

ERGENLERDE PSİKİYATRİK GÖRÜŞMENİN ÇERÇEVESİ

Talat Parman*

ÖZET

Bu yazıda ergen psikiyatrisinde klinik görüşmelerin çerçevesinin önemi üzerinde durulmuştur. Çerçeveyi oluşturan öğelerin daha ilk görüşmeden başlayarak gerek ergen gerekse ailesi için net olması sağlıklı bir terapötik ilişkinin olmazsa olmaz koşuludur.

Anahtar sözcükler : Ergen psikiyatrisi, psikolojik görüşme.

SUMMARY : SETTING OF THE PSYCHIATRIC INTERVIEW FOR ADOLESCENTS

This article emphasizes the importance of the setting of the interview in adolescent psychiatry. The clarity of the elements of the setting for the adolescent and his family is "sine qua non" for a good therapeutic relationship.

Key words : Adolescent psychiatry, interview, psychological.

GİRİŞ

Ergenlerle yapılan klinik görüşmelerin özelliklerine ayrılan bu yazının başında genel olarak psikiyatride klinik görüşmenin ne olduğu üzerinde kısaca durmak gerekiyor. Psikiyatride klinik görüşme ilk kez 19. yy. başında, akıl hastalarını zincirlerinden kurtaran hekim olarak tanınan, Fransız psikiyatrist Pinel tarafından hasta kişiyi normal olandan ayırmak amacı ile kullanılmıştır. (Pichot 1983) Burada Pinel'in hapisaneye kapatılacak olan ile, akıl hastanesine kapatılacak olanı birbirinden ayırmayı amaçlamakla mediko-legal bir hedefinin olduğunun altını çizmek gerek. Bu şekilde ortaya çıkan klinik görüşme, tıbbi ilerlemelere boşluk olarak prognoz ve tedavinin belirlenmesini de amaçları arasına katmıştır. Günümüz psikiyatristi pratiğinde ise, klinik görüşmeye iki amaçla başvurulmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, tanıya götüreceği verileri toplamak yani psikiyatrik değerlendirme yapmaktır. Bu, aynı zamanda durumun gidişinin belirlenebilmesine de yarar. İkincisi ise, görüşmenin psikoterapi amacı ile yapılmasıdır. Bu, psikanalizin psikiyatristiye kazandırdığı bir yeniliktir. Söz konusu iki amaç kuramsal olarak birbirinden ayrı olarak ele alınabilmekle birlikte, uygulamada birbiriyle iç içedir. Bu anlamda klinisyenle her karşılaşma hasta üzerinde terapötik bir etkiye neden olur. Bu etki klinik değerlendirme amaçlı ilk görüşmeler için de geçerlidir. Sorunun netleştirilmesi çabasının kendisi bile bir iyileşme sağlayabilir. Bir ya da birkaç görüşme ile "sorunlarının farkına varan" ve "çözüm yollarını aramaya koyulan" hastalar seyrek değildir. Bu durum, ergen psikiyatrisi alanında ça-

lışanların çok yakından tanıdıkları bir olgudur. Ergenlerle yapılan her görüşmenin terapötik bir yönü olacaktır. Ergen yeni ve değişik bir ilişkiye her zaman açıktır. Klinisyen bu nedenle terapötik ilişkinin rahat kurulabileceği ve gelişiminin büyük oranda bu ilişkiye bağlı olacağı duygusuna kapılır. Çünkü, ergen-klinisyen etkileşimi daha ilk görüşmeden başlayarak yoğun ve ani bir aktarımsal eğilimle bezenmiştir. Bu yoğun eğilim terapötik sürecin gereksinim duyduğu enerjiyi sağlarken olumlu bir sonuç doğurur. Ancak, klinisyenin de ergenin patolojik yansımalarının içine katılması gibi önemli zorlukları da beraberinde getirir (Castarede ve Chiland 1983). Her görüşmenin, özellikle ergenle yapılan her görüşmenin terapötik bir yanı olmasının kaçınılmazlığı terapötik çerçeve kavramı üzerinde biraz ayrıntılı olarak durmayı gerektiriyor. Nedir terapötik çerçeve ? Biz İngilizce setting ve Fransızca cadre kelimelerine Türkçe karşılık olarak çerçeve kelimesini öneriyoruz (Parman 1995). Psikanalizin ortaya attığı bir kavram olan çerçeve, analistin analitik sürecin ortaya çıkması ve gelişimi için zorunlu koşul olarak belirlediği kuralların bütünüdür. Bunlara hem analist hem de analizden geçen uymak zorundadır. Winnicott 1956'da analitik çerçeveyi "tedavi düzeneğinin oluşturulmasındaki ayrıntıların bütünü" olarak tanımlamıştır (Winnicott 1956). Değişmez kuralların oluşturduğu bu alan aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal gerçeklikle simgesellik arasındaki geçiş alanını da oluşturur. Aktarımsal ilişki ve terapötik süreç bu alan içerisinde oluşur. Bu nokta klinik görüşmenin basit gibi görünen ayrıntılarının ne denli önemli olduğunu gösterir. Terapötik çerçeve yalnızca ergenlerle yapılanların değil, tüm klinik görüşmelerin kurallarını belirler. Ancak ergenlerle yapılan görüşmelerde terapötik çerçeve bazı farklılıklar gösterir.

* Uzm. Dr., İstanbul Üniv. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Adolesans Bilim Dalı, İstanbul

Klinik görüşmenin çerçevesi

Klinik görüşmenin çerçevesinde ilk belirlenmesi gereken görüşmenin kimlerle yapılacağıdır. Ergen, hekimi görmeye hemen hiç bir zaman yalnız gelmez. Genellikle anne babası ve çoğunlukla da onların zorlaması ile gelir. Zorla gelmiş olması, ilk görüşmenin oldukça gergin bir havada geçmesine neden olur. Ergen orada isteği dışında bulunmaktan öfke duyar ve bunu belli eder. Bu öfke kimi zaman taşkın hareketler ve sözler olarak, kimi zamansa tersine, tam bir sessizlik olarak ortaya çıkar. Bu gerginliğin aşılması için genellikle önerilen, görüşmenin ikiye bölünmesidir. Önce anne baba ve ergen birlikte görülür, daha sonra ergenle yalnız görüşülür. Ancak bazı durumlarda önce anne babayı yalnız görmek gerekebilir. Bu ilk aşama genelde anne babanın sorunu nasıl gördüklerini aktarmalarına ayrılmıştır. Klinisyen öncelikle anne babanın aktardığı sorunların ve yakınmaların bir belirti oluşturup oluşturmadığını değerlendirmeyi amaçlamalıdır. Söz konusu sorunların ve yakınmaların ne zaman ve nasıl başladığını öğrenmeye, şu anda var olduğu söylenen krizin ortaya çıkışının şartlarını ve gelişimini saptamaya çalışmalıdır (Laufer 1983).

Görüşmenin ergenle yalnız yapılan ikinci bölümünde klinisyen, anne babayı dinlemekte gösterdiği sabrı ergenden esirgememelidir. Ergen ile yalnızca görüşmeyi gerektiren konular, yani sorunlar ve yakınmalar değil, ama onun ilgi alanları, bireysel ve toplumsal etkinlikleri, ve kısaca günlük yaşamının ayrıntıları da ele alınmalıdır. Ergenlik temelde bir bireyselleşme süreci olduğuna göre, klinisyenin ergeni anne babasından ayrı görmesi bu sürecin farkında olduğunu ve buna saygı duyduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ergen klinisyenin kendisiyle yalnız yaptığı görüşmeyi çapraşık duygularla yaşar. Bir yandan tek başına onun karşısında bulunmaktan ürker, bir yandan da "adam" yerine konulmuş olmaktan memnun olur. Ayrıca anne babasının olmadığı bir ortamda konuşmak, onlara karşı geliştirmiş olduğu "isyan kar tutumu" anlamsız kılar ve görüşmedeki gerginlik azalır (Marcelli ve Braconiler 1988).

Görüşmenin her iki bölümünde de uyulması gereken en önemli kural, ergen ile anne babası arasında aynı duygusal mesafeyi korumaktır. Klinisyen taraf tutmak durumunda değildir. Amacı, hem ergenin hem de anne babanın gerginliklerini yatıştırmak ve eğer bir psikiyatrik sorun söz konusu ise buna çare bulmaya çalışmaktır. Duygusal mesafenin dengeli olmasının

en çok gerektiği alanlardan biri ergenin ve ailesinin klinisyene aktardığı sırlar konusudur. Klinisyen, tıbbi etik gereği olarak, her hastasının kendisine verdiği sırları saklamak zorundadır. Ancak ergenlerle çalışırken meslek sırrına sadık olmak sanıldığı kadar kolay değildir.

Hekimlikte meslek sırrı Hipokrat'tan beri gündemdedir. Öte yandan psikanaliz için de sır önemli bir yere sahiptir. 1895'de S. Freud, Breuer ile birlikte yazdığı "Histeri Üzerine İncelemeler" adlı yapıtında şöyle der : "Benim için önemli olan hastanın sırrını saptamak ve onu yüzüne vurmaktır" (Freud, Breuer 1895). Freud o yıllarda "gerçeğin tedavi edici niteliği olduğu" düşüncesinin etkisi altındadır. Daha sonra elbette terapötik etkinin aktarımın çözümlenmesinden kaynaklandığını bulacaktır. Ancak buna karşın, bugün bile sıklıkla kaçma ve gerçeklerin ortaya çıkarılması çabasının klinisyenlerin önemli kaygılarından birini oluşturduğu söylenebilir. Ergen psikiyatrisinde bu konunun iki yönü vardır. Bunlardan birincisi anne babanın, ve diğer aile bireylerinin klinisyenle paylaşmak isteyebilecekleri sırlardır. İkincisi ise ergenin klinisyene aktaracağı sırlardır. Bazı klinisyenler anne babanın aktaracağı sırlar konusunda, bu sırların konuşulmasını yani tüm aile bireylerinin önünde yinelenmesini önerirler (Marcelli 1994). Bu görüşü savunanlar ergen ve ailesini izlemeye başlamadan önce ve çevrelerinin saptanması sırasında klinisyenin anne baba ile, ergenin yokluğu durumunda görüşmeyeceğinin ve onlar tarafından kendisine şu ya da bu yolla iletilen her şeyi ergenle paylaşacağına altının önemle çizilmesini vurgularlar. Bu, klinisyenin kendini manipülasyonlardan korumak ve bir takım önemli sırlara gereksiz yere ortak olmamak için aldığı bir önlemdir. Oysa diğer bazı yazarlar sırrın her zaman zararlı olmadığını, tam tersine ruhsal yapının oluşumu için gerekli olduğunu "kendine ve yalnız kendine ait düşünceler üretmenin bir özne olarak "Ben" in oluşumu için vazgeçilmez bir şart olduğunu" belirtirler (Sanchez-Gardenas ve Robin 1994). Bu yazarlar klinisyenin anne babanın kendisine aktaracağı sırları, eğer aile için yapılandırıcı özellikleri olduğunu düşünüyorsa, ergene aktarmayabileceğini savunurlar. Aynı yazarlar ergenin klinisyenle paylaşacağı sırlar konusunda da sırrın sır olarak kalmasının yapılandırıcı ve özneleştirici önemini hatırlatırlar. Bu açıdan yaklaşıldığında, öznenin bir sırda sahip olabilmesi, kendine ait bir ruhsallığa sahip olabilmesi anlamına gelir ki, ergenlikte bunun karşılığı özerkleşmedir (Castroiadis - Aulagnier 1976).

Ancak uygulamada ergenin klinisyene aktardığı sırlar bir takım teknik güçlükler yaratır. Ergenin her söylediğini anne babasına aktarmak hem onun bireyselleşme sürecinin farkında olmak, hem de daha başından güvenini yitirmek demektir. Öyleyse, klinisyen bu sırları saklamalı mıdır, ya da hangi noktaya kadar saklamalıdır? Burada belli bir esneklik söz konusu olabilir. Öncelikle klinisyen meslek sırrını korumak pahasına kendini ve ergeni güç duruma düşürmemelidir. Çünkü ergenler bazen ailelerine doğrudan söylemedikleri şeyleri klinisyene aktararak ondan bunları anne babalarına anlatmasını, ama elbette tam tersini söyleyerek isterler. Ergen çevresine klinisyen yoluyla bir S.O.S. mesajı göndermektedir. Ancak aynı anda bunun bir sır olarak kalmasını da ister. Ergenlerde çok yaygın olan bu tavır klinisyeni zor durumda bırakır. Eğer, kendini "meslek sırrı" cenderesine sokmuş ise öğrendiği "bilginin" ağırlığı altında ezilir; ya da tam tersine, ergenle başta yaptığı "sır saklama" anlaşmasına ihanet etmek zorunda kalır ki, bu kez ergenin güvenini bütünüyle yitirir. Bu durumda genellikle önerilen, daha başından ergeni uyarmak ve belki de şöyle demektir: "Burada konuştuğumuz burada kalacak. Ancak sizin için bir hekim olarak endişelenmemi gerektiren durumlar ortaya çıkarsa; ya da bu tür konuları konuşursak bunları, sizi de bundan haberdar ederek, anne ve babanızla paylaşırım. Bu benim, bir hekim olarak hastam için doğru olduğuna inandığımı yapmak zorunda olmamdan kaynaklandığı kadar, sizin henüz reşit olmamanız ve kanunen de anne babanızın sorumluluğu altında olmanızdır." Bu formülü ergenlerin büyük bir bölümü anlar ve bundan rahatlar. Böylece klinisyen hem kaldıramıyacağı bir sır yükünün altında ezilmemiş olur, hem de ergenin saklayabileceği sırlarını saklayarak güvenini kazanır.

Terapötik çerçeveyi oluşturan diğer önemli öğeler görüşmeye katılanların tanıtılması, görüşmelerin saat, yer ve sürelerinin belirtilmesidir. Klinisyen eğer yalnız çalışmıyorsa, görüşmeye katılan ve klinik ekibi oluşturan diğer kişileri hem aileye hem de ergene tanıtmalıdır. Bu, özellikle stajyerlerin bol olduğu eğitim kurumlarında önemlidir. Böylece herkes birbirini tanımış ve neden orada bulunduğunu anlamış olur. Aynı şekilde, klinisyen hem tanı hem de tedavi amacı ile birden çok görüşme yapacak ise daha sonraki görüşmelerin tarih ve yerlerine, sıklığına, kimle-

rin katılacağına hem ergen hem de ailesi ile birlikte karar vermeli, bu ayrıntılar herkes için net olmalıdır. Burada çok özel ve acil durumlar dışında bir ergenin sorununun saptanması ve tedavinin planlanması için en az birkaç görüşme yapmak gerekeceğini belirtmek uygun olacaktır. Klinisyen kendine bu olanağı tanımalıdır ve ergene birkaç randevunun daha planladığını söylemelidir. On, onbeş günlük bir süreye yayılabilecek iki, üç görüşme aynı zamanda ailenin ve ergenin sorunlarına yaklaşımının esnekliğini değerlendirme olanağını da yaratır. İlk görüşme sırasında, daha sonra yapılacak "değerlendirme görüşmelerinin" gün ve saatleri ve olası süreleri saptanmalı, randevu alma girişimi ergene bırakılmamalıdır. Bu, çoğu ergenin kaldıramıyacağı bir yüküdür (Marcelli 1991).

Klinisyenin dikkat etmesi gereken son önemli nokta, "değerlendirme görüşmeleri" bittiğinde vardığı sonuçtan hem ergeni hem de ailesini haberdar etmektir. Bu arada klinisyen terapötik sürecin her aşamasında herhangi bir tanusal veya tedavisel karar aldığı anda bu konuda ergeni ve ailesini bilgilendirmelidir.

SONUÇ

"Klinik", Yunanca "kline" yatak kelimesinden kaynaklanır ve "klinik muayene" terimi genel tıpta hastanın fiziksel muayenesinden söz etmek için kullanılır. Oysa psikiyatrik uygulamada genelde hasta-klinisyen ilişkisinin yalnızca sözlü olduğu görüşmeler söz konusudur. Bu sözlü ilişkide iki taraftan biri klinisyen, diğeri de bir sorunu, hastalığı olan ve danışmaya, yardım istemeye gelen hastadır. Taraflardan birinin bir istekte bulunuyor olması, ilişkiyi asimetrik kılar (Chiland 1983). Hemen tüm yaş gruplarından hastalar tarafından güçlüklerle yaşanan bu asimetri, ergenler için neredeyse dayanılmazdır. Ergenler genelde kendilerine eşit gördükleri, eşit bir ilişki kurabildikleri kişileri yeğlerler. Psikiyatrik görüşmelerde çerçevenin net olması, klinisyenin hastanın gözünde uyandırabileceği "tümgüçlülük" görüntüsünü sınırlar ve görüşmelerdeki asimetriyi biri ölçüde dengeler. Böylece hastanın olduğu kadar klinisyenin de birtakım kurallara uymak zorunda olduğu gösterilmiş olur. İşte bu nedenle klinik görüşmenin çerçevesinin belirlenmesi, hastanın ve özellikle ergen hastanın klinisyene güven duymasını ve dolayısı ile terapötik çalışmayı kolaylaştırır.

KAYNAKLAR

Castarede M-F, Chiland C, (1983) *L'entretien avec l'adolescent in L'entretien clinique, PUF, Paris : 102-117.*

Chiland C, (1983) *Introduction : qu'est-ce qu'un entretien clinique ? in L'entretien clinique, PUF, Paris : 9-27.*

Castoriadis - Aulagnier P, (1976) *Le droit au secret : condition pour pouvoir penser, Nouvelle revue de psychanalyse 14 : 141-157.*

Freud S, Breuer J (1985) *Studien über Hysterie, Fr çev. Etudes sur l'Hysterie, Paris, PUF, 1956.*

Laufer M, (1983) *Psychopathologie de l'adolescent Quelques principes d'évaluation et de traitement, Adolescence Tome I-1 : 13-27.*

Marcelli D, (1994) *Cadre de consultation à l'adolescence et secret de famille, Nervure Tome V11-2 : 71-81.*

Marcelli D, (1991) Braconnier A, (1988) *L'entretien et son évaluation, EMC 37213 A 10 : 1-9.*

Marcelli D, Braconnier A, (1988) *L'entretien avec l'adolescent in Psychopathologie de l'adolescent, Masson, Paris : 57-73.*

Parman T, (1995) *Psikanalitik çerçeve, (Baskıda)*

Pichot P, (1983) *Un siècle de Psychiatrie, Roche, Paris.*

Sanchez-Gardenas M, Robin D, (1994) *Sur l'usage du secret dans la consultation, Nervure Tome V11-2:71-81.*

Winnicott W, (1956) *Primary Maternal Preoccupation, Fr. Çev. La préoccupation maternelle primaire. In De la pédiatrie à la psychanalyse, 1969, Paris, Payot, s.285-291.*