlk atakta âile şaşkın ve endişeli iken, kronik bir gidişte tükenmiş ve öfkeli olabilir. Utanç ve suçlama, maddi zorluklar, âile yaşamının hastalık etrafında dönmesi, iletişim bozuklukları, evlilik sorunları, kardeşler arasında suçluluk ve haset gibi olumsuz etkiler görülebilir. Öte yandan psikotik kişi ile ilgilenmek, bakımını sağlamak, dayanışma içinde olmak gibi olumlu etkiler de ortaya çıkabilir.

Âilenin belirtileri sürdürmesi: Âile toplum tarafından, hatta bazen klinisyenler tarafından sorumlu görülebildiği için suçlamadan kaçınmak çok önemlidir. Açık olmayan iletişimin rolü üzerinde durulmalıdır. Kaotik ve belirsiz bir âile ortamı belirtileri kötüleştirir. Çok aşırı düzeye gelene dek belirtilere tolerans gösterilmesi ve tedaviye başvurulmaması söz konusu olabilir.

Âile içinde belirtilerin işlevleri: Bireysel düzeyde belirti uyaranlardan korunmak için uyuma yönelik bir çaba olabilir. Âile içinde kişi, âilenin günlük yaşamından uzak kalarak kendini tükenmekten korur. Bu uzaklık kimi âile üyeleri için rahatlatıcıdır. Böylece psikotik kişi ile acı veren karşılaşmalardan korunmuş olurlar. Bazen hastalıkla başetmek tüm âileyi bir arada tutmaya yarar.

Değişimin ters etkileri: Antipsikotik tedaviye tamamiyle uymak belirtileri azaltabilir ama tardif diskinizi riskini artırabilir. Yeni ve daha esnek bir âile yapısını kabul etmek gerekebilir. Hekim ya da hastaneye bağımlılık artar. Toplumdan beklentiler artabilir, bu hayal kırıklığına yol açabilir.

Spesifik sistemik boyutlar:

Âile öyküsü ve cinsiyetin rolüne ilişkin bilgileri kapsar. Yakınlık, bağlılık ve sadakat kapasitesi psiko-

tik süreçte oldukça azalır. Hastalığıdaki biyolojik sürecin yıkımı bu alanlarda belirgindir. Negatif belirtiler sosyal becerileri tümüyle kısıtlayabilir. Psikotik kişinin otonomi ve olgunlaşmaya doğru gelişimi bozulmuştur, bu nedenle bir çocuk düzeyinde kalabilir. Eş olarak da sık hastaneye yatış, davranış bozuklukları gibi durumlar ilişkiyi olumsuz yönde etkiler. Ailenin yaşadığı kayıp duygusu acı, üzüntü ya da öfke gibi değişik düzeylerde duygulara neden olur. Bazen âile ve hekim bu duyguları hastayı bir kişi olarak değil bir hastalık olarak görerek uzaklaştırabilir. Hasta kişi de kızgınlık gibi duyguları paranoya olarak dışsallaştırabilir. İnkâr da tedaviye uyumsuzlukla kendini gösterir. Terapistler için kronik hastalıklarla uğraşmak, özellikle kendi yeteneklerinin sonuçlarını görmeleri gerekiyorsa oldukça zordur. Konuşma ve davranış bozuklukları uzak durma isteğine yol açar. Ayrıca şizofrenide âilelerle çalışmak bilimsel bilgileri tıbbi jargon içermeyen, açık bir dille ifade etmeyi de zorunlu kılar. Âilede çocukların korunması, durumun uygun dille anlatılması, yanlış anlamaların giderilmesi de gereklidir.

Tedavi:

Bu bölümde âileye hastalığın belirtileri, antipsikotikler ve ilgili diğer tıbbi tedaviler hakkında bilgi verilir. Âile uygulamaları yazı içinde yer almıştır. Çoklu âile grupları bir çok yönden amaca uygun olmakta ve hastane merkezli tedavi sisteminde daha rahat uygulanabilmektedir. Ruhsal eğitim psikotik hastalar ve âileler için en önemli araçlardır. Hastalıkla ilgili eğitim, sorun çözüme becerilerinin geliştirilmesi, diğer âilelerle bağlantıların kurulması hastalıkla baş edilmesine yardımcı olmaktadır. Son olarak âilenin güçlenmesi, varolan kaynakların geliştirilmesi ve motivasyonun artması için yeni öyküler yaratılması önemlidir. Dışsallaştırma, hastalığın bir kronik hastalık olarak ele alınması (astım ya da diyabet gibi), hastalığın bir biyolojik hastalık olarak kabullenilmesi, yakınlık ve uzaklığın konuşulması bu öyküleri oluşturacaktır.

Klinik uygulama:

Daha önce de vurgulandığı gibi tedavi sisteminin hastaneye dayalı olması, toplumsal destekten çok âileye dayalı desteğin bulunması bizim klinik uygulamamızı da yönlendiren unsurlar oldu. Hastaneye dayalı tedavi sistemini topluma açabilmek için ziyaret günlerinde gelen âile yakınlarının gönüllü olarak gruba katılmaları teşvik edildi. Bir psikiyatri uzmanı ve asistanı gruba girmekle birlikte hiyerarşideki vurguyu azaltmak için katılımcıları merkeze yerleştiren, karşılıklı işbirliğine dayanan bir yöntem izlendi. Toplumsal kaynakların yetersizliğine karşı sorun çözüme becerilerinin ve kendine yeterliliğin desteklenmesi; âiledeki tükenmeye karşılık da âilenin yetkinliğinin artırılması hedeflendi. Birden çok âilenin katıldığı bu grupların amacı "güçlendirme" sözcüğü ile tanımlanabilir. Yetkinlik kazanılması, başa çıkma becerileri-

nin gelişmesi, grup içinde alternatiflerin çözümler oluşturduğunun fark edilmesi, âilelerin etkileşiminin ortaya çıkardığı olumlu geri bildirimler bu amaca hizmet eder. Bunlar katılımcıların yetkinliğini artırdığı gibi bir iyilik hissi de oluşturur. Gruba katılım yukarıda bahsedildiği gibi hastane ziyaret günlerinde hekimin önerisiyle olur. Bu toplantılarda daha çok ruhsal eğitimi hedefleyen ders yapıldığı için sayı olabildiğince geniş tutulur. Daha sonra yapılan ayda bir, on oturdan oluşan grupta ise 10-12 kişi yer alır. Dersler yaklaşık bir saat, grup oturumları ise iki saat sürer. Derslerde şizofreni hastalığı ele alınmakta ve gidiş, süreç, ilaç tedavisi, yeti yitimi gibi konularda bilgi verilir. Kapalı grupta ise diğerleri ile ilişki kurulması gerekliliği vurgulanarak istedikleri çözüm ya da aradıkları tavsiyelere nasıl ulaşabilecekleri gösterilir. Bunun için ısınma amacıyla iyi deneyimlerinden bahsetmeleri teşvik edilir. Tartışmak istedikleri konuları önermeleri istenir ve günün konusuna karar verilir. Kendi deneyimlerini diğerlerinin deneyimleri ile kıyaslamaları istenir. Uygun amaçlar belirlemeleri için sorular sorulur ve birbirlerine sorular sormaları teşvik edilir. Herkesin kendi fikirlerini getirmesi ve amaçlarına uygun bir fikir seçmeleri için yardımcı olunur. Diğerlerine akıl danışan üyelerin deneyimlerinin de değeri vurgulanır. Böylece grup içindeki her üye kendi deneyimlerini aktarır, bunları diğerleri ile kıyasladıkça diğer üyelerin çözümlerinin oluşumuna da katkıda bulunacaktır. Bu süreçler de kendi çözümlerini oluşturmalarına ve güçlenmelerine yardımcı olur.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition, DSM-III. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- Asen KE, Tomson P, Canavan B. Family Solutions in Family Practice. Lancaster, Quay Publishing, 1992. p. 60-69.
- Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:81-97.
- Barker P. Basic Family Therapy, 4th edition. London, Blackwell Science, 1998. p.64-94.
- Beavers WR, Hampson RB. Measuring family competence: The Beavers Systems Model. In: Walsh F, ed. Normal Family Processes, 2nd edition. New York, The Guilford Press, 1993. p. 73-103.
- Broderick CB, Schrader SS. The history of professional marriage and family therapy. In: Gurman AS, Kniskern DP, editors. Handbook of Family therapy. New York, Brunner/Mazel, 1981. p. 5-35.
- Dausch BM, Miklowitz DJ, Richards JA. Global Assessment of Relational Functioning Scale: II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. Family Process 1996; 35:175-189.
- Epstein NB, Bishop DS. Problem-centered systems the-

- rapy of the family. In: Gurman AS, Kniskern DP, editors. *Handbook of Family therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1981. p. 444-482.
- Epstein NB, Bishop DS, Ryan C, Miller I, Keitner G. The McMaster Model: View of healthy family functioning. In: Walsh F, ed. *Normal Family Processes*, 2nd edition. New York, The Guilford Press, 1993. p. 138-160.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:887-896.
- Goldstein MJ, Miklowitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *J Marital Fam Ther* 1995; 21:361-376.
- Halford WK, Schweitzer RD, Varghese FN. Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42 (12):1241-1247.
- Hayes H. A re-introduction to family therapy clarification of three schools. *ANZJ Fam Ther* 1991; 12 (1):27-43.
- Ito J. The multiple family therapy in schizophrenia in Japan. Presented in American Family Therapy Academy 21st Annual Meeting 1999.
- Kaslow FW. Relational diagnosis: an idea whose time has come? *Family Process* 1993; 32:255-259.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985; 146:594-600.
- McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational Multiple Family Groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process* 1995; 34:1-12.
- McGoldrick M, Gerson R. *Genograms in Family Assessment*. New York, WW Norton, 1985. p. 9-38.
- Montero I, Asencio AP, Ruiz I, Hernandez I. Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:136-141.
- Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems: Assessing family functioning. In: Walsh F, ed. *Normal Family Processes*, 2nd edition. New York, The Guilford Press, 1993. p. 104-137.
- Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 1983; 22:69-83.
- Strong T. DSM-IV and describing problems in family therapy. *Family Process* 1993; 32:249-253.
- Penn P. Circular Questioning. *Family Process* 1982; 21:267-280.
- Perlmutter RA. *A Family Approach to Psychiatric Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press. 1996. p. 2-4.
- Pinsof WM, Wynne LC. The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *J Marital Fam Ther* 1995; 21:585-613.
- Rolland JS. *Families, Illness and Disability: An Integrative Treatment Model*. New York, NY, Basic Books. 1994.
- Tomm K. Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process* 1988; 27:1-15.
- Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. New York, NY, The Guilford Press, 1998. p. 15-16.
- Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. *Canadian Family Physician* 1994; 40:282-287.
- Weber T, McKeever JE, McDaniel SH. A beginner's guide to the problem-oriented first family interview. *Family Process* 1985; 24:357-364.
- Yingling LC, Miller WE, McDonald AL, Galewaler ST. *GARF Assessment Sourcebook: Using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning*. Washington, DC, Brunner/Mazel, 1998.