arkadaşı bu düşüncesini destekliyor, kendisini örnek gösteriyor kocasına telefon ediyor. Telefonda kocası kendisini suçluyor ve "çocuğunu eğer sevmiş olsaydın mahkemede kendi yanına almayı isterdin" diyor. Bu sırada A. hıçkırıklar içinde kocasına şöyle bir cevap veriyor: "ben çocuğumu almak istiyordum, onu çok seviyorum, fakat büyük annem ve dayım onu istemediler" (ağlama devam ediyor).

Sahne 2: Evde büyükanne, dede, dayı ve A. bu konuda konuşuyorlar. Büyükanne, A. ya sert çıkışıyor, böyle bir adamın çocuğunu almanın kendi geleceğini zedeleyeceğini, onun için evine almak istemediklerini söylüyor dayısı büyükanneyi destekliyor ve A. ya kızıyor. Dede A. yı destekliyor, teselli ediyor, "sen üzülme çocuğunu alırsan ben sana yardım ederim" diyor. A. kendisini tümüyle koyvermiş, hıçkırıklar içinde ağlamaktan başka bir direniş veya karşı tavır göstermiyor. Terapöt bu durumuna dikkati çekmeye çalışıyor, fakat A. nın tavrında herhangi bir değişme olmuyor. Bunun üzerinde terapöt bir iskemleye oturmasını ve yüksek sesle duygularını dile getirmeye çalışmasını öneriyor. A. da ağlamaktan başka bir kımıldanma veya açıklama yok. Terapöt eşleme yapıyor "Sorun benim için çözümü çok güç"... A. bu impulsa da hiçbir tepki vermiyor. Terapöt bir eşleme daha yapıyor: "Aslında güçlüğüm var ama çeşitli alternatifler....." A. nın buna da hiçbir tepkisi olmuyor ağlamaktan başka. Bir süre A. bu durumu içinde kaldıktan sonra yavaş yavaş kendisini toparlıyor.

Grup görüşmesinde: Tüm grup, A. nın çocuğundan ayrı olması ve ona duyduğu özleme katılıyor. Birçok grup üyeleri kendileri ve çocukları ile ilgili özlem duygularını, sevgilerini dile getiriyorlar (empati ve duygusal rezonans). Büyükanne ve dayıya karşı itici, benimsemeyen duygularını, büyük babaya sempatilerini, onun yerinde olmayı istediklerini belirtiyorlar (Rolle ilgili Feedback). A. nın sorununa karşı takındığı tavırda beraber olamadıklarını dile getirerek, herbiri daha kesin ve kararlı tavırla değişik alternatiflerden birini (herşeye rağmen çocuğunu eve alma, çocuğu ile ayrı bir ev tutma, kocası ile tekrar barışma yolunu düşünme, gibi) gerçekleştirmeye çalışmayı tercih ettiklerini açıkladılar (Rolle ilgili Feedback). Daha sonra kendi yaşamlarından benzer durumları, çocukların eve barış ve mutluluk getirip, birçok çözülmez gibi görünen sorunların kendiliğinden çözümüne yardım ettiklerini örnek vererek dile getirdiler (Özdeşim Feedback). Tüm grup çok rahatlamış ve bazı çözümlere varmış duygusu içinde oturumdan çıktı. A. daha taburcu olmadan kocası ile tekrar ilişki kurmak ve sorunlarına sahip çıkmak tavrı içine girmişti.

Oturum 4 (8): (Protagonist: M. 30 yaşında, sağlık memuru, evli iki

çocuk babası. Baba kendisi altı aylık iken, ölmüş, annesi başkası ile evlenmiş. M. halasının ve imam olan eniştesinin yanında büyümüş. Klinik olarak obsessif-kompulsif bir tablo gösteriyor).

Oturumun başında bir önceki oturumun Protagonisti (A), geçen oturumdan sonra düşündüğünü, kendi sorununa daha çok kendisinin sahip çıkması gerektiğine inandığını, bunu gerçekleştirmeye çalışacağını açıkladı. M. geçen oturumda A. yı ve kendi evliliğini düşündüğünü, karısını sevmeden evlendiğini, bir kaç kez boşanma durumuna geldiğini, çocukları olduğunu, güçlük içinde bulunduğunu ortaya getirdi. Tüm grup ilgilendi.

Sahne 1: Anadoluda bir ilde sağlık memuru odası, kendisinden daha yaşlı evli bir arkadaşı, orada ebe olarak çalışan kızı (evlendiği karısı) göstererek, onunla evlenmesini öneriyor. Daha sonra M. yüksek sesle düşünüyor, evlenme ile ilgili ikili duygularını dile getiriyor. Negatif duygular arasında şunlar dikkati çekiyor: "Niçin bununla evleneyim... ben yakışıklı bir insanım.. birçok kız beni beğeniyor, evlenmek isteyenler çok" (ikili kararsız duygular içinde iken birden evlenmeye karar verdiği görülüyor).

Sahne 2: Nişanlılar, dairede beraber sağlık afişleri asıyorlar, elleri biribirine deyiyor. Karısının bu temastan bir sıcaklık, duygu akımı hissettiğini, kendisinin ise hiçbir şey olmadığını ifade ediyor. (Tüm sahneler donuk, duygusal yaşamadan yoksun).

Sahne 3: Karısı hastanede doğum yapmış, ziyaretine gidiyor. Bir tarafta karısı yatakta, diğer tarafta da yeni doğan çocuk. İçeri girince hiç karısı ile ilgilenmiyor. Doğru bebeğe gidiyor ve kucağına alıyor, yüzünde en ufak bir duygu yaşantısı izi yok. Bu sırada terapöt çocuğun yerine geçip bir eşleme impulsu veriyor. "Babacığım hiç sıcaklığını alamıyorum.. benden uzakta gibisin". Hasta hemen buna katılıyor: "Gerçekten öyle, çocuğumu bir nesne almış gibiydim... zaten hiç kimseyi sevemiyorum...". Terapöt bu sırada karısının arkasına geçip eşleme yapıyor: "Ne acı benim için..". Bu açıklama M. de herhangi bir tepki uyandırmıyor. Rol değişmesi yapılıyor. M. karısının rolünde kocası ile ilgili duygularını açıklıyor: "ben kocamı seviyorum... isterse o beni sevmesin, kocam olması bana yeter". Tekrar kendi rolüne geçiyor ve karısının da tıpkı annesi gibi kendisinin üzerine çok düştüğünü, bu fazla düşmenin kendisinde onlardan kaçma, hatta kızgınlık yarattığını, fakat çok uzaklaşınca da, yine onları aradığını, iç çelişkisini anlatıyor. Terapöt kendisine annesi ile ilgili böyle bir yaşantısını hatırlıyorsa bunu canlandırabileceğini öneriyor. M. buna hayırla cevap veriyor. İki iskemle konuyor birinde M., diğerinde anne oturuyor. Terapöt: "onunla istediğin gibi konuşmaya çalış" önerisinde bulunuyor.

M. donuk bir durumda, hiçbir şey söyliyemiyor. Bunun üzerine terapöt eşleme yapıyor: "altı aylık iken sana çok ihtiyacım vardı..." M. ekliyor evet beni annem altı aylık iken terkedip evlenmişti. Onu unutamam... şimdi hiç sevemiyorum...". Annesi ile rol değiştiriyor, fakat annesinin yerine hiçbir duygu dile getiremiyor. Terapöt eşleme yapıyor anneye: "Yalnız, genç bir kadın..." hasta bu açıklamaya hiçbir tepki göstermiyor, tekrar kendi rolünü alıyor. İskemlede yüksek sesle hissettiklerini konuşması öneriliyor, buna da hiçbir tepki vermiyor. (Tüm oyunlar boyunca hastada hiçbir duygusal kımıldanma sezilmedi. Sürekli olarak bir mumya donukluğu içinde, yalnız anlatmakla yetinebildi).

Grup görüşmesinde: Tüm oyun hem benim, hem de grup için ağır ve yorucu geçti. Hasta hiçbir aşamada duygusal olarak ne kendisini, ne de diğerlerini yaşayamadı. Tüm grup üyeleri bir kişi hariç, kendisi ile ne empati, ne de özdeşim yapamadılar. Büyük oranda empati eşi ve çocuğu ile yapıldı. Bir önceki oturumun protagonisti A. şöyle bir açıklamada bulundu: "M. ile eşini seyredince hep kendi kocamı düşündüm. O, ben doğum yaptığım zaman benim için neler yapmıştı. Şimdi kendisine çok anlayışsızlık gösterdiğimi iyi anlıyorum". Diğerleri eşleri ve çocuklarını hatırladılar ve özlem duygularını, bazı yönlerdeki anlayışsızlıklarını ilk kez açık olarak hissettiklerini açıkladılar. Yalnız Y. isminde 33 yaşlarında, bekâr bir erkek hasta (kendisi de obsessif yapıda, kuşkulu, güvensiz ve duygularını yaşayamayan bir insandı): "M. nin her söylediği, sanki ben söylüyormuşum gibi geldi" diyerek aynı güçlüklerinin olduğunu belirtti. M. nin ağır nörotik yapısında ve belirtilerinde önemli bir değişme olmadan taburcu oldu.

Oturum 5 (9): (Protagonist: P. 24 yaşında, Fen fakültesi mezunu, doktora yapıyor. İki aylık evli, kişilik yapısı olarak histerik özellikler ön planda görünüyor. Klinik olarak: sıkıntı, özellikle kalabalık içinde ve öğrenciler karşısında ders verirken güvensizlik, başaramama korkusu ve ellerde titreme, çarpıntı).

Grupta genel olarak güvensizlik ve özgüven duyguları üzerinde konuşuldu. P. şimdiden taburculuktan korktuğunu ve çalışma yerine nasıl gideceği endişesinin kendisini sardığını ortaya getirdi. Bir süre görüşmeden sonra terapöt isterse taburcu olup iş yerine gidince kendisine endişe veren durumu burada canlandırabileceği önerisinde bulundu.

Sahne 1: Çalışma odası, iki erkek arkadaşı ile oturuyor. İçinde çelişik duygular var. Bir taraftan psikiyatri kliniğinde yattığını onlara söylemek istiyor, diğer taraftan söylemekten endişe duyuyor. İşitilirse bunun ilerdeki meslek hayatına etki yapabileceğini düşünüyor ve şöyle diyor: "güvenemiyorum... anneme geçen hafta söyledim, o da beni suçla-

dı, horladı...". Hemen annesi ile aralarında geçmiş bu sahneye dönüş yapıyor:

Sahne 2: Kliniğe yattığının ilk haftası evci çıkıyor. Bu arada annesini de ziyarete gidiyor. Anne ile kapıda karşılaşıyorlar, gayet soğuk ve mesafeli bir karşılaşma. İçeriye geçip birbirlerinden uzak ve aynı tavırla oturuyorlar. İçinde kendisi için olumlu tedavi yapacak bir yer bulmadan doğan umut, sevinç duyguları var. Bunların etkisi ile psikiyatri kliniğinde yattığını annesine açıklıyor. Anne bu habere çok kızıyor ve kendisini horlayıp, suçluyor. P. bu duruma çok üzülüp, kızıyor. Bu sırada terapöt şöyle bir eşleme yapıyor: "Anne yine sen... tüm umutlarımı..." P. hemen başlıyor hıçkırarak ağlamaya ve devam ediyor: "evet tüm yaşamımda hep beni horladın, en aptal, en beceriksiz ben oldum... Beni bir kenara ittin".

Terapöt hayatında hatırlayabilirse böyle bir durumu canlandırmasını öneriyor. P. cevap olarak "tüm yaşamım böyle geçti, kardeşimi sevdi beni horladı, beceriksizlikle suçladı" deyip ağlamasına devam ediyor (bir süre sessizlik ve beraberlik) sonra terapöt, isterse yaşamında kendisini mutlu ve güvenli hissettiği bir anı hatırlayıp canlandırmasını öneriyor. P. asistanlığa kabul edilmek için başardığım sınavdan sonra çok mutlu idim diye cevaplıyor.

Sahne 3: Sınav sahnesini canlandırıyor ve başarılı oluyor, fakat yüzünde en ufak bir sevinç ve rahatlık hali yok. Terapöt buna dikkatini çekiyor ve beraber sahnede dolaşıyorlar. P. sürekli olarak başaramamaktan korku, panik içine girdiğini bu korkudan bir türlü kurtulamadığını anlatıyor. Terapöt eşleme yapıyor: "aslında hiç de korktuğum...", P. hemen ekliyor ve her seferinde başarılı olduğunu, ama yine de bu güvensizliğin içinde yerleştiğini ifade ediyor. Terapöt arkasında yürüyor ve eşleme: "bu nedir içimde çöreklenip oturmuş... benim dışımda bir şey ama...". P. "evet benim dışımda fakat bana hükmediyor, benim yeteneklerimi görüp güvenmeme engel oluyor". Bir süre aynı konuda diyalog sürdükten sonra oturuluyor.

Grup görüşmesi: Tüm grupta çok yoğun bir duygusal rezonans, pozitif Feedback ve Sharing. Görüşmeler sonunda birden hasta atılıyor ve şöyle konuşuyor: "Şimdi ilk kez şöyle bir duygu geldi içime, adeta her seferinde içimde ispatlamak istediğim bir şeyi ya isbatlayamazsam korkusu var" ve ekliyor "Annemin bana eskiden yaptığını, şimdi ben de kocama yapıyorum tuhaf şey".

Bu hastamız $2\frac{1}{2}$ aylık tedaviden sonra taburcu oldu ve ileri derecede rahatlamış, dengelenmiş olarak evlilik ve iş yaşamını sürdürüyor.

Kısa protokol özetini verdiğimiz 5 oturumun değerlendirilmesi: Birinci oturumda S. nin çocukluk çağında kendisini baba ve annesi tarafından ikinci plana itilmiş hissetmesi ve kardeşi ile bu yöndeki rekabette, kaybeden durumunda olması tekrar yaşanarak ortaya çıkıyor. Ortaya çıkan bir gerçek daha var o da S. nin kendi şefleri ile ilişkilerinde, onları ailedeki çocukluk ilişkilerinin projeksiyon taşıyıcıları (Transfer objeleri) olarak yaşamasıdır. Servis yaşamında da tedavi takımı ve grubun sevgi ve ilgisini kazanma çabaları, böyle bir rol eyilimi davranışlarında belirgin olarak görünüyordu. Ayrıca S. nin agressif duygularını dışa vuramama ve genel olarak duygularını yaşayamama gibi bir özelliği de oyun esnasında somutlaşmıştır.

Birinci ve ikinci oturumlar bir arada ele alındığı zaman ortaya şöyle bir durum çıkmaktadır: Tüm grubun baba ve anneye karşı ambivalent duyguları gayet yoğun olarak vardır. Bir taraftan onlara karşı beklentilerinin doyuma uğramamasından doğan hayal kırıklığı ve bunun yarattığı şiddetli agressif duygular, diğer taraftan onlara karşı borçlu olma ve bağlılığın yarattığı suçluluk duygusu. Kültürümüzdeki geleneksel aile yapısında genel olarak anne baba ve çocuklar arasındaki bu beklenti ilişkisinin yarattığı ikili duygu iki oturumda polarize olarak karşımıza çıkmaktadır.

Üçüncü oturumda A. aslında sorununda çözüm güçlüğünün büyük bir kısmının kendisinden geldiğini ve isterse bazı çıkış alternatiflerinin bulunabileceğini görme olanağını bulmuştur. Nitekim daha sonra bunları gerçekleştirme denemesine de geçmiştir. Dördüncü oturumda M. ile karısı arasındaki ilişkide de A. ve başka grup üyeleri, kendi eşleri ile ilişkilerde o zamana kadar göremedikleri taraflarını görüp yaşayabilmişlerdir.

Beşinci oturumda P. nin aktüel sorunları ve belirtileri ile annesinin ilişkisi ve annenin P. yi değerlendirmesi arasında bir bağlantı kendisi tarafından bir oturum içinde farkedilebilmiştir. Ayrıca yine P. annesinin kendisince kızgınlık ve nefretle karşılanan tutumunu aynen kendisinin kocasına karşı devam ettirdiğini (Agressörle özdeşim) görüp dile getirmiştir.

Oturumlarda görülen önemli bir özellik de şudur: Bazen asıl protagonistin duygusal olarak sorununu yaşamamasına karşın, grupda diğer bazı üyeler rezonans ve özdeşim yoluyla kendi sorunlarını daha yoğun olarak yaşayabilmekte ve bunu dile getirebilmektedirler (katarsis), (1. ve 4. oturumda olduğu gibi).

KAYNAKLAR

1 — Cohn, R.C.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten İnteraktion. Ernst Klett V. Stuttgart.

2 — Jones, M.: Social Psychiatry: A study of therapeutic communities. Tavistok, London 1952.

3 — Kayser, H., Kruger, Hl, Mavers, W., Petersen, P., Rohde, M., Rose, H.K., Veltin, A., Zumpe, V.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. G. Thieme, V. Stuttgart.

4 — Leutz, G.: Psychodrama, Springer V., Berlin, Heidelberg, New York, 1974.

5 — Moreno, J.L.: Gruppenpsychotherapie und Psychdrama. G. Thieme V. Stuttgart, 1967.

6 — Ploeger, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. G. Thieme V., Stuttgart, 1972.

7 — Winkler, W. th.: Die Kustodiale psychiatrie in der Auseinandersetung mit dem prinzip der therapeutischen Gemenschaft. Vortrev. Akad. Loccum 10.10.1970.

ETKİLEŞİMLİ GRUP PSİKANALİZİ

Göttingen Modeli Etkileşimli Grup Psikoterapi Yöntemi
Annelise Heigl-Evers ve Franz Heigl

Antropolojik gözlemleri anlama ve yorumlamaya yeni bir boyut kazandırma amacına yönelik laik bir deneme olan psikanalizin yaratıcısı Sigmund Freud, ortaya koyduğu bu yöntemi öncelikle bir tedavi yöntemi olarak kabul etmiştir. Bu yeni boyut, bilinçaltıdır; bir başka deyişle, insana özgü davranışlarda bilinçaltından kaynaklanan motivasyondur. Freud bu yöntemle, doğabilimsel yöntemlerle çalışan tıbbın o zamana dek başaramadığı bir sorunu çözümlemeyi denemiş, belirli sinirsel bozukluklara daha etkin çareler bulmaya çalışmıştır.

Bu tür hastaları daha etkin yöntemlerle tedavi etmeye çalışırken Freud, insan anlayışında (Menschenbild) köklü değişikliklere yol açan buluşlarını yapmıştır. Freud'dan sonra gelenlerin tamamlayıp genişlettikleri bu buluşların özü şudur: "Fizyolojik olarak erken doğmuş" şeklinde tanımlanan insanoğlu (Portmann 1956, 49-52), yaşamının başlangıç evresinde son derece çaresiz ve bakıma muhtaç durumdadır. İnsan. **yaşarlılığını koruyabilmesi ve kendini kabul ettirebilmesi** için zorunlu olan işlevleri (Ego-işlevleri, Hartmann 1960, Bellak, Hurvich, Gediman 1973) ve bunların yanı sıra da, özellikle biyolojik kökenli güdüleri belirli bir **gerilim alanında** geliştirebilmek zorundadır. Bu alanın belirgin özelliklerini, bir yandan bağımsız bir benliğe ulaşma çabası, öte yandan da objelere muhtaç olma (1), çaresizlik içerisinde bunlara bağlanıp kalmadır. Bu **bağlanma** da, giderek, duygusal özellikte bir **bağlamaya** dönüşür. Sözünü ettiğimiz gerilim alanında insan, kendini ve yaşarlılığını koruma organı durumundaki ego'su ile birlikte güdülerini ve özdeğerliliğini düzenleyici mekanizmaları geliştirmek zorundadır. Bir başka deyişle, insanoğlu, hem kendi benliği hem de kendisini çevreleyen dış dünyadaki objelerle olan ilişkilerinin hiç olmazsa bir ölçüde istikrarlı ve sağlam olmasını sağlamaya çalışacaktır.

Bu istikrar sağlama çabası sırasında, ya **özdeğerlilik duygusunun** ya da hayatta kalmayı güvenceleyen obje ilişkilerinin istikrarını tehdit eden, bu istikrarın varlığı konusunda kuşkuya yol açan çatışmaların ortaya çık-

ması kaçınılmaz olur. Birer tehdit niteliğinde yaşanan en önemli hoşnutsuzluk kategorilerinden (Unlustkategorien) birkaç örnekle açıklamak gerekirse: Böyle bir bağlamda ortaya çıkan korkular, utanma ve suçluluk duygularından kaçınabilmek bakımından, çatışmalar bilinçli yaşamanın dışında bırakılır, yani bilinçaltına havale edilir. Çatışmaların günden dışı bırakılması, geniş ölçüde, ego'nun bu amaçla geliştirdiği bilinçaltı işlevler yardımıyla olur.

Bu çatışmalar bilinçaltında olmalarına karşın - ya da belki de bilinçaltında oldukları içindir ki -, içerdikleri güdüler, obje ve benlik imajları ve bunlara ait impulslerle birlikte etkilerini sürdürürler. Çevre koşullarından kaynaklanan uyarmaların (Stimulierungen) giderek artması, bu çatışmaları savmaya yarayan ego-işlevlerinin de (savunma mekanizmaları, A. Freud, 1946) giderek zorlanmasına yol açar. Görevlerinin giderek artması sonucunda bu savunma işlevleri aşırı ölçüde zorlanabilir; bu zorlama da ek bir savunma zorunluluğu ile sonuçlanabilir. Klinik gözlemlerde bir semptom niteliğinde karşılaşılan bu zorunluluk, ruhsal ve bedensel alanlarda ya da toplumsal davranışlarda kendini gösterir. Bu tür bir semptom oluşumu da açıkça göstermektedir ki, bilinçaltı, ilgili merkezî ve vejetatif sinirler (2) kanalıyla her zaman için etkisini artırarak klinik hastalık görüntüsünde sapmalara yol açabilir.

Bir tedavi yöntemi olan psikanaliz, semptomların oluşum yolunu bir bakıma geri yönde izleyerek bu semptomların kökenine inmeye, bir başka deyişle - ruhsal yüzeyden yola çıkışla - hastanın bilincini genişletmeye çalışır. Hasta açısından bunun anlamı, psikanaliz sırasında tedaviye karşı bir direnç şeklinde kendini gösteren savunmanın adım adım kavranıp işlenmesi, sindirilmesidir. Bilinç ufkunun genişlemesi, ayrıca, güdü savma, obje ilişkisi ve özdeğerlilik regülasyonu çevresinde kristalize olan çatışma içeriklerinin ve bunların bireyin özgeçmişinde yatan kökenlerinin geri yönde (3) bir ilerlemeyle (regressiv) aranıp bulunması anlamına gelir. Geri yönde ilerleme (regresyon) olabilmesi için, terapöt, kendi kişiliğini anonim tutmak ve hastanın ihtiyaçlarının tatmini bakımından beklediklerinden geri durmak suretiyle hastanın anlattıklarını dinler, kendini transferans (Übertragung) emrine verir. Bir başka deyişle, hastanın, geçmişinde çatışma ilişkileri şeklinde yaşadığı rakiplerini kendi kişiliğinde yeniden yaşamasına ve bu çatışmaları yeniden canlandırılan bu ilişki çerçevesinde daha sağlıklı bir çözüm amacıyla yürütmesine olanak sağlar.

Patolojik çatışmaların yanı sıra, insanın küçük yaşlardaki gelişimini zorunlu olarak etkileyen olumsuz koşullar nedeniyle, patolojik gelişime (A. Freud 1974) delalet eden olgular da gözlemlenebilir. Patolojik

gelişim belirtileri, yapısal ego-bozuklukları ya da yapısal defektler ve ego-işlevlerinin az gelişmiş olmaları şeklinde kendini gösterir (Fürstenau 1977). Bu bozuklukların telafisi (Kompensation), klinik bakımdan genellikle bir önem taşımayan uyum (Anpassung) mekanizmaları sayesinde olur. Çevre koşullarının bu mekanizmaları aşırı ölçüde zorlamaları sonucunda ise, hastalık değer ve öneminde ek uyum ve korunma mekanizmalarına gerek doğar.

Bu gibi hastalıkların psikanalitik yolla tedavisi, sözünü ettiğimiz telafi mekanizmalarının anlama-kavrama ve sindirerek işlenmesi suretiyle defisit işlevlerin **sonradan olgunlaştırılması** amacına yönelik olmalıdır. Sonradan olgunlaşma sürecini hızlandırabilmek bakımından terapöt, bir anne örneği, koruyucu ve tutucu bir işlev (Winnicott 1958) üstlenmelidir. Bu işlevin içeriği şudur: Bu insanın gelişip olgunlaşmasından daha önemli hiçbir şey yoktur. Hastaya böyle bir tutum ve anlayışın varlığını gösteren işaretlerden biri, terapötün mümkün mertebe hastanın **yanında olmaya**, ona **sürekli ilgi göstermeye** çalışmasıdır. Sonradan olgunlaşma süreci içerisinde hasta yavaş yavaş terapötün bu tutumunu internalize eder.

Kendisine destek sağlayan ve onaylayıcı nitelikteki bu türden bir koruyucu kalkan, hastanın defisit işlevlerinin sonradan olgunlaşması bakımından daha başka yararlar da sağlar. Burada önemli olan, terapötün kendisini bir **"transferans duvarı"** (Fliess 1942) gibi hasta emrine vermesinden çok, hastayla bir tür diyaloga girmesi ve ona, az gelişmiş işlevlerinin olgunlaşabilmesi için gerekli bilgileri veren bir muhatap olmasıdır. Bu bilgiler, terapötün özellikle duygu ve düşünceleriyle cevap vermesi şeklinde olur; Terapötün, hastanın davranışlarına cevap olarak vereceği bilgilerin geliştirici/hızlandırıcı sonuçlar getirecek nitelikte olması gerekir (özseçici anlatım = selektive Expressivität). Bu bilgiler ayrıca yanlış anlamalara işaret niteliğinde olmalı, terapöt, hastanın dış dünya ile ilişkilerini anlatırken gözlemlediği açıklara, işlev defisitlerine (Ausfälle) dikkati çekmelidir.

Bir tedavi yöntemi olan psikanaliz, önceleri yalnızca ikili (diyadik) bir şekilde, ikili bir ilişki çerçevesinde geliştirilmiş ve bugüne kadarki uygulaması da genellikle bu ikili düzende (Setting) gerçekleştirilmiştir. Ortaya konuluşundan yaklaşık 50 yıl kadar sonra ise giderek gruplara, yani çok sayıda hastaya aynı zamanda uygulanmaya başlamıştır.

Grup analizinin bireysel analizden önemli ölçüde ayrılan yanı, bizim kanımızca, grup analizinde hazır bulunan üçüncü kişinin hem preödipal rakip hem de ödipal hasım (4) olarak tedavi kapsamına sokulmasıdır. Bir başka anlatımla, bu suretle - tedavi düzeni kanalıyla - hem her preödi-

pal nüansta parsiyal güdüyle (5) kardeşlerden birine karşı duyulan kıskançlığa, hem de ödipal hasım durumundaki ana ya da babaya karşı duyulan kıskançlığa özgü bir uyarma (Etimulierung) tedavi süreci çerçevesine alınır.

Bu uyarma, etkisini, psikanaliz ilkeleri çerçevesinde, minimal yapı (Minimalstrukturierung) koşulları altında geliştirir. Minimal yapı terimiyle anlatılmak istenen, tedavi grubunu yönetme durumundaki terapötün davranış regülasyonu bakımından girişimlerde bulunmaması, örneğin davranış kurallarından oluşan bir sistem, dolaylı yoldan bir ödev ya da çözülmek üzere bir problem ortaya koyarak grubun karşısına çıkmamasıdır. Hekimlere özgü davranışlardan beklenenden ayrı olarak - tedavide aksiyona yer verilmeksizin, transferansın dil yoluyla ve jest-mimiklerle gerçekleştirilmesi halinde - terapöt, grup yönetiminde direktifleri yeğlemekten çok, her türlü davranışı onaylayarak karşılar. Herkesin (hem id, hem de süper-ego alanından) kendi impulslerine böylesine alışılmadık şekilde gelişme olanakları sağlanması ve o zamana kadarki (yani tedavi grubuna katılanların alışageldikleri) normatif oryantasyonda değişmeler yapılması sonucunda kendini gösteren tedirginlik (Verunsicherung), grup tedavisine katılanları kendilerine göre davranış kuralları bulup geliştirme zorunluluğuyla karşı karşıya getirir. Bir başka deyişle, gruba katılanların hepsinin oryante olabilecekleri ve grubun ya da grup çoğunluğunun görüş birliğine dayalı normlar bulma gereği ortaya çıkar. Grup içerisindeki bu görüş birliği ise, grup üyelerinin görüşleri, daha doğrusu yargıları, yani süper-ego değerlendirmeleri arasında yer alacak spesifik bir yaklaşma ve uyuşma (Konvergenz) süreci sonucunda gerçekleşecektir (Heigl-Evers, Heigl ve Münch 1976).

Gruba katılanlar tarafından ortaklaşa bir şekilde geliştirilen bu normatif davranış kuralları, minimal yapı ilkesi ve buna bağlı olarak **özgür etkileşim kuralı** 6) yardımıyla grupta giderek stimüle edilen bilinçaltı davranış olanakları bakımından bir savunma işlevi üstlenirler. Tedavi grubundaki **topik katmanlar modeli** (Göttingen Modeli, Heigl-Evers ve Heigl 1973) açısından bakacak olursak, bu işlevin etkinliğini geliştirmesi, - hiç reflekte edilmemiş ya da refleksiyonu yetersiz de olsa - **görünür** ve bilinçli davranış düzeyinde olur. Bu savunma işlevinin yerine getirilememesi halinde (böyle bir olasılık, tedavi amaçlarının daha derinlemesine bir regresyon şeklinde belirlenmesi halinde her zaman için söz konusudur), regresyon derinlikleri birbirinden farklı daha başka iki düzeyde grubun **savunma gücü** niteliğinde iki olguyla karşılaşılır. Bunlardan biri, psiko-sosyal uzlaşmalar (Kompromi Bdildungen), ötekisi ise grup tedavisine katılanların bilinç dışı fantazilerinin **ego-işlevi yerine geçen** türevleri niteliğindeki ortaklaşa gündüz rüyalarıdır (bkz. Heigl-Evers 1978).

Ne var ki terapöt tedavi işlemlerini daha çok görünür ve bilinçli davranışlar düzeyinde yürütmeye çalışmakla, gruba katılan kişilerin ortak savunmasını bu düzeyde geliştirmiş olur. Bir başka anlatımla, terapöt bu durumda normatif bir davranış regülasyonunu geliştirip hızlandırmaya çalışır. Böylelikle de patojen çatışmalara karşı savunma ile birlikte defisit ego-işlevlerinin telafileri daha açık-seçik bir şekilde ortaya çıkacağı gibi, sağlıklı bir tedavi açısından da daha somut bir nitelik kazanırlar.

Normatif davranış regülasyonları olarak nitelediğimiz tedavi gruplarına özgü olguların mahiyetini anlamak bakımından, "içsel gerilim" (innerer Notstand) kavramını gündeme getirmemiz gerekiyor. Bu kavram, Sherif tarafından gerçekleştirilen sosyal-psikolojik deneylerden kaynaklanmaktadır (1936, 1973). Bu deneyleri sırasında "otokinetik etki" den 7) yararlanan Sherif, alışılagelmiş oryantasyon ve karşılaştırma olanaklarının yok edildiği nesnel ve istikrarsız bir durumla karşı karşıya kalan bireylerin, giderek, aynı durumla karşılaşan daha başka bireylerden oluşan grubun etkisinde kaldıklarını kanıtlamıştır. Bireylerin böyle bir durumda kalınca etkiye açık bir tutum içine girmelerinin nedeni, alışılmamış, yabancı ve tehdit edici buldukları durum ve etkenleri kavrayıp sınıflayabilmek için yeni bir oryantasyon şeması geliştirmek istemeleridir. Böyle bir şema daha sonra grubun öteki üyelerinin de oryantasyonunu sağlayacak bir çerçeve oluşturacaktır (Heigl-Evers ve Schulte - Herbrüggen 1977)

Sherif'in yaptığı deneyler, psikolojik algılardan kaynaklanan tedirginliklerin (Verunsicherungen) ortaya çıkardığı bir gerilimi (Notstand) konu edinmekteydiler. Tedavi gruplarına katılanların psikanalitik yolla gözlemlenebilmelerini sağlamak bakımından, daha çok sosyal psikoloji kapsamına giren bu kavrama "içsel" (Inneres) ya da "ruhsal" (Innerseelisches) kavramlarını da eklememiz gerekiyor. Çünkü daha önce açıkladığımız minimal yapı tekniğiyle tedavi gruplarında oluşturulan gerilim, ruhsal nitelikte bir gerilimdir.

Bir yandan savılan davranış olanaklarının seferber edilmesi, öte yandan da alışılagelen normatif regülasyonlara değişken nitelik kazandırılması (Labilisierung) sonucunda ortaya çıkan gerilim koşulları altındaki bir grubu oluşturan üyeler, şu ya da bu ölçüde tedirgin durum dadırlar. Bu üyelerin her biri, ötekilerin tümünden oryantasyon yardımı bekler. Bu durumu biz daha önceleri şu şekilde formüle etmiştik: Her birey hem yardım arama, hem de aynı zamanda kendisinden yardım beklenen bir bütünün parçası durumundadır (Heigl-Evers ve Schulte - Herbrüggen 1977).