

Tıbbi Hastalık Tanısı Konmuş Hastalarda Aktarım ve Karşıaktarım*

Dr. Mine ÖZMEN¹

Özet / Abstract

Aktarım ve karşıaktarım hastanın iç dünyasına yönelik değerli bir bilgi kaynağıdır ve hemen her zaman terapistin de katkılarını içerir. Ciddi tıbbi hastalığı olan bireylerde ve hastane ortamında, aktarım ve karşıaktarım duyguları ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Tanı aşamasında ve tedavinin başında, hekim/terapist genellikle ölküleştirilir, olumsuz aktarım pek ortaya çıkmaz. Bazen aktarım duyguları bölünür ve öfke tıbbi hastalığın tedavisini üstlenen tedavi ekibine yönlendirilir. Terminal dönemde ise, hasta hekimi ölküleştirmek ve onnipotan bir nesne olarak görmek gereksinimi içerisinde olduğundan, regresif bir ilişkinin desteklenmesi önerilmektedir. Katastrofik hastalık ve kazalarda terapist ya da tedavi ekibi hastadan kaçınabilir, aşırı özdeşim yapabilir. Bazen, terapistin yeterince çalışılmamış geçmişteki bir travmatik yaşantısı ile ilintili çatışmalar, hastalarıyla etkileşim sonucunda alevlenebilir ve hastasına yardım etmesini engelleyebilir. Tedavi ekibinin karşı aktarım duygularını ekip toplantılarında hastanın terapisti ile birlikte gözden geçirmeleri, hem hastanın iç dünyasını anlamalarına, hem de işlev bozucu tutumlarını anlayıp düzeltmelerine yardımcı olabilir. Yazıda konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiş ve olgu örnekleri ile tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Tıbbi hastalık, aktarım, karşı aktarım

SUMMARY: Transference and Countertransference in Medically Ill Patients

Transference and countertransference feelings/reactions are a valuable source of information about a patient's inner world. A consultation liaison psychiatrist has to help the entire treatment team to understand the patient as well as treat the patient. Studies about transference and countertransference in medical settings are insufficient. An idealized transference often develops, usually at the beginning of the treatment, whereas negative transference occurs rarely. At other times a displaced transference, with anger, directed toward the medical team or one of its members may develop. Acute intense transference and countertransference feelings/reactions may be indicators of serious character pathology, such as Cluster B personality disorders. Patients with terminal illness are in need of perceiving the physician as an ideal and omnipotent figure; therefore, encouragement of a regressive relationship is recommended. There is always a risk of either avoidance or over involvement with the patient, especially in cases of catastrophic illness or injury. Not infrequently, interaction with the patient may evoke a traumatic experience in the therapist that has not been worked through sufficiently, and may hinder the therapist's ability to relate to his patient. Therapist countertransference feelings may be informative about the entire medical treatment process of the patient. Collaborative meetings with the medical team may help a therapists to understand their patients' inner worlds and to correct his/her dysfunctional attitudes, which in turn might positively affect treatment compliance and improve prognosis. Herein, the literature regarding transference and countertransference in medical patients is reviewed with case examples.

Key Words: Medical illness, transference, countertransference

*VII. Avrupa Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Kongresinde (2005) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Prof., İstanbul Ü Cerrahpaşa Tıp Fak., Psikiyatri Bl., İstanbul.

Dr. Mine Özmen, e-posta: drmineozmen@yahoo.com

GİRİŞ

Günümüze dek yapılmış bilimsel çalışmaların ışığında, örneğin kanser gibi ciddi tıbbi hastalık tanısı konmuş kişilerin tedavisine, sağlıklı yaşama eğitimi, stresle baş etme, davranış değiştirme eğitimi, sorun çözme odaklı yaklaşım teknikleri ve psikososyal grup çalışmaları gibi girişimlerin eklenmesi önerilmektedir (Fawzy ve ark. 1995). Ancak bu yapılandırılmış yaklaşımlar bazı durumlarda hastaların gereksinimlerine tam olarak yanıt verememektedir. Özellikle “hasta” olmanın iç dünyasında tetiklediği ve bir kısmı bilinçdışı olabilen tepkilerle başa çıkmakta zorluk çeken bireylere yönelik daha “kişiye özel” yaklaşımlara gereksinim vardır (Postone 1998). Kişi, özellikle hastalığına yönelik ruhsal tepkileri sonucunda çeşitli ruhsal bozukluklar geliştirmişse ya da hastalığı önceden var olan ruhsal bir çatışmayı yoğunlaştırmışsa, bireysel psikoterapi gereklidir. Hasta-hekim ilişkisinde ve psikoterapi sürecinde temel kavramlar olan aktarım ve karşıaktarım duygularını ve bunların sonucunda ortaya çıkan tepkileri tanıyabilme ve yönetebilme becerisi, hem hastanın iç dünyasına ait bilgiler edinmeye, hem de tedavi sürecinin olumlu yönde ilerlemesine katkıda bulunacaktır. Psikiyatristin bu hastaların tedavi süreci içerisinde ortaya çıkan karşıaktarım duygularını tanıma ve yönetebilme becerisi sadece ruhsal sorunlarının tedavisinde değil, medikal hastalığının tedavisine ya da rehabilitasyonu sırasında da ortaya çıkabilen güçlükleri anlama ve yönetme becerilerimize katkıda bulunabilir (Laatsch ve ark. 1993).

Aktarım ve karşıaktarım duyguları/tepkileri hastanın iç dünyasının kavranmasında ve tedavisinin yönetimine çok önemli kavramlar olmasına karşın, ciddi bir tıbbi hastalık tanısı almış hastanın psikoterapi süreci içerisinde ortaya çıkan aktarım ve karşıaktarım duyguları ile ilgili çalışmalar yetersizdir (Goin 2005). Bu bildirimde, tıbbi hastalık tanısı konmuş bireylerin tedavi sürecinde ortaya çıkan aktarım-karşıaktarım tepkilerine odaklanmış çalışmaların ve yazarın deneyimlerinin ışığında, bu hastalarla tedavi ilişkisinde ortaya çıkan aktarım-karşıaktarım duygu ve tepkilerinin, olgu örneklerinin de yardımı ile gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Örnek olgular

Olgu 1

Meme kanseri tanısı ile tedavi altına alınmış, otuz üç yaşında kadın hasta, hastane çalışanlarına yönelik öfkeli, saldırgan tutumu nedeniyle psikiyatrik konsültasyon istenmişti. Tıbbi tedavisini üstlenen hekiminin kendisiyle pek ilgilenmediğinden yakınmaktaydı. Hastanemi-

zin yoğun hasta yükü nedeniyle ortaya çıkan güçlükler nedeniyle yakınmalarında gerçek payı olsa da, yapılan psikiyatrik görüşmede kişisel öyküsü alınınca, bu duygularının çocukluğunda kendisini ihmal eden babası ile de ilişkili olduğu anlaşılmıştı. Babası annesinden boşandıktan sonra kendisini aramamış, sadece sorun çıktığı zamanlarda ilgilenmişti. Olumsuz davranmak, hasta için sıkıntısını dile getirmenin ve ihtiyacı olan bakım ve özene talep etmenin bir yolu idi.

Olgu 2

Kırk üç yaşında erkek hasta, on beş gün önce böbrek yetmezliği tanısı konmuş, diyalize girmesi gerektiği söylenmişti. Başlangıçta tedaviyi kabullenmiş, ancak üç kateter girişimi başarısız olunca, bilişsel yetileri yerinde olmasına ve tedavi edilmezse öleceğini bilmesine karşın diyalizi reddetmişti. Psikiyatrik görüşmede çok çocuklu bir ailenin ilk çocuğu olduğu, aşılınmadığı için çocuk felci geçirdiği öğrenildi. İki-altı yaşları arasında geçirdiği on bir ameliyata karşın yürüme yeteneğini kazanamamıştı. Annesi yürümesi için çok uğraşmış, çeşitli şifacılara götürmüştü, ne derlerse yapmıştı. Bu tedaviler yüzünden bir keresinde bacaklarının kaynar suyla ciddi biçimde yandığını anımsıyordu. Diyalizle tedaviye yönelik olumsuz ve yaşamını riske sokan davranışı, annesinin sadistik olarak da nitelendirilebilecek ve muhtemelen çocuğunun sakatlığı ile ilintili suçluluk duyguları ile de bağlantılı yoğun ilgisi ile ilişkilendirildi. Annesi ile arasındaki çatışma nefroloğuna yöneltilmiş ve olumsuz bir aktarım gelişmesine neden olmuştu.

Olgu 3

Kırk altı yaşında kadın hasta, 1999-İstanbul depresminde dokuz saat bir çok kişi ile birlikte yıkıntı altında kaldıktan sonra kurtarılabilen tek kişi idi. Enkazın altında kalan diğer kişilerin “bir böcek gibi” ezilirken çıkardıkları “çıtırtıları” duymuştu. Bu dehşet uyandıran yaşantısına karşın olayla ilgili olumsuz bir duygu taşııyordu, kendisini “çok iyi” hissediyordu. Yanında oturan kızı ise dehşet ve çaresizlik içerisindeydi. Konsültasyon ekibinin içinde yer alan psikolog, giderek öfkeli olduğunu, öfkesini kontrol etmekte zorlandığını, depremzedelere karşı duyarsızlaştığını fark etti. Depremzedelere yardım etmesi olanaksız hale gelmişti. İzin alarak ortamdaki uzaklaştı. Bu etkileşimin bilinçdışı anlamı daha sonra süpervizyon seansında anlaşıldı. Deprem, terapistin “kendi iç dünyasındaki depresim” ile ilgili çatışmalarını tetiklemişti. Terapist sekiz yaşında iken, babasının evi terk etmesinin ardından, annesi ile birlikte Bulgaristan’dan çok güç koşullar altında Türkiye’ye göç etmişti. Bu travmatik değişimden ancak yıllar sonra yerine konulmaz kayıpları

olduğunu fark edebilmişti. Deprem ve ana-kızın dinamikleri hem kendi göç yaşantısına, kayıplarına yönelik duygularını, hem de annesiyle ilgili çatışmalarını tetiklemişti. Karşıaktarım duyguları terapistin hastasına yardım etmesini engellemiş, işlevsiz hale gelmesine yol açmıştı.

Olgu 4

Yirmi bir yaşında, öğrenci bir genç kız, son bir yılda trafik kazası sonucu kalça kırığı nedeniyle üç ameliyat geçirmişti. Çeşitli komplikasyonlar gelişmiş, halen yürümekte güçlük çekiyordu. Ağrısı vardı, tıbbi tedavi ve girişimlerden bıkmıştı. Hastanın tıbbi sorunu kendisinden iki yaş küçük olan ve çok geç tanı konmuş doğumsal kalça çıkığı nedeniyle yürüme özürü kardeşi ile ilgili çatışmalarını tetiklemişti. Kendisi ana-babasının beklentilerini hem kendisi hem de kardeşi için gerçekleştirmek durumunda kalmıştı. Babasının beklentileri çok yüksekti ve sürekli kızını değişik entelektüel etkinliklere katılması için teşvik etmekteydi. Hasta sağlık sorunu çıkana dek başarılı bir okul hayatının yanı sıra yayıncılık, fotoğraf çekme gibi pek çok aktivite ile uğraşmıştı. Hastanın psikoterapisinden sorumlu hekim, hastanın acısını ve rahatsızlığının getirdiği duyguları ve işlevselliğindeki azalma ile ilgili endişelerini anlamak, paylaşmak ve yaşadığı sıkıntıların kardeşi ile ilgili çatışma ve özdeşimleri ile ilişkisini anlamaya çalışmak yerine, tedavinin ilk seanslarından itibaren sağlık sorununu hiçe sayarak hastanın kendisi ile birlikte iç dünyası ile ilgili daha derin analizler yapması ve bir an önce eğitimine devam etmesi için zorlamaya başladı. Hastayı sürekli olarak entelektüel etkinliklere zorlayan babası ile bilinçdışı bir özdeşim yapmıştı.

Olgu 5

Onuz yaşında erkek, çok başarılı bir işadami. Altı ay önce mide kanseri tanısı konmuş, tedaviye hastalığı dışındaki konuları konuşmak için gelmişti. Kendisine iyi bakmadığı için hastalandığına inanıyordu ancak bu konulardan söz etmenin kendisine bir yararı olmayacağını düşünüyordu; hayatının diğer alanlarını gözden geçirme ihtiyacı içerisindeydi. Doğmadan kısa bir süre önce annesi ölü bir erkek çocuk dünyaya getirmişti. Ana-babanın evliliği babasının evlilik dışı ilişkileri nedeniyle sorunluydu. Annesinin, kaybettiği bebeği için sık sık babasını suçladığını duyarak büyümüşü. Çocukluğundan beri ana-babasını kaybetmekten korkmuş, sağlığı konusunda da hep yoğun kaygılar taşımıştı. Aşırı kollanarak büyütülmüş, çok kıymetli bir çocuktur. Kendisini hep ilahi bir projenin odak noktasındaymış gibi hissetmişti. Kanser kendilik algısını, ruhsal bütünlüğünü tehdit etmiş ve özel olduğu inancını sarsmış, ayrıca bağımlılıkla ilgili ça-

tışmalarını ve suçluluk duygularını da yoğunlaştırmıştı. Bilinçdışı fantezisi, ağabeyinin ölümünden sorumlu olduğu ve bunun karşılığında kanserle cezalandırıldığı idi. Hastalığı ile ilgili duygularını inkar ediyordu. Terapist, hastalığının anlamının çalışılmasının gerekli olduğuna inanmasına rağmen, gerçekten ciddi bir sağlık sorunu ile karşı karşıya olan hastasının arzusuna, bu yolla kendisini ağır bir kaygıdan koruduğunu düşünerek uyum gösterdi. Hasta kaygısının şiddetini hissettirecek biçimde, hastalığı ile ilgili konulara değinse de hemen başka konulara yönelmekteydi ve hatta tıbbi tetkiklerine yakın günlerde seanslarını, bu konuyu tartışım endişesi ile iptal etmekteydi. Terapi ilerledikçe, hastanın “bir an bile hastalığını aklına getirmemesine” karşın, terapistinde iç organlarından kaynaklanıp, kontrolsüzce vücudunu sarabilecek bir kanserle ilgili giderek artan endişeler ortaya çıktı. Terapist bilinçdışında hastanın iç dünyası ile uyumlu bir karşıaktarım tepkisi geliştirmiş, onun yaşamını tehdit eden dehşet uyandıran hastalığına yönelik korkuları ile özdeşim yapmıştı. Terapistin karşıaktarım duygularını, hastasının iç dünyasının yansıması olarak değerlendirip, yorumlarıyla onu hastalığı ile ilgili endişeleri konusunda çalışmaya teşvik etmesiyle, hastanın hastalığına yönelik tepki ve fantezilerini anlayabilmesi mümkün oldu.

Olgu 6

25 yaşında, trafik kazası sonrasında tetrapleji gelişmiş kadın hasta, 20 ay süren rehabilitasyon sürecinin sonuna gelmişti. Taburcu edilmesine yaklaşık bir ay kala farklı davranışlar sergilemeye başlamıştı. Yakınlarına odasını kilitletmekte, diğer hasta odaları ile ortak kullandıkları balkona astırdığı çarşaflarla kendi odasının balkonunu diğerlerinden ayırmaktaydı. Servis hemşiresi, artık günlük takibini yapabilmek için istediği zaman hastanın odasına girememekte, beklemesi gerekmekteydi. Hastasının rehabilitasyon sürecinde son derece özverili iyi niyetli çabalarına karşın, kendisine minnet duymasını beklerken, tam tersine artık kendisi ile “iş bittiği” için bir kenara atıldığını, kendisinin değersizleştirildiğini düşünmekteydi. Hasta ise çok uzun bir süre sonda, serum gibi bedene giren-çıkan bir sürü tıbbi gerece katlanmasının ve en mahrem anlarında hiç bir özel alanı kalmaksızın odasına girip çıkılmasının yanı sıra, aylar süren şiddetli ağrı, ağır bedensel ve ruhsal örselenme sonrasında hayatının kontrolünü ele geçirmek ve sınırlarını belirlemek ihtiyacı içerisindeydi. Servis hemşiresinde gelişen bu duygular bir karşıaktarım örneğidir. Konunun işlenmesi ve hastanın iç dünyasının servis hemşiresine açıklanmasının ardından, hastasına günlük takibi yapabilmek için hangi saatlerde gelebileceğini birlikte belirlemelerinin önerilmesiyle sorun olan davranışlar ortadan kalktı.

Aktarım

Freud S (1895), hastalarının analiz süreci içerisinde hemen her zaman terapistlerine yönelik, kendilerine sıkıntı veren bazı duygu ve düşünceler geliştirme eğiliminde olduklarından söz etmiş ve bunları “yanlış bir bağlantı” sonucu gelişen “aktarımlar” olarak ele almıştı. Daha sonra aktarım fenomenini, analiz süreci içerisinde uyarılan dürtü ve düşlemlerin “yeni basımları” ya da “kopyaları” olarak tanımlamıştı. Freud’a göre aktarım, libidonun özgün nesnenin anısından hastanın cinsel arzuları için yeni nesne haline gelen analiste yer değiştirme düzeniği ile aktarılmasıdır. Sandler ve ark. (1995), bu fenomeni hastanın “tekrar etme gereksinimi” olarak tanımlamışlardır. Freud (1916-7), başlangıçta aktarım kavramını analitik tedaviyi engelleyen bir klinik fenomen olarak ele almasına karşın daha sonra terapötik bir araç olarak tanımlamış, aktarımın tedavinin başından beri var olduğuna ve bir süre terapinin ilerlemesinde çok önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Daha sonra ego psikolojisindeki gelişmelere paralel olarak aktarım kavramının anlamı genişletilmiştir. Anna Freud (1936) savunmaların aktarımı ile libidinal dürtülerin aktarımını birbirinden ayırmış, aynı zamanda tedavi süreci içerisinde analiste yönelik olarak ortaya çıkan duygu ve isteklerin hastanın sosyal çevresindeki kişilere yöneltilerek hayata aktarılmasını açıklamak üzere “aktarımda eylem” den söz etmiştir.

Aktarım kavramı daha sonraları da başka psikanalistler tarafından genişletilmeye devam etmiştir. Erişkin dönemde sergilenen tüm davranışların, yaşamın ilk yılında kazanılan ilişki kurma biçiminin tekrarı olduğu, hatta psikanalitik tedavide tek etkili yorumların aktarım yorumları olduğu ileri sürülmüşse de, Sandler ve ark. (1995), bu görüşe karşı çıkmış ve analizde oluşan her şeyi aktarım olarak yorumlamanın, terapisti hastanın analitik sürece getirdiği gerçek malzeme ile temastan uzaklaştıracığını savunmuşlardır. Greenson (1965) aktarım kavramını halihazırda uygunsuz olarak bir kişiye yöneltilen ve erken çocukluk döneminde ilişki kurulan önemli kişilere ilişki içerisinde ortaya çıkan duygu dürtü, düşlem ve savunmaların tekrarı ya da bugünkü ilişkilere taşınması olarak tanımlamıştır. Bu tanım ötekilere yöneltilen ve alışkanlık halini almış tepkileri de içerir.

İç dünyada yaşatılan nesne ilişkilerinin önemi anlaşıldıkça, aktarım da bu nesnelerle ilişkilerin dış dünyadaki kişilere yansıtılmasının bir şekli olarak anlaşılmaya başlanmıştır. Bilindiği gibi, iç dünyaya ait nesne ilişkileri, yansıtımlı özdeşim yoluyla dış dünyaya yansıtılır. Bu nedenle, analistin hastanın yansıtımlarını tanıyabilmesi ve taşıyabilmesi, bunları karşıaktarımda yaşantılayabilmesi

ve hastaya yorumları aracılığı ile geri bildirebilmesi gerekir. Bu bağlamda ele alındığında aktarım kavramı, erken çocukluk dönemine ait yaşantıların tekrarını kışkırtmak ya da yönlendirmek üzere harekete geçirilen bilinçdışı çabaları da içerir.

Aktarım kavramının sadece psikanalitik durumlara özgü bir görüngü olduğu, analiz süreci dışında gözlenmeyeceği ileri sürülmüşse de, bu görüş günümüzde kabul edilmemektedir. Aktarım, Freud’un (1912) o dönemde belirttiği gibi analitik ortam dışındaki tedavilerde de yoğun olarak ortaya çıkabilir ve olumsuz durumlarda tedavi sürecini baltalayabilir.

Aktarım ve karşıaktarım kavramları ile ilgili olarak tarihsel ve modern yaklaşım şeklinde sınıflandırılacak iki ayrı görüşten söz edilebilir. Tarihsel görüşe göre aktarım, erken çocukluk dönemine ait ilişkilerin canlandırılmasıdır ve yorumların amacı kişinin o dönemden kaynaklanan ilişki kurma tarzının analistle ilişkisini nasıl çarpıttığına, güçleştirdiğine yönelik içgörü geliştirmesidir. Bu analiz, hastaya diğer ilişkilerini anlamak için de kullanılabileceği bir model sunar. Modern görüşe göre ise aktarım, eskinin canlandırılmasından çok, yeni bir yaşantı olarak ele alınır. Yorumun amacı ise geçmişten aktarılan yönü de dahil olmak üzere bu yeni yaşantının tüm yönlerinin bilinçli hale getirilmesidir (Cooper 1987).

Aktarım, hemen her önemli ilişkide ortaya çıkan bir fenomendir; ilk görüşmede, hatta bazen görüşmeden önce bile ortaya çıkabilir. Hastanın hekimi hakkında duydukları, bazen internet ortamından öğrendiği bilgiler, bazen randevu alırken etkileşimleri sırasında hissettiği duygular aktarım olarak değerlendirilebilir. Hastahekim ilişkisi her zaman için gerçek ilişki ile aktarımın bir bileşenidir. Hekimin “gerçek özellikleri” hemen her zaman aktarım duygularının niteliğine katkıda bulunur. Hastanın tedaviye uyumu ya da uyumsuzluğu aktarım kavramı bağlamında açıklanabilir.

Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda aktarım

Tıbbi hastalığının tanı ya da tedavi aşamasında karşımıza gelen hastalar, oldukça sık “doktorun onlarla pek de ilgilenmediğinden” yakınır, daha ender olarak tedaviye uyum göstermeyebilirler. Bu durumların bir kısmını, hastada ortaya çıkan aktarım duyguları olarak ele almak mümkündür (olgu 1 ve 2).

Ciddi bir hastalık tanısı konmuş birey için terapistle gerçek bir ilişki özellikle önemlidir. Terapist, varoluşuna yönelik bir tehdit karşısında kalan ve terk edilme korkuları tetiklenen hastanın duygulanımını ve benlik saygısını ayarlayan yardımcı ego olarak görev yapar. Hastalar,

özellikle yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalık karşısında psikolojik bir gerileme içerisine girerler ve koşulsuz bir güven içerisinde hissetmeye gereksinimleri vardır. Bunun sonucu olarak, tanı konma aşamasında ve tedavinin başında hekimlerini sıklıkla ölküleştirirler. Başlangıçta ortaya çıkan bu olumlu aktarım duyguları, tedavi sürecini de olumlu yönde etkiler (Straker, 1998).

Bazen aktarım bölünür ve psikiyatrist ölküleştirilirken, öfke hastalıkla daha sıkıca ilişkilendirilen ve tıbbi hastalığın tedavisi ile ilgilenen ekibe yönelir. Bu durumda öfke gerçekten ortaya çıkan hayal kırıklıkları ile ilişkili olabileceği gibi, aynı zamanda hastanın bilinçdışında kendisini her zaman koruyacağı umudunu taşıdığı, tüm güçlü nesneye yönelik hayal kırıklığını da içerir. Bu gibi durumlarda amaç hastanın öfkesiyle başetmesine yardım etmek ve tıbbi tedavisini üstlenen ekiple ilişkisini güçlendirmektir.

Özellikle terminal dönemdeki hastalarda terapistle kurulacak empatik bir ilişkinin ve gelişecek aktarım duygularının tedaviye etkisi azımsanmamalıdır. Terminal hastalıklarda terapist, acı ile başetmeye yardım eden ve fizik bakımını yöneten bir anne gibi işlev görür. Bu durumda terapistin işi çok güç ve hayli tartışmalıdır; terapistin tümgüçlülük fantezileri hastanın hayatına aşırı derecede müdahale etme tehlikesini arttırabilir. Böyle durumlarda hekim sıklıkla ölküleştirilir; hasta çok eski-lerde kalmış, görece olarak ikircikli duygular içermeyen bir ilişkiye, sevgi, tam güvenlik ve mutlak güven duyacağı bir döneme gerileme ihtiyacı içerisinde. Bu nedenle terminal dönemde hastaya yaklaşım, Kohut'un ölküleştirilmiş ve tümgüçlü nesne aktarımı kavramlarını temel alır (Norton 1963, Straker, 1998).

Karşıaktarım

Hasta hekim ilişkisinde ve psikanalitik tedavilerde kaçınılmaz olarak ortaya çıkan başka bir fenomen ise karşıaktarımdır. Aktarıma benzer biçimde karşıaktarım da, önceleri Freud S (1937) tarafından terapistin hastasına yardım etme kapasitesini azaltan, engel olan ve dola- yısı ile arzu edilmeyen bir fenomen olarak ele alınmıştır, daha sonraları ise hastanın iç dünyasını anlamaya yardım eden bir kavram olarak ele alınmış ve analistin hissettiği tüm duygulara karşılık olarak kullanılmaya başlanmış, terapistin bilinçdışında hastayı anlam biçimi olarak ele alınmıştır. Racker (1968) ise anlaşılır ve doğru değ-erlendirilirse terapötik ilişkiye olumlu katkıda bulunabi- leceğinden söz etmiştir. Günümüzde aktarım kavramına benzer biçimde, karşıaktarım da terapistin hastasına yö- nelik olarak gelişen tüm duygularını ve tutumlarını içe- ren bir kavramdır. Karşıaktarım duygularının gelişmesi

ve terapist tarafından tanınması, psikanalitik psikotera- pide hastanın iç dünyasını anlamak için çok yararlı ve gerekli bir süreç olarak kabul edilir.

Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalar ve karşıak- tarım

Bazen hasta, hekiminde ya da terapistinde, kendi geçmiş yaşantılarına ait olan çatışmalarla ilişkili bir tepki uyandırır. Bu durumda terapistin ya da tedavi ekibinin üyelerinden birinin çözümlenmemiş çatışmaları tetikle- nir ve hastanın tedavisi aksayabilir hatta bu kişi tarafın- dan gerçekleştirilmesi mümkün olmayabilir (Lindy JD, Lindy DC, 2004) (Olgu 4).

Racker (1968), karşıaktarımı terapistin bilinçdışından kaynaklanan ve hastaya ya da onun bir kısmına yönelik olarak ortaya çıkan bir tepki olarak ele almıştır. Yansıt- malı özdeşim ile karşıaktarım kavramını ilişkilendirmiş ve “uyumlu” ve “tamamlayıcı” tipte özdeşimlerden söz etmiştir. Benzer biçimde hastanın ruhsal aygıtının ta- mamı ya da bir kısmı bir terapistte tamamlayıcı ya da karşıt bir özdeşim oluşmasına yol açar ve terapist hasta- nın iç dünyasına ait bir çatışmanın bir bölümü ile özde- şim yapar. Olgu 5’te sunulan hasta ile psikoterapisinden sorumlu araştırma görevlisi doktor arasındaki etkileşim sonucu gelişen karşıaktarım duyguları tamamlayıcı tipte özdeşime örnek olarak verilebilir. Uyumlu özdeşimde ise terapist hastanın çatışması, dilekleri amaçları, savunma- ları ya da tutumları ile özdeşim yapar. Bu tipte özdeşime 6. olgu örnek olarak verilebilir.

Ciddi tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda kar- şıaktarım duyguları psikoterapide güçlülere neden ola- bilir. Hastalık, terapistin tümgüçlülük ya da hastasını kurtarabileceği fantezilerini harekete geçirebilir. Hastası için birşeyler yapabilmek ister. Hastasına fazladan acı çektirmemek için pasif kalmakla, ona yardım edebilme, kurtarma fantezileri ve zaman baskısı ile güdülenen yo- ğun girişimler arasında bir denge kurmaya çabalar.

Karşıaktarımın pek çok biçimde gözlenebileceğini akılda tutmak gerekir. Hastasıyla yaptığı çalışma sıra- sında kayıp, kontrol ve kendi ölümü ile ilgili duygularla yüzleşmek zorunda kalan terapist, karşıaktarım duygula- rını çeşitli şekillerde ifade edebilir. Örneğin hastaya duy- gulanımlarının dile gelmesini kısıtlamak üzere gereksiz güvence verebilir, terapötik süreçte pasif kalıp pratik, günlük sorunlara odaklanabilir, hastaya çok fazla oda-klanabilir ya da ondan sıkılabilir, görmekten kaçınabilir, seanslara geç kalabilir, terapiyi vaktinden önce bitirebilir ya da başka terapiste yönlendirebilir. Umutsuzluk, dep- resyon, anksiyete ve düşük benlik saygısı da ortaya çı-

kabilecek diğer tepkiler arasında sayılabilir. Eğer terapist karşıaktarım duygularına dikkat etmezse ve tanımakta yetersiz kalırsa, kendisini koruyacak mekanizmalar devreye girer ve hastası ile ilişki kurma ve yardım edebilme olanağı ortadan kalkar. Karşıaktarım tepkilerini tanıyabilmek için onların terapistin her zamanki davranışlarından farklı olup olmadığına dikkat etmek gerekir. Örneğin genellikle hastalarla olumlu ilişkiler kurabilen bir ekip üyesi belli bir hastadan sıkılıyorsa akla karşıaktarım tepkilerinin gelmesi gerekir (Tansey ve Burke 1989).

Ağır ve ölümcül bir hastalık, psikik gerilemeye ve ilkel savunma düzeneklerinin faaliyete geçmesine neden olur. Bu da güçlü karşıaktarım tepkilerinin gelişmesine neden olur. Bu tür reaksiyonlar özellikle akut dönemde hasta ile çalışan tedavi ekibinin işlevselliğini dolayısı ile hastanın tedavisini olumsuz etkileyebilir.

Kernberg (1999), karşıaktarım duygularını akut ve kronik olarak iki grupta ele almıştır. Bu ayırım, tıbbi hastalıklarda ortaya çıkan karşıaktarım duygularını anlamak ve değerlendirmek için kullanılabilir. Kronik karşıaktarım duyguları psikoterapi süreci içerisinde gelişen ve terapistte ortaya çıkan duyguları içerir. Akut gelişen, yoğun biçimde ortaya çıkan ve hastanın doyurulması için baskı yaptığı aktarım durumlarında da hastanın premorbid özellikleri arasında sınır kişilik bozukluğu gibi ciddi psikopatolojik durumların varlığından söz edilebilir. Bu hastalar bilindiği gibi kendi psikopatolojilerini dış dünyadakilere yansıtma eğilimindedirler.

Günümüzde karşıaktarım iki kişi ilişki içerisindeyken kaçınılmaz olarak gelişen etkileşimsel bir fenomen olarak kabul edilmektedir. Terapistin görevi bu yaşantıyı mümkün olabildiğince taşıyabilmesi ve hasta ile bunu daha iyi anlayabileceği fırsatları kollamasıdır. Terapist, her zaman kendi hissettiklerinin sıklıkla hastanın iç dünyasını anlamak için en iyi rehber olduğunu göz önünde bulundurmalıdır.

Özellikle ağır ve yeti yitimine neden olabilecek tıbbi durumlarda tedavi ekibine ciddi yükler biner. Hastalar umutlarını koruyabilmek için yoğun ve uzun bir tedaviye gereksinimleri olduğu gerçeğini inkar edebilirler ya da kontrol edebildiklerini hissedebilmek için kendilerinden istenen işbirliğine katılmayabilirler. Tedavi ekibi ise bu hastaları motivasyonları yetersiz, kıskırtıcı, kendisi için gösterilen çabaları görmeyen kişiler olarak değerlendirebilir ya da kendi yeterliliklerine yönelik bir tehdit olarak algılayabilir. Bu tepkiler hastanın iç dünyası hakkında bilgi verir, ancak tedavi ekibine bu tepkileri anlayıp yönetebilmeleri için yardım edilmezse, tedavi ya da rehabilitasyon için çok önemli olan etkili bir tedavi işbirliğini

kurmak güç olabilir. Bazen klinikte hastanın sorun çikaran davranışları nedeniyle istenen konsültasyonlarda tedavi ekibinin üyelerini ve onların karşıaktarım duygularını ele almak gerekebilir (ölgu 6).

TARTIŞMA

Ağır tıbbi hastalık tanısı almış hastaların tedavi sürecinde ortaya çıkan karşı aktarım duygularına yönelik çok az sayıda çalışma mevcuttur. Perry ve Markowitz (1986) AIDS tanısı almış hastalarla çalışmışlar ve hastaların semptomsuz dönemde bile regresyona girerek hasta rolüne büründüklerine dikkat çekmişlerdir. Hastanın özellikle fiziksel semptomlarına odaklanmanın daha verimli olabileceğine, erken dönemde hastaları grup etkinliklerine yönlendirmenin, hastanın yüklenmiş hissetmesine neden olabileceğini belirtmiş ve bu konuda acele edilmemesini tavsiye etmişlerdir. Bu hastalarla çalışan psikiyatristler, akıldışı bir “bulaşma korkusu” yaşadıklarını bildirmişlerdir. Perry ve Markowitz’in bu deneyimleri ciddi tıbbi hastalık tanısı almış hastaların tedavisinde de yol gösterebilir.

Gunther (1994), ağır bedensel travmaya maruz kalan hastaların rehabilitasyon sürecinde tedavi ekibinde çıkan karşıaktarım duygularını incelemiş ve bu duyguların kastrofik lezyonların temel özellikleri ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Bu tür yaralanmalar yaşamsal tehdit içerir, kişinin hayatı, bedeni değişir ve hastalık ya da kaza sonrasında önceki normal yaşama ve işlevlere dönüş olanaksızdır. Kişinin önceden böyle bir yıkıma hazırlanması mümkün olamamıştır, bedeni ve ruhsal örselenmeleri onarmak için ciddi tıbbi ve psikiyatrik girişimler gerekmektedir. Karşıaktarım, hastanın aktarımına yönelik olarak ortaya çıkabileceği gibi tedavi ekibinin üyelerinin hastanın yeti yitimine ve rehabilitasyonuna yükledikleri anlamla da ilişkili olabilir. Gunther (1994), bu hastalara yönelik olarak ortaya çıkan karşıaktarımın kaynağını iki grupta ele alır; evrensel ve bireysel kaynaklar. Evrensel kaynaklar hastanın psikolojik gerilemesi nedeniyle ortaya çıkan talepleri, hastanın hekime yönelen agresyonu, tedavi ekibinde ortaya çıkan güçlü tiksinti hissi, profesyonel benlik saygısında zedelenme, narsisistik zedelenme gibi etkenlerle ilişkilidir. Bireysel kaynaklar ise tedavi ekibi üyelerinin bağımlılık, agresyon, cinsellik, benlik saygısı ve otonomi ile ilgili çatışma yaratabilecek bilinçli/bilinçdışı gelişimsel yaşantıları ile ilişkilidir.

Örnek olgulardan anlaşılabilceği gibi aktarım ve karşıaktarım duyguları adeta hastanın iç dünyasının anlaşılmasına yardımcı olan tanısal gereçlerdir. Psikanalitik kuram, bu kavramlarla bize hastalık karşısında bireyde ve

tedavi ekibinde oluşan tepkileri anlamlandırabileceğimiz ve üzerinde çalışabileceğimiz bir model sunar. Böylece hastamıza ve meslektaşlarımıza verdiğimiz hizmetin niteliğini artırır.

Akut tepkilerin çözümlenmesinin yanısıra bu kavramlar uzun süren tedavilerde ve rehabilitasyon sürecinde ortaya çıkan sorunların da anlaşılmasına ve çözümüne katkıda bulunabilir. Tansey ve Burke (1989), karşıaktarım duygularının hasta, tedavi ekibi ve tüm tedavi süreci hakkında bir bilgi kaynağı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bir hastanın çoklu amputasyon sonrası rehabilitasyon sürecine odaklanan makalelerinde, rehabilitasyonu üstlenen ekibin de, tıpkı bireysel psikoterapisini üstlenen terapist gibi başlangıçta hasta ile çok fazla meşgul olduğunu ancak, hastanın protezlerine uyum sağlayamaması, çok fazla emosyonel destek gereksinimi içerisinde olması ve sınırlı ilerlemeden dolayı giderek yorulduklarını saptamışlardır. Terapist başta hastaya yönelik güçlü bir çekim hissetmiş, hastayı uyumlu, sıkıntısı ile kolayca başa çıkabilen ve yitirdiği işlevlerini kazanmaya çok istekli biri gibi algılamış, ancak giderek bu taleplerin gerçekdışı olduğunu farketmiştir. Terapist bu hastanın ona ne kadar baskı yaptığını ise ancak o taburcu edildiğinde hissettiği rahatlatma sayesinde anlayabilmiştir. Böylece terapist olarak ne kadar etkisiz ve hastanın talepleriyle aşırı yüklenmiş olduğunu farkedebilmiştir. Etkisiz terapist ve doymayan hasta ilişkisi, hastanın eşi ile ilişkilerinin yanısıra tedavi ekibi ile kurduğu ilişkiyi de yansıtmaktadır. Bu hastanın hastalık öncesi ilişki biçimini de yansıtmaktadır. Terapistin ve tedavi ekibinin karşı aktarım duyguları örtüşmektedir. Buradan yola çıkarak Tansey ve Burke (1989), terapistin karşıaktarım duygularının, medikal tedavinin tümünü değerlendirmek üzere kullanılabileceğini ve tedavi ekibinin tepkileri ile birlikte gözden geçirildiğinde özellikle yeti yitiminin ve uzun tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin gerekli olduğu hastalara yönelik olarak ortaya çıkabilen işlev bozucu tepkileri anlayıp düzeltmeye katkıda bulunabileceğini ileri sürmüşlerdir. Tedavi ekibinde hastaya yönelik olarak ortaya çıkan olumsuz duygulara tepki olarak, hastaya saldırgan davranışlar (hastalara öğütler vermek, suçluluk duyguları oluşturmak, hastanın yanında olgu-hasta gibi hitap etmek, hakkında o yokmuş gibi konuşmak, onunla doğrudan konuşmamak), ya da uzaklaşmak (tedavi hedeflerini küçültmek) ortaya çıkabilir. Tedavi ekibinin üyelerine kendilerinde hastaya yönelik ortaya çıkan kaygı, nefret, çaresizlik, suçluluk, aşağılanma gibi duyguları tanımları ve davranışlarına yansıtma-maları için yardımcı olmak gerekebilir.

Bu gibi durumlarda hastanın bireysel terapistinde ortaya çıkan karşıaktarım duyguları tedavi sürecinin tü-

münde ortaya çıkan sorunları anlama ve yönetmede yararlı olabilir. Hastanın bireysel psikoterapisini üstlenen terapist, tedavi ekibi ile yapılan toplantılarda, kendisinde oluşan karşıaktarım duygularının ışığında, ekipte ortaya çıkan tepkileri ve güçlükleri ekip üyeleri ile birlikte gözden geçirebilir. Böylece tedavi ekibi hastayı daha iyi anlayabilir, ve sonuçta ekibin bütünlüğü ve etkinliği, hastanın da tedaviye uyumu artabilir (Laatsch L ve ark. 1993).

SONUÇ

Ciddi tıbbi hastalıkların tedavisi ile uğraşan hekimlerin hem zamanları kısıtlı, hem de ruhsal süreçlere ilişkin bilgileri genellikle yetersizdir. Psikiyatrist çoğu kez hastasını kalabalık bir ortamda ve kısa bir sürede değerlendirmek zorunda kalır. Bütün bu olumsuzluklara karşın, hastanelerde çalışan psikiyatristlerin kendilerinden istenen konsültasyonlarda bazen hastanın yanısıra tıbbi tedaviyi üstlenen ekip üyelerine de hem hastanın hem de kendilerinin olumsuz tepkilerini anlayabilmeleri için yardım etmesi gerekebilir. Hastanın sorun olan davranışının dinamiklerini açıklamak hem hastaya, hem de tedavi ekibinin üyelerine çok yardımcı olabilir; yitirdikleri kontrol duygusunu tekrar kazanmalarını sağlayabilir.

Aktarım ve karşıaktarım duygu ve tepkileri, hem hastanın iç dünyası, hem de tıbbi tedavinin süreci ile ilgili önemli bilgi kaynaklarıdır. Psikanalitik ve psikoterapötik kuram ve teknikte temel bir kavram olan aktarım ve karşıaktarım kavramları, günümüzde hasta-hekim tarafından karşılıklı etkileşim içerisinde ortaklaşa yaratılan ve tedavi sürecinde çok etkili bir görünüşü olarak kabul edilmektedir. Her hasta-hekim ilişkisinde olduğu gibi, tıbbi hastalık tanısı konmuş hastaların ruhsal sorunlarının ya da tıbbi hastalığının tedavi sürecinde ortaya çıkan aksaklıkların anlaşılmasında ve çözümlenmesinde psikanalistlerce geliştirilmiş bu kavramlardan yararlanılabilir.

Tedavi ekibine yönelik olumsuz aktarım tepkileri gelişirse psikiyatristin müdahale etmesi gerekir. Akut ortaya çıkan yoğun aktarım/karşıaktarım tepkileri ise sınır kişilik bozukluğu gibi ciddi psikopatolojinin varlığı konusunda bir uyarıdır; psikiyatristin hem hastayı ele alması hem de hekimlere tutum önermesi gerekir. Terminal hastalıkta ise tedavi ekibine hem hastanın psikolojik gerileme gereksinimi teşvik edebilmeleri, hem de kendilerinde oluşabilecek olumsuz duygulanımlarla başa çıkabilmeleri için destek olunması gerekir. Özellikle ağır yaralanma ve ciddi hastalıklar söz konusu ise sadece hastalarda değil, tedavisi ile uğraşanlarda da ciddi ruhsal tepkilerin ortaya çıkma olasılığı hatırd tutulmalı, gereken ruhsal destek sağlanmalıdır.

Tıbbi hastalık tanısı almış bireylerde ve tedavilerini yürüten hekimlerde ortaya çıkan aktarım-karşıaktarım tepkilerine yönelik hem ayrıntılı olgu analizlerine, hem de olgu serilerinde ortaya çıkan ruhsal tepkilere yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Hekimin ya da terapistin hastanın aktarımını ve kendi karşıaktarımını tanıma, anlama ve yönetebilme becerisini kazanması, hastasıyla ilişkisini güçlendirecek

ve tedavi kalitesini arttıracaktır. Hastanın tıbbi tedavisini yürüten tedavi ekibinin karşı aktarım duygularının ekip toplantılarında hastanın bireysel terapisti ile birlikte gözden geçirmeleri, hem hastanın iç dünyasını anlamalarına, işlev bozucu tutumlarını anlayıp düzeltmelerine hem de ekibin işlevselliğini güçlendirmeye, dolayısı ile hastanın tedaviye uyumunun artmasına ve hastalığın gidişine olumlu etkisi olacaktır.

KAYNAKLAR

- Cooper (1987) Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J Am Psychoanal Assoc*, 35:77-98.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau R (1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 110-113.
- Freud A (1936) The ego and the mechanisms of defence. London. Hogart Press, s.61.
- Freud S (1895) Studies on hysteria. Standard Edition II. London. Hogart Press, s.302.
- Freud S (1912) The dynamics of transference. Standard Edition XII. London Hogart Press, s.97-108.
- Freud S (1916-7) Introductory lectures on pschoanalysis. Standard Edition XVI. London. Hogart Press, s.439-47.
- Freud S (1937) Analysis terminable and interminable. Standard Edition, vol. 23. London Hogarth Press, s.247-50.
- Goin MC (2005) Countertransference in general psychiatry. Countertransference issues in psychiatric treatment. Gabbard GO (Ed). Washington, American Psychiatric Press, s.45-69.
- Greenson RR (1965) The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q*, 34:155-181.
- Gunther MS (1994) Countertransference issues in staff caregivers who work to rehabilitate catastrophic-injury survivors. *American J Psychother*, 48(2):208-220.
- Kernberg O (1999) Acute and chronic countertransference reactions. Fonagy P, Cooper AM, Wallerstein RS (Ed). *Psychoanalysis on the move: The work of Joseph Sandler*. London Routhledge, s.171-86.
- Laatsch L, Rothke S, Burke WF ve ark. (1993) Countertransference and the multiple amputee patients: pitfalls and opportunities in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil*, 174:644-8.
- Lindy JD, Lindy DC (2004) Countertransference and disaster psychiatry: from Buffalo Creek to 9/11. *Psychiatr Clin North Am*, 27:571-587.
- Norton J (1963) Treatment of a dying child. *Psycoanal Study Child*, 18:541-560.
- Perry SW, Markowitz J (1986) Psychiatric interventions for AIDS-spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry*, 37:1001-1006.
- Postone N (1998) Psychotherapy with cancer patients. *American J Psychother*, 52:412-424.
- Racker H (1968) Transference and countertransference. New York: International Universities Press, s.127-73.
- Sandler J, Dare C, Holder A ve ark. (1995) The patient and the analyst. International Universities Press, Connecticut, s. 41.
- Straker N (1998) Psychodynamic Psychotherapy for cancer patients. *J. Psychother. Pract. Res*, 7:1-9.
- Tansey M, Burke W (1989) Understanding countertransference: from projective identification to empathy. Hillsdale NJ, s. 107-10.