



Dünden Bugüne Aktarım Kavramı

Yavuz Erten*

İçgörü Psikoterapi Merkezi

Özet

Psikanalizin yüz senelik tarihi incelendiğinde, üzerinde en çok çalışılan, hakkında en çok yazılan ve en tartışmalı kavramlardan birinin "aktarım" olduğu görülür. "Aktarım nevrozu" ve "aktarım nevrozunun yorumla çözümlenmesi" psikanalizin teknik olarak vazgeçilmez unsurlarıdır. Aktarımın klasik tanımı, hastanın geçmişindeki ilişki kalıplarının analitik ortamda bilinçsiz şekilde tekrar edilmesidir. Bu tanım, geçmişe geri çekilme, yerdeğiştirme, yansıtma ve çarpıtma gibi düzenekleri içerir. Psikanalizin bu yüzyılda yaşadığı değişim ve gelişmeler, Freud'un Dürtü-Savunma Modeli'ne alternatif bazı teorik okulların doğuşu ile sonuçlanmıştır. Bu yeni okulların aktarıma bakışı, klasik modelden farklılaşmalar göstermektedir. Özellikle Benlik Psikolojisi adı ile anılan psikanalitik okul, aktarımı, tanım ve klinik uygulama olarak çok farklı ele almaktadır. Son yıllarda konu ile ilgili çalışmalara dikkat çeken Fosshage (1994), klasik aktarım tanımını "yerdeğiştirme modeli", modern aktarım tanımını "organizasyon modeli" olarak adlandırmaktadır. Makale, aktarım kavramını yüz senelik evrim süreci içinde araştırmakta ve "yerdeğiştirme modeli" ile "organizasyon modeli"ni açıklayıp, karşılaştırmaktadır.

Anahtar sözcükler: Aktarım, aktarım nevrozu, yerdeğiştirme modeli, organizasyon modeli

Transformations in the Conceptualization of Transference

Abstract

A journey within the hundred years of psychoanalysis shows that one of the concepts which is most studied, most written about and most open to discussion is "transference". "Transference neurosis" and "analysis of transference neurosis by interpretation" are major technical elements of psychoanalysis. The classical definition of transference is the unconscious repetition of the relationship patterns of the patient's past in the analytic situation. This definition includes mechanisms such as regression, displacement, projection and distortion. The transformations and developments that psychoanalysis undergone in the last hundred years gave birth to some theoretical schools alternative to Freud's Drive-Defense Model. The conceptualization of transference by these approaches bears differences compared to the classical model. Especially the psychoanalytical school known as Self Psychology considers transference very differently both in terms of definition and clinical practice. Recently, one of the leading figures on the subject, Fosshage (1994), calls the classical definition as the "displacement model" and the modern definition as the "organization model". This article views the transference concept in its hundred years of evolution by explaining and comparing the displacement and the organization models.

Key Words: Transference, transference neurosis, displacement model, organization model

Psikanaliz ve psikanalitik psikoterapinin yüz senelik tarihi incelendiğinde üzerinde en çok fikir yürütülen, araştırma yapılan, tezler ortaya atılan ve tartışılan kavramın "aktarım" (transference) olduğu görülür. Bugün aktarım kavramı, analist veya terapist adayı olan bireyin benliğinde psikanalitik öğretinin şekillenmesi açısından, teorik ve pratik eğitim, bilgi ve formasyonun en önemli odağı haline gelmiştir. Bu yazı aktarım kavramını, geçirdiği evrimi ele alarak, değişik boyutlarda incelemeyi amaçlamaktadır.

Sigmund Freud'un aktarım hakkında 1895'te "yanlış bağlantı" adlandırmasını yaptığını görüyoruz. Ona ilk defa olarak aktarım diye bir olguyu düşündürten ve sonraki gelişmelere yolaçan iki olay Anna O. ve Dora vak'alarıdır. 1890'lardaki bu iki vak'ada hastaların analistlerine erotik bir şekilde bağlanmaları, psikanalizin o günkü teknik işleyişini ve amaçlarını engelleyen bir etken olarak görülmüştü (Aronson, 1986).

O günlerde Freud'un canını sıkan bu durum, daha farklı bir bakış açısıyla yeniden değerlendirilince, psikanalizin en değerli aracı haline geldi. Freud (1905) "psikanalizin en büyük engeli sanılan aktarım, artık onun en kuvvetli müttefiği oluyor" diyordu.

Aktarım klasik anlamda şöyle tanımlanmaktadır: Erken çocukluktaki önemli nesne ilişkilerinden kaynaklanan düşünce, duygu ve davranış kalıplarının, yeni ilişkilerde ve özellikle analitik ortamda bilinçsiz şekilde tekrar yaşanması (Lane, 1986). Bu ilişki kalıplarının arzular, çatışmalar ve savunmalarla renklendiğini unutmamak gerekiyor. Bu "bilinçsiz şekilde tekrar yaşama"da, yansıtma, yerdeğiştirme,

çarpıtma ve geçmişe geri dönme düzeneklerinin işlevsel olduğunu görüyoruz (Fosshage, 1994).

Bu tanımda temel olarak vurgulanan, eski ilişki kalıplarının yeni ilişkilerde bilinçsiz tekrar etmesidir. Yeni görüşler bu "tekrar etme ve tekrar yaşama" kavramının doğru anlaşılması gerektiğine dikkat çekmektedirler. Bilinçaltındaki dürtü, savunma ve çatışmalar değişmeseler de, ortaya çıkan aktarım süreçleri, geçmişteki kalıplarla birebir benzerlik içinde olmayabilir. Yeni ilişkilerde ve özellikle aktarımda farklı duygu, düşünce ve davranış kalıpları görülebilir. Ancak, aynı hammaddenin değişik bileşkelerle kendini ifade etmesi doğaldır. Bu farklı görünen kalıbın arkasında, geçmişteki ilişkileri "şimdi"ye değişik bir versiyonla yansıtan bir aktarım süreci düşünülmektedir (Meyers, 1986). Aslında, bir analistin veya analitik terapistin çabası, doğrudan geçmişteki ilişkinin dinamiklerini öğrenmek değildir. O, dün ile bugünün kesişmesinde çalışır. Geçmişin gerçekten ne olduğu onun için önemli değildir. Hastayla paylaştığı alanda dün bugünü, bugün dünü belirlemektedir.

Günümüzde, bazı kuramcılar, terapistin geçmişin dinamiklerini tam olarak anlayıp (öğrenip), bunu hastanın bilincine kazandırması durumunda gerçek hedefine ulaşacağı inancını sürdürmektedirler. Bu, 19. yüzyıl psikanalizin, hipnoz yönelimli, arınma hedefleyen karakterinin bir kalıntısıdır. Hastanın geçmişi şüphesiz önemlidir. Ancak, ilgilenilen geçmiş, "şimdi"nin geçmişidir (Schwaber, 1983).

Aktarımın modern görüşlerle değerlendirilmesiyle, iki model ortaya çıkmıştır: a) Aktarımı bir yerdeğiştirme olarak gören "klasik model" (Bu model, kendi içinde yansıtma, çarpıtma, geçmişe geri dönme ve yerdeğiştirme me-

kanizmalarını barındırır); b) Hastanın yaşantısının algısal-bilişsel-duygulanımsal organizasyonu üzerinde odaklanan "organizasyon modeli". Bu model geçmişin etkilerini inkar etmemekte, ancak yaşamın yeni şartlar yaratarak sürekli yeni organizasyonlar gerektirdiğini, eskiyle yeninin beraberce aktarım ilişkisinde sentezlenmiş üretilere yol açtığını, bu üretimin zihinsel şemalarla algılandığını ve anlamlandırıldığını iddia etmektedir (Fosshage, 1994). Psikanalitik kuramın pek çok sahasında olduğu gibi, bu iki model arasında, "doğruluk / yanlışlık" ikileminde bir seçim yapmak gereksizdir. İki model de açıklamak için araçlardır. İki model arasındaki gerilim ve çekişme sentezler yaratacaktır. Bu iki modelin ayrıntılı olarak ele alınmasını bu yazının son bölümünde bulacaksınız.

Freud ve Aktarım

Freud (1915) aktarımın sadece psikanalitik ilişkiyle sınırlı olmadığı görüşündedir. Ona göre tüm önemli ilişkilerde, özellikle romantik ilişkilerde aktarım süreçleri yaşanmaktadır. Analistin titizlikle oluşturduğu ve anonim olma, hastanın çatışan yönleri arasında taraf olmama ve dürtülerini doyurmama gibi ilkelerle koruduğu analitik ortam, analiz odasındaki aktarımı diğer ilişkilere göre, daha yalıtılmış, kesintisiz ve berrak bir duruma getirmektedir.

Aktarımın bu haliyle ortaya çıkışı ve daha sonrasında, hastanın analistle ilişkisinde aktarım nevrozunu yaşamaya başlaması bir "yeniden üretim"dir. Hasta, sorunlarının temelindeki bilinçaltı çatışmayı analistle ilişkisinde yeniden üretmiştir. Analistin üzerinde çalışması gereken oluşum, bu çatışmadır. Freud (1917) bu oluşuma

"aktarım nevrozu" der ve onu "suni olarak yaratılmış aktarım hastalığı" olarak tanımlar.

Klasik psikanalizin aktarıma bakışı ve Freud'un doğruları, en genel anlamda psikanalitik kuramın doğruları olmakla beraber, teorisinin tüm alanını kapsamaz; daha çok kuramın dört ekolünden ilki olan Dürtü-Savunma Ekolü'nün sınırları içinde kalır. Dürtü-Savunma Ekolü'ne göre, analistin yorumları ancak aktarım nevrozu oluşuktan sonra iyileştirici ve değiştirci etkiye sahiptir. Klasik psikanalizde sağaltım aracı analistin sözel müdahaleleri, yorumlarıdır. Bu araç kullanılarak, bir taşla iki kuş vurulur. Hasta hem kendisi hakkında bilgi sahibi olur ve içgörü kazanır, hem de sorunu giderilir. Klasik psikanalizde bilgi (içgörü), güç ve esenliğe giden yoldur.

Freud aktarımın, analitik ortamda bir direnç olarak ortaya çıkışına kadar yorumlanmamasını öğütler. Bu arada, başka bir değişkene dikkat çekmektedir. Yoruma gelmeden önce, analistle hasta arasında güvene dayalı bir bağ kurulmuş olmalıdır. Bu bağ, daha sonra işbirliği ve terapötik ittifak adlarını alacak kavramların çekirdeğinde yer alır. Bu kavramların işaret ettiği bir başka değişken, hastanın kendisine ve sorununa ne kadar mesafe kazanabildiğiyle (ego-distony) ilişkilidir. Analistin ego'su ile, hastanın kendisine nesnel bakabilen ego'sunun ortaklığı gerekli şarttır. Freud'a göre böyle bir şart yerine gelmeden analizi başarıyla yürütmek çok zordur.

Freud aktarım süreçlerinin cinsel ve saldırgan dürtülerin bir ifadesi olduğu görüşündedir. Analistin, hastaların dürtülerinin yatırım nesnesi (arzu nesnesi) olması ve bu arzunun yarattığı çatışmaya karşı kullanılan savunmaların varlığı yorumlanmalıdır (Freud, 1920). An-

cak, bu müdahale acele ile yapılacak bir şey değildir. Analitik ortamda, önce geçmişe yönelik olmayan ve sadece dirençlere odaklanan yorumlar yapılır. Aktarım nevrozu tam olarak kristalize olup, analiz odasında (veya dışarıda) hastanın da dikkatini çekecek belirginlikte algılanmaya başlayınca, geçmişle bugünü, hastanın geçmişindeki önemli figürlerle analisti ve yeni ilişkilerdeki dinamikleri (arzu-savunma-çatışma üçgeni) bağlantılandıran yorumlar yapılır. Tüm bu süreç uzun zaman alacaktır. Haftada dört veya beş seanstan, senelerce sürecek bir analizin sonucunda bu noktaya ulaşılabilir.

Dışavurum

Hastanın aktarım nevrozu aşamasında en sık kullandığı dirençlerden biri dışavurumdur (acting-out veya acting-in). Hasta bastırıldığını ve unuttuğunu bellekte değil, yaşamında hareket ve davranışları ile yeniden üretir. Bu hareket ve davranışları bilinçli değildir (Freud, 1914). Dışavurumlarda sınırlı ve geçici bir yargı ve gerçeklik sınaması zayıflaması bulunur. Dışavurumlar, hastaların alışılmış çizgilerine aykırı gözükecek derecede tuhaf ve akıldışı davranışlardır (Meyers, 1986). Freud (1920) teknik olarak, analistin, aktarım nevrozunu olası olduğunca hastanın belleğinde, bilişsellikte sınırlamasını ve yaşantısal tekrarlara elinden geldiğince engel olmasını şart koşar. Bu dışavurumlar analiz süresince bir değil, birçok kez yaşanabilir. Dışavurumlar ego-sintoniktirler, hasta kendisine mesafe kazanıp, bu deneyimleri dışarıdan değerlendiremez.

Hastanın dışavurumları terapistler için başedilmesi zor deneyimler olmakla birlikte, yorumlanıp, aktarım bağlantıları kurulduğunda çok değerli sağaltım fırsatlarına dönüşebilirler. Dışavurumları rüyaya benzetmek olasıdır. Nasıl

ki kişi rüyasında bilinçaltındaki arzu ve çatışmayı deneyimlemektedir ancak semboller ve yerdeğiştirmelerle bunun bilincinde değildir, dışavurumda da hasta bu arzu ve çatışmayı yaşamında hareketle ifade etmektedir. Çoğu zaman terapistin bu hareketleri bir rüya gibi deşifre etmesi gerekir.

Literatürü incelediğimizde, dışavurumun sadece bu anlamda değil, daha değişik anlamlarda da kullanıldığını görürüz. Dikkatini özellikle ağır kişilik bozuklukları üzerinde odaklayan Nesne İlişkileri Ekolü'nün dışavurum anlayışı, saldırganlığı ön plana çıkarır (Kernberg, 1976). Kernberg bu tip dışavurumun aşırı saldırganlığın ürünü olduğunu düşünmekte ve hastaların dışavurumlarının kontrol altına alınmasını öngörmektedir. Kernberg ve onu izleyenlerin 'Kontratlı Terapi' anlayışları, sınır kişilik hastalarının terapileri sabote eden dışavurumlarını engellemek amacı ile geliştirilmiştir.

Özellikle ergenlerde görülen şekilde dışavurumun, bir çatışma ürünü değil, özel bir iletişim yolu olduğu da iddia edilmektedir. Çocuklukta ketlenmiş öğrenme süreçlerinden kaynaklandığı iddia edilen bu dışavurum şekli ile başa çıkmak için yorum değil, eğitimin kullanılması önerilmiştir (Gedo, 1986).

Oidipus-Öncesi ve Analitik Kuram

Freud'un ilgilendiği patoloji nevrozdur. Geliştirdiği ve uyguladığı teknik de öncelikli olarak nevroz için geçerlidir. Freud psikanalizin herkes için uygun bir tedavi olmadığını düşünür (Freud, 1937). Freud sonrası gelişmeler ve içinde dört ekolü barındıran daha geniş bir Analitik Kuramın şekillenmesiyle beraber, nevroz dışındaki patolojiler de terapi odasında yerlerini almaya başlamışlardır. Oidipal dönem çatışma-

larından kaynaklanan nevroz, klasik psikanalizin endikasyonu olarak kalırken, Oidipus-öncesi dönemden kaynaklandığı düşünülen patolojilerin sağaltımını hedefleyen analitik terapi yaklaşımları sahnede yerlerini almışlardır. Nesne ilişkileri ve Benlik Psikolojisi ekolleri bu gelişmede söz sahibidirler.

Nesne ilişkileri Ekolü'nün en kuvvetli ismi Otto Kernberg, diğer pek çok Nesne İlişki teorisyeni gibi; Freud'çu olduğunu yinelemektedir. O, klasik görüşten teori ve pratikte farklılaşmasını, Freud'un üzerlerinde fazla çalışmadığı Oidipus-öncesi patolojileri dikkate almasına bağlamaktadır. Analitik Kuramın bütünü içinde ve Dürtü-Savunma Ekolü ile ilişkisinde, Nesne ilişkileri Ekolü'ne göre daha köktenci görünen Benlik Psikolojisi Ekolü'nün kurucusu Heinz Kohut, geliştirdiği teoriyi, Freud'un teorisinin "tamamlayıcısı" olarak görmektedir (Kohut, 1977). Ancak, Kohut sonrasında, onun ekolünde teori geliştirenler içinde köktenci görüşler son yıllarda aşırılaşmaya başlamıştır. Öyle görünmektedir ki, Freud'un kuramı ile tüm köprüler birer birer atılmaktadır (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987).

Bu köktenci teorisyenleri istisna olarak kabul edersek, Analitik Kuramın genelinde tutum bellidir: Oidipus dönemini ve patolojilerini Freud'a bırakmak, ancak Freud tarafından üzerinde terapötik olarak çalışılmamış Oidipus-öncesinde kırankırana savaşmak. Bu durumu, oğulların babayı öldürmedikleri, ancak kendilerine ayırdıkları sahada baba kadar kuvvetli olmayı istedikleri bir savaşa girişmelerine benzetebiliriz. Bugün, Analitik Kuram içindeki gelişmelerin en ateşli güdüleyicisi, iki oğul (Kohut-Kernberg) arasında süregelen savaştır. Kernberg'ün sağ, Kohut'un ölmüş olması,

Kernberg'e bir avantaj sağlar gibi görünse de, Kohut'un mirasçılarının cesaret ve enerjileriyle kuvvetler eşitlenmiş gibidir.

Dürtü-Savunma Ekolü'nün Aktarıma Bakışı ve Freud

Madde madde belirtmek gerekirse, a) Dürtü-Savunma Ekolü'nün teknik yaklaşımı olan klasik psikanaliz; b) Oidipus döneminden kaynaklanan patoloji olan nevroz; c) onun psikanalitik sağaltımı için şart olan analitik ortam yeniden üretimi - aktarım nevrozu; ve d) sağaltım aracı olarak, bu aktarım nevrozunun analistin yorumlarıyla çözülmesi birbirinden ayrılmaz bir dörtlü gibi görülmektedir (psikanaliz-nevroz-aktarım nevrozu-yorumla sağaltım). Son yıllarda bu dörtlü üzerine pek çok fikir yürütülmüş, aralarındaki bağlar sorgulanmıştır.

Dürtü-Savunma Ekolü'nün tekniği klasik psikanaliz, aktarım nevrozunun gelişmesi ve çözümlenmesini içerdiği için, çok uzun süren bir sağaltım olarak tanımlanır. Bu böyleyken, Freud'un en uzun analizinin dokuz ay sürmesi kafaları karıştırmıştır (Sifneos, 1972; Sifneos, masterson ve Tolpin, 1991). Aktarım nevrozunun gelişmesi için analistin kesinkes uyması gereken ilkeleri (tarafsız olma, anonim olma ve dürtüleri doyurmama) altını çizerek vurgulayan Freud'un hastalarına bir baba gibi davranmış olması, kendi söylediklerine ters düşer durumdadır. Freud'un kendi kızı Anna'yı analize almış olması analitik ilkeler açısından açıklanması oldukça zor bir gerçektir (Kanzer ve Glenn, 1980).

Freud'un nevroz tanısı koyduğu ve analize aldığı bazı hastaların bugünkü değerlendirmelerle, Freud'un sandığından daha ağır patolojilerle,

lerden muzdarip oldukları düşünülmektedir. Fare adam ve kurt adam vak'alarının nevrozdan ziyade sınırkişilik patolojileri olduğu ileri sürülmektedir (Aronson, 1986). Freud'un pek çok vak'asında, sağaltıcı etki olarak, yorumdan çok, hastaların gözünde "Freud gibi" bir kişinin insani etkilerinin bir idealize aktarım çerçevesindeki gücü vurgulanmaktadır (Blum, 1974).

Tarihsel Süreçte Aktarım Kavramındaki Değişmeler

Analitik Kuram, yüz senelik evrimleşme süreci içerisinde, sadece Oidipus kökenli sorunları değil, Oidipus öncesinden kaynaklananları da dikkate almaya başlamıştır. Artık aktarımdan anlaşılan, sadece aktarım nevrozu değildir.

Alexander ve French (1946) ilk defa olarak "düzeltici duygusal deneyim" diye bir kavramı ortaya atarlarken, aktarıma, aktarım nevrozu anlayışı dışında bir bakışla yaklaştılar. Bu kavramın işaret ettiği, daha önceleri aktarım manipülasyonu olarak adlandırılan ve Dürtü-Savunma Ekolü'nce tarafsızlık ilkesine tecavüz olarak görülebilecek bir dinamikti. Alexander ve French'in çalışması psikanalitik tekniğe alternatif olarak gelişecek "Dinamik Psikoterapi" kavramının resmi doğum tarihi olarak görülebilir. Bu doğum, Rangell (1954), Bibring (1954), Gill (1954), Winnicott (1956) ve Zetzel'in (1956) çalışmalarıyla daha belirgin hale geliyordu.

Winnicott (1956) erken çocukluğunda annesinden yeterince ilgi, yakınlık ve kabul görmemiş hastaların, teknikte bazı değişiklikleri zorunlu hale getirdiklerini iddia ediyordu. Winnicott'a göre, terapist yorumu ancak, hasta bir aktarım nevrozuna girerse kullanabilirdi. Böyle bir aktarım sürecini yaşamayan hastaların

terapistleriyle ilişkilerinde, yorumdan başka değişkenler ve müdahalelerin düzeltici, sağaltıcı etkileri vardı.

Bu gelişimin kökeninde, 1940'lardan başlayarak Analitik Kuramda etkisini hissettirmeye başlayan Britanya Ekolü'nü görüyoruz. Özellikle, Klein ve Fairbairn'in çalışmaları aktarıma, terapötik müdahalelere, patolojiye ve etyolojiye bakışta ve Psikanaliz ile Analitik Psikoterapi arasındaki farklılaşmanın oluşumunda etkili oldu (Greenberg ve Mitchell, 1983). Nesne İlişkileri Ekolü'nün önderleri sayılabilecek Klein ve Fairbairn'in, aktarımın modern anlayışı üzerindeki etkileri açıktır.

Fairbairn, Dürtü Ekolü'nün cinsel ve saldırgan dürtülere verdiği önemi eleştirip, çocuğun ilişki kurma, ilişkiye geçme dürtüsünü ön plana çıkarmıştır. Ego ve nesnenin çeşitli sebeplerle bir bölünmeye uğramış olmasının ilişkiye getirdiği yükü ve bu bölünmüş ilişki kalıplarını aktarımda izlemeye önem verir. Ona göre, modern yaşam anne-çocuk ilişkisine zarar vermiş, bu bağı gevşetmiş veya sapsmalara uğratmıştır. Terapist hastanın aktarımında bu gevşemiş, sapsmış veya bölünmüş bağı deneyimler ve müdahalelerini yapar. Terapist aktarımı, bir takım mitolojikleşmiş içgüdü şekillenmeleri ile değil, bizzat hasta ile analist arasındaki ilişkinin gerçekleri ile açıklar, anlamlandırır ve izler (Greenberg ve Mitchell, 1983).

Melanie Klein ise, klasik teoride 3-6 yaşları arasında yer aldığı inanılan Oidipus devresinin yaşamın daha erken dönemlerinin gerçeği olduğunu iddia etmiştir (Klein, 1932). Bebeğin annesiyle ilişkisinde yaşadığı haset ve şükran duygularıyla başederken kullandığı savunmaların psişik yapılanmasındaki etkilerini incelemiştir. Paranoid-şizoid ve depresif durumlar adını

verdiği oluşumların, ağır kişilik patolojilerinin şekillenmelerinde rolleri olduğu iddiası bugün de kabul görmektedir. Melanie Klein'in teorisinin bugünkü aktarım kavramına önemli katkısı, Fairbairn'in iddia ettiğine benzer şekilde, hastanın, psişik yapılanmasında bir bölünmeye uğraması ve bunu ilişkilerinde bir karmaşa yaratır şekilde yaşamasıdır. Bu bölünmenin temelinde varolan, çocuğun anneye ilişkisinde yaşadığı, birbirine karşıt duygu ve dürtü yükleriyle oluşmuş iyi ve kötü nesne oluşumlarıdır. Terapist hastayla ilişkisinde aktarımı izlerken, bu oluşumları kendisine yansıtılmış halleriyle deneyimler ve yorumlar (Greenberg ve Mitchell, 1983).

Klein ve Fairbairn'in ve onları izleyenlerin çalışmalarıyla, Britanya Ekolü "şizoid insan"ı (yarılmış, bölünmüş insan) tanımladı. Bu insan tiplmesi, Freud'un betimlediği, çatışmalı "nevrotik insan"dan farklıdır. Şizoid insanın sorunu, birincil olarak cinsel kökenli değil, ilişkiseldir. Cinsel görünümlü sorunlarda bile, aslında cinsellik amaç değil, araç olarak devreye girmektedir. Freud'un nevrotik insanında, temel psişik yapılarda bir arıza, eksiklik bulunmaz; bu yapıların bir ürünü olarak kendini gösteren cinsel kökenli çatışma sorun yaratır. Oysa, şizoid insan temel psişik yapılanmasında eksikliklere, tahribata ve bölünmelere maruz kalmıştır. Kohut (1977) nevrozlulara "suçlu insan"; Britanya Ekolü'nün şizoid insanına benzer bir karakter olan narsisistik insana da "trajik insan" der. Britanya Ekolü ve onun mirasçısı Nesne İlişkileri Ekolü, dikkatini Oidipus-öncesine çevirmiştir ve Freud (1937) tarafından "analiz edilemez" olarak değerlendirilen hastaları terapiye almaya başlamıştır.

Bu hastaların aktarım süreçleri nevrozlulardan farklıdır. Üzerinde uzlaşmaya varılan nokta, egolarının yeterince kuvvetli olmamasıdır. Dürtüleri kontrolde, kaygıyı tolere etmede, hazzı ertelemeye ve süblimasyonda zorluk yaşarlar. Savunmaları nevrozluların kullandığı düzenek olan bastırma değil, daha çok ayırma, yansıtma, inkar, herşeye-gücü-yeterlik, değersiz kılma, yüceleştirme gibi ilkel savunmalardır. Dışavurumları daha sık, daha sert, zaman zaman kendilerine ve çevrelerine zarar verici niteliktedir. Dışavurumu, nevrozlularda görüldüğü şekli ile, çatışmayı bilinç dışında tutmak için başvuru bir psişik manevra olarak değil, iç dünyalarındaki terör ve boşlukla mücadele etmek ve kendilerini canlı tutmak, yaşamda hissetmek için başvurdukları bir yol olarak kullandıkları düşünülmektedir (Stolorow ve Lachman, 1980). İlişki kurmakta zorlanırlar. İlişki olarak adlandırdıkları, ya tamamen bağımlılık geliştirdikleri ve özerkliklerini kaybettikleri esaretler, ya da "yalan benlik"ler aracılığıyla, kendilerini hiçbir zaman ortaya koymadan, rolden role girerek, duygulardan kaçarak oluşturdukları "ilişkiklikler"dir (Masterson, 1988).

Özellikleri yukarıda belirtilen hastanın karşısına, Dürtü-Savunma Ekolü'nün çizdiği hasta tiplmesi ve bu hasta tipine uygun aktarım beklentileri ile çıkan terapistin zorlanması, ürkmeye kaçınılmazdır. Terapist, olası terapinin en önemli aracı aktarımı nerede arayacağını, nasıl başa çıkacağını, hatta bu hastalarda aktarımın ne demek olduğunu bilmeden çaresiz bir şekilde düşünmeye başlar: Ne yapmalıdır ?

Dürtü-Savunma Ekolü'nün yaptığı gibi, bu hastaları tedaviye almamak bir yoldur. Ya da çalışmaya girişmek; hastanın aşırı saldırganlığı, zaman zaman sıkıcı boyutlara varan talepkarlığı,

manipülasyonları ve ilkel savunmalarıyla uğraşmak; bir taraftan da, tüm bu süreçlerin kendisinde yarattığı karşı aktarımı okumak ve nötralize etmek bir başka seçimdir. Britanya Ekolü'nün cesur terapistleri ikinci yolu seçmişler ve Analitik Kuram bu seçimden çok şey kazanmıştır.

Bu tip hastaların aktarım süreçlerinde şöyle bir farklılık görülür: Nevrozlu hastalarda erken dönem nesne ilişkilerinin terapi odasında yaşanıp algılanabilmesi, bir başka deyişle aktarım nevrozunun oluşabilmesi için uzun süren bir hazırlık ve bekleme dönemi gerekir. Bu süreç, terapist açısından durağan ve pasif bir devre gibi görünmesine karşın, temel ilkelerle uyumlu çalışan terapistin, hastanın gerçeğini asgari düzeyde etkilemiş olmasının hareketsiz bir etkinlik olduğunu unutmamak gerekir. Hasta bu sürecin sonunda terapi ortamında ve terapistle ilişkisinde erken döneminde yeralan çatışmasını yaşamaya başlar. Oysa, Britanya Ekolü'nün betimlediği hasta tipi daha ilk seanstan, bir aktarım sürecini deneyimlemeye ve de terapistle deneyimletmeye başlamıştır. Erken dönem nesne ilişkileri, nesne ve benlik temsilleri ve duygulanım yükleri terapi ortamını ve terapisti kapsamaya başlamıştır. Greenberg ve Mitchell (1983) bu durumu şöyle bir benzetme ile açıklarlar: Bir yiyecek ağız yoluyla alınır ve bir zaman sonra metabolize edilir. Ayrışan elementler değişik şekil ve kanallarla kana, ete, kemiğe katkıda bulunur. Eğer elimizde olsaydı da, bu işlemin tersini yapabilseydik, elementleri tek tek katkıda buldukları dokulardan, kandan geri toplayıp midede birleştirip, yiyeceği tekrar oluşturma başarısı gösterip, ağızdan geri alabilseydik... Psikanaliz, organik olarak olanaksız görünen bu işlemin psişik olarak yapılabileceğini ispatlama gayretindedir. Kişinin çocukluğun-

da algıladığı, etkilendiği, içselleştirdiği ve metabolize ettiği izlenimler psişik yapının katmanlarında kökensele özelliklerini kaybetmişlerdir. Çeşitli sentezleme, süblime etme ve birleştirme işlemlerinden sonra ortaya çıkan oluşum, onu ortaya çıkaran temel unsurlardan çok farklı bir görünümde olabilir. Bir parça peynir ile kaval kemiği arasında ne ilişki olabilir? Ancak bakan göz ve bilgili zihin ilişkiyi görebilir veya sezebilir.

Dürtü-Savunma Ekolü'nün analitik ortamda aktarım nevrozunu oluşturma gayreti ile başarmaya çalıştığı, psişik yapının bütünlüğü içinde kökensele anlam ve etkilerini yitirmiş izlenimleri ve nesne ilişkilerini, analiz odasında tekrar üretmek ve metabolizasyon işleminin tersini yapmaktır (demetabolization). Bu işlem oldukça uzun ve zahmetlidir. Britanya Ekolü ve onun günümüzdeki izleyicileri Nesne İlişkileri Ekolü'nün kuramcılarının ilgilendiği hasta tipinde, nevrozlulara nazaran psişik yapılarında bütünlük, sağlamlık, oluşum ve ayrışım tam olarak başaramadığı için, metabolizasyonun da gerçek anlamda bitirilemediği görülür. İzlenimler, deneyimler, "ben ve diğerleri" imgeleri ve bunların duygulanım yükleri ve dürtü türevleri, neredeyse ilk yaşantılandıkları tazeliğiyle elde edilebilir, algılanabilir ve incelenebilir durumdadırlar. Peynir ağızda olmasa bile, boğazdadır ve az bir çabayla ağızdan çıkartılır. Hasta çok hızlı bir şekilde aktarıma girer. Daha ilk seanstan öfke, haset, yas duygulanımları, oral ve anal fanteziler, ilkel savunmalar, dışavurumlar terapistin önüne yığılmaya başlar. Erken dönem nesne ilişkisi dinamikleri terapi odasında yaşanmaktadır.

Bu tür aktarım reaksiyonlarının, yorumlara nevrotiklerde olduğu gibi yanıt vermeyeceği

iddia edilir. Terapistin "şimdi ve burada"yı ön plana çıkardığı, klasik yaklaşıma göre daha aktif ve destekleyici bir tutum sergilediği bir yaklaşım önerilmektedir. Analitik terapiyi bir doğru üzerindeki bir süreklilik olarak kabul edersek, bir kutupta destekleyici-dinamik sağaltım, diğer kutupta ise psikanaliz vardır. Genel anlayış bu tür hastaların sağaltımının, psikanaliz kutubuna yakın yaklaşımlar ile mümkün olmayacağıdır (Gabbard, 1994). Özellikle son 30 senede bu hastalara, onların aktarım reaksiyonlarına gösterecek yaklaşım üzerine büyük bir tartışma yaşanmaktadır (Pine,1985,1990). Kohut ve Kernberg bu tartışmanın iki önder isimidir. Britanya Ekolü, Nesne İlişkileri Ekolü'nün temellerini atmış, ancak sürekliliğini bugünlere taşıyamamıştır. Bu ekol bugünkü dinamizmini tamamen A.B.D.'deki gelişmelere borçludur.

Modern teoriler Oidipus-öncesi patolojiyi iki türlü açıklarlar: Çatışma ve gelişimsel duraksama. Tam bir homojenlik içinde olmasa da, Nesne İlişkileri Ekolü daha çok çatışma üzerinde durur. Benlik Psikolojisi Ekolü ise gelişimsel duraksamanın altını çizer (Stolorow ve Lachmann, 1980).

Kernberg'e göre, Oidipus-Öncesi patolojilerde nesne sabitliğine ulaşamamıştır. Cinsel dürtü yatırımı iyi nesne temsilleri ile, saldırgan dürtü yatırımı kötü nesne temsilleri kendi içlerinde; cinsel dürtü yatırımı iyi benlik temsilleri ile, saldırgan dürtü yatırımı kötü benlik temsilleri de kendi içlerinde bir bütünleşmeye girememişlerdir. Hasta, savunma olarak bu temsilleri birbirinden ayrı tutar. Kernberg'e göre, bu durum psişik yapının oluşumunda bir aksamaya yol açar. Psişik yapının ben, alt-ben ve üst-ben üçlemesi, nevrozlularda olduğu şekli ile ortaya çıkmamıştır. Ancak bu yapısal aksaklık, patolo-

jide, Kohut'un (1977) anladığı anlamda bir gelişimsel duraksama olarak değil, yine çatışma olarak kendini gösterir. Ne var ki, bu çatışma nevrozlularda olduğu gibi bastırılan ile bastırılanın arasında değil, ayrı tutulan iyi ve kötü temsillerin arasındadır (Kernberg, 1976).

Kernberg kendi yaklaşımı ekspressif psikoterapide aktarımın daha ilk seanstan başlayarak gündemde olduğu görüşündedir. Hasta ayırma savunması ile kendisi ve terapistle ilgili temsillerini, izlenimlerini, deneyimlerini birbirinden ayrı tutmaktadır. Kernberg'e göre, bu hastalarda, nevrozlularda görüldüğü şekliyle, çeşitli sentetik işlevleri olan bir ego yoktur. Kernberg'ün deyimiyle iyi ve kötü temsillerin oluşumuna katkıda buldukları ayrı ben durumları vardır. Hasta, kendisi ve terapist hakkında, birbiriyle çelişkili görünen, ancak ikisi de bilinç düzeyinde varolan "iyi" ve "kötü" yaşantılamalara sahiptir. Terapist genetik ve geçmişe yönelik yorumlara yönelmeden "şimdi ve burada" yorumlarını kullanıp iyi ve kötü temsillere yönelik ayırma savunmasına dikkat çeker. Bu yorumlar bir gelişim sağlanıncaya kadar tekrar tekrar yapılır. Birbirinden ayrı tutulan temsillere yönelik bu yorumlar hastada çatışmaya ve dolayısıyla kaygıya yol açar. Hasta bu arada sadece ayırma savunmasını değil, bir dizi başka ilkel savunmaları da kullanır. Bunların içinde en önemlisi yansıtmacı özdeşleşmedir. Kernberg'e göre, hasta kendisine "iyi" temsilleri saklayıp, "kötü" temsilleri terapistte yansıtır ve terapisti "kişilerarası baskı" ile bunlarla özdeşleşmeye zorlar. Bu da bir tür ayırma mekanizmasıdır. "Kişilerarası baskı" ile kastedilen ise, bu tip hastaların terapistleri soktukları zor durumlar, provokasyonlar, manipülasyonlar ve sınamalardır (Kernberg, 1976).

Terapistin ısrarlı bir şekilde tekrar ve tekrar "şimdi ve burada" aktarım yorumlarını kullanarak iyi ve kötü temsillerin bütünleşmesini sağlaması ile, hastanın psişik yapı oluşumu ortaya çıkmaya başlar. Nesne sabitliği sağlanır. Hastanın ben-kimliği belirginleşir ve sağlamlaşır. Ancak bu noktadan sonra, nevrozlularda görülen şekliyle bir çatışma ve aktarım nevrozu yaşanabilir. Kernberg aktarımı ilkel savunmalar ve ilkel savunmaların üzerlerinde etkili olduğu nesne ve benlik temsilleri ile açıklar ve izler. Kendini sürekli olarak Freud'çu olarak tanımlayan Kernberg için nevrozik aktarım (aktarım nevrozu), Oidipal dönemdeki arzu ve savunma arasındaki çatışmanın terapistle ilişkide tekrar yaşanmasıdır. Aktarım nevrozu tam anlamıyla kristalize olduktan sonra genetik yorumlarla çözümlenir. Oysa Oidipus-Öncesi patolojilerdeki aktarım süreçlerinde, çatışmaya karşı kullanılan ayırma, yansıtmacı özdeşleşme gibi ilkel savunmalar-nesne sabitliği ve ego-kimliğinin oluşumu ve kuvvetlenmelerine kadar- sadece "şimdi ve burada" yorumları ile izlenirler. Nevrozlularda terapist, aktarım nevrozunun bütünü ile oluşumuna kadar pasif ve sessizdir; mümkün olduğunca yorumdan kaçınır. Oysa, Oidipus-Öncesi patolojiyle uğraşan terapist, daha ilk seanstan başlayarak aktiftir, seans odasındaki durumu izler, soru sorar ve genetik olmayan yorum yapar; adeta hastayı ilişkiye zorlar. Hastanın ilişkide yaşadığı zorluklar, yaşantılar, duygu durumları, savunmalar ve bunların hepsini içeren aktarım reaksiyonları sürekli izlenir ve "şimdi-ve-burada" yorumlanır.

Kohut için Oidipus-Öncesi patolojinin kaynağı gelişimsel duraksamadır. Kohut'u izleyen Benlik Psikologları Oidipal patolojinin oluşumu için de Oidipus-Öncesi'ni, bir başka deyişle, gelişimsel duraksamayı sorumlu gör-

mektedirler (Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987).

Benlik Psikologlarına göre, benlik (self), benlik-deneyimine (self-experience) uyum ve süreklilik kazandıran bir yapıdır. Benlik, gelişimle, arkaik yapısından farklılaşıp, uyumlu, sürekli ve sağlam bir yapıya ulaşır. Bu gelişim Kohut tarafından tanımlanmış üç hat üzerinde benlik nesnelereyle (self object) ilişki sonucu oluşur. Hatlardan ilkinde çocuk, benlik nesnesi (daha çok anne) ile ilişkisinde teşhirci-büyüklenmeci gereksinimlerinin doyurulmasını bekler. Benlik nesnesi bu hatta çocuğun gurur, başarı isteği, etkinlik, haz veren heyecan gibi duygulanımlarının kabul ve onaylama ile yumuşatılarak benlik deneyimi ile bütünleşmesine yardım eder. Bu yardım aynalama (mirroring) (Kohut, 1977) ve duygulanım hassas-ayar (affect attunement) (Stern, 1985; Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987) ile yapılır. Bu hatta çocuk benlik nesnesine şöyle sesleniyor gibidir: "Ben mükemmelim ve sen bana hayransın ..." İkinci hat idealizasyon hattıdır. Bu hatta benlik nesnesi daha çok babadır. Benlik nesnesi kaygı, korku, incinebilirlik gibi duygulanımların yatıştırılarak benlik deneyimi ile bütünleşmesine hizmet eder. Çocuğun idealize etme gereksinimlerine yoğun olarak sahne olan bu hatta çocuk benlik nesnesine "Sen mükemmelsin, ben de senin parçanım..." der gibidir. İlk hatta hırs- lar, tutkular, ikinci hatta idealler olgunlaşarak pekişir ve gelişmiş benlik yapısının oluşumuna katkıda bulunurlar. Kohut, insan yapısını iki kutuplu olarak görür. Bu durumu "iki kutuplu benlik" olarak tanımlar. Bir kutupta hırs- lar ve tutkular, diğer kutupta ise, idealler ve değerler vardır. İnsanın psişik süreçleri bu iki kutup arasındaki gerilime tabidir. Kohut bu gerilimi

“gerilim yayı” olarak adlandırır. Kohut ölümünden sonra 1984’te yayınlanan “Analiz nasıl sağaltır?” adlı eserinde, üçüncü bir gelişim hatından söz etmiştir. Bu “ikizlik” hattıdır. Bu hatta, benlik nesnesi çocukta benzerlik, yakınlık ve aynılık hisleri yaratır. Çocuk dünya üzerinde “kendisi gibi olan”, “kendisine benzeyen” birini bulmuştur. Benlik nesnesi ile bir ekip oluştururlar. Benzerliğin yarattığı ortak gücü, özel iletişimi ve sırdaşlığı paylaşırlar. Bu hatta çocuk benlik nesnesine şöyle seslenir gibidir: “Sen ve ben mükemmeliz ve biz bir takımız...”. Bu hattaki benlik nesnesi işlevleri daha çok kardeşler ve arkadaşlar tarafından yerine getirilir (Kohut, 1984):

Benlik nesnesi kavramı, kelime yapısının da gösterdiği gibi, bir yönüyle nesne (dışardaki, diğeri, nesnel), bir yönüyle benlik (içerdeki, ben, öznel) olan özneler-arası (intersubjectif) bir durumu anlatır. Aslında benlik nesnesi, çocuğun doyurulan, nesnenin doyuran olduğu bir işleve verilen isimdir. Çocuk benlik nesnesi işlevlerini gitgide içselleştirerek, kendi uyumlu, sürekli, güvenli, sağlam benlik yapısını oluşturacaktır. Bu oluşumu, bir zamanlar benlik nesnesi işlevleri ile yerine getirilenleri, kendi kendine yerine getirmeye başladıkça başaracaktır. Kohut (1977) buna “dönüştürmeli içselleştirme” (transmuting internalization) adını verir. Dönüştürmeli içselleştirme benlik nesnesinin çocukta yarattığı “kaçınılmaz hayal kırıklıkları” sonucu oluşur. Benlik nesnesinin sürekli yerine getirmekte olduğu işlevin aksaması üzerine, çocuk o işlevi kendisi yerine getirmeye başlar. Bu bağlamda benlik nesnesinin hiç hayal kırıklığı yaratmaması ya da benlik nesnesi işlevlerinin hiçbir zaman yeterince yerine getirilmemesi, yetişkin psikopatolojisinin kökenindeki iki kutubu oluşturmaktadır. Bu iki kutup da gelişmemiş, parça-

lanmış benlik deneyimlerinin ortaya çıkışına sebep olur. Aynalanmamış, kabul görmemiş ve böylece benlik deneyimi ile bütünleşmemiş duygulanımlar çeşitli inkar düzenekleri ile yalıtılmışlardır. Kişi tepkisel olarak dürtüsel doyumlarını ön plana çıkarır. Dürtü yönelimli yaşantılar parçalanmışlık ürünüdür (Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987). Bu noktada, benlik psikologlarının diğer üç ekolün aksine, dürtü yerine duygulanıma öncelik verdiğini görüyoruz. Benlik psikologlarına göre cinsellik ve saldırganlığın Freud’un iddia ettiği gibi kökensel birincilliği yoktur. Onlara göre, çocuğun asıl gereksinimi duygulanımların benlik deneyimi ile bütünleşmesini gerçekleştirecek benlik nesnesi deneyimleri, bir başka deyişle, yaşamın temelindeki “yapı oluşturucu” (dönüştürmeli içselleştirmeci) ilişkilerdir. Tabi ki, cinsellik ve saldırganlık çocuğun gerçekleridir, ancak önemleri ve belirleyicilikleri duygulanım gereksinimlerine göre ikincildir ve kaderleri birincil gereksinimlerin durumuna göre belirlenir. Kohut’a göre çocuğun aşk ve şefkat gereksinimlerinin benlik nesnelere tarafından aşırı hayalkırıklığına uğratılması patolojik erotizasyonu; rekabet ve kendine güven gereksinimlerinin aşırı hayalkırıklığına uğratılması ise patolojik saldırganlığı doğurur. Kohut’a göre patolojik boyuttaki erotizasyon ve saldırganlık Freud’un iddia ettiği gibi, birincil içgüdüler değil, hayalkırıklıkları sonucunda oluşan tepkilerdir. Freud’un kuramına temel teşkil eden örneklem, patolojik psikik yapılar ile sınırlı olduğu için, Freud bu tepkisel itkileri insan doğasının özelliği sanmıştır. Kohut bu durumun terapi odaları dışında da yaygın olarak görüldüğü itirazlarına, günümüzün medeniyetinin pek çok ailede bu tepkileri ortaya çıkaracak bir kültür doğurduğunu söyleyerek yanıt verir (Kohut, 1984).

Benlik psikologlarına göre aktarım, hastanın terapistten benliknesnesi işlevlerini yerine getirmesi beklentileri ile oluşur. Teşhirci-büyüklenmeci hatta ayna aktarımları görülür. Ayna aktarımlarında hasta duygulanımlarının aynalanmasını beklemektedir. Başarı, üstünlük ve farklılıklarının ayırına varılmasını bekler. Bu aktarımların en ilkel şeklinde, hasta terapistle bir olduğunu, kaynaştığını yaşantılayabilir. İdealizasyon hattındaki aktarımda ise, hasta terapisti yüceltir, onun üstün niteliklerini gözler ve hayran olur. Terapistin bu üstünlüğü, gücü ve bilgisi, ulaşılması gereken ufuklardır. İkiz gelişim hattı ise, hastanın terapistle benzer, akran olduğu; ona yakın hissettiği aktarımsal süreçlere kaynaklık eder. Herhangi bir terapi süreci bu üç aktarımı terapistin farklı safhalarında sergileyebilir. Çeşitli durumlarda, bu değişik aktarımlar aynı seans içinde bile belirebilirler.

Terapist aktarımı izlerken içebakışçı eşduyumsal (empathic introspectif) bir bağlantıyı sürekli canlı tutar. Önemli olan hastanın benliknesnesi gereksinimlerinin doğasını iyi anlamaktır. Bir Benlik Psikolojisi terapisti için hastayı eşduyumsal boyutta anlamak, yorumdan daha önemlidir. Hastanın aktarım süreci seans- seansa çok dikkatli izlenir. Hastanın benlik nesnesi işlevi gereksinimlerinin doyurulması ile, onun duygulanımlarını benlik deneyimleri ile nasıl bütünleştirdiği ve bunun sonucunda özdeğer düzenlenmesini nasıl başardığı gözlenir. Benlik nesnesi işlevlerinin kesintiye uğraması sonucunda hastanın yaşadığı gerilemeler dikkate alınır. Örneğin, Kohut'a (1977) göre ayna aktarımlarındaki hayalkırıklıklarında hastanın hipokondriyak ve/veya psikosomatik şikayetleri artar. Daha ileri derecedeki kopmalarda, hasta megaloman düşünceler ve duygular içindedir.

İdealizasyon hattındaki aktarımda benliknesnesi işlevlerindeki hayalkırıklıkları, hastada mistik eğilimler ve arayışlara yolaçar. Aktarımda daha ileri derecede çökmeler perseküsyon hezeyanlarına neden olur. Bu aktarımsal değişimler terapist tarafından incelenir. Terapist hayalkırıklığının ne olduğunu araştırır. Sırası ile, a) hayalkırıklığı öncesindeki aktarımın durumu; b) terapistin hayalkırıklığı yaratan edimi; c) hastanın bu edimi nasıl algıladı; ve d) aktarımdaki gerilemenin ortaya çıkardığı tepkiler bir bağlantı içinde değerlendirilir ve bu değerlendirme hasta ile paylaşılır. Bu terapötik etkinlik sonucunda, hastanın aktarım sürecinde, hayalkırıklığından önceki seviyeye dönüş gerçekleşir. Kısaca özetlenen bu terapötik etkinlik bir terapi sürecinde birçok kez gerçekleştirilir. Aktarımdaki bu çökme ve yeniden eski seviyeye dönmeler, Kohut tarafından "yapı geliştirici" olarak görülürler. Her aktarım çökmesi ve onarılması edimi, hastanın aktarım sürecini olgunlaştıran bir adımdır. Bir başka deyişle, hastanın benliknesnesi işlevleri olgunlaşmaktadır. Hasta her yeni adımda, hayalkırıklıkları ile kendi başına daha rahat başa çıkabilmektedir. Kohut'a göre, insanda benlik nesnesi işlevi gereksinimleri asla yok olmaz, yaşam boyu devam ederler. Ancak -sağlıklı gelişim öykülerinde- ilerleyen yaşla birlikte olgunlaşırlar. Sağlıksız gelişim öykülerinde benlik nesnesi gereksinimleri yaşam boyu ilkel kalabilir. Sağlıklı bireylerde de yaşamın tahribat yaratan travmaları benliknesnesi işlevlerini daha ilkel seviyelere çekebilir. Terapistler patolojiyi değerlendirmede "yapısal" ve "tepkisel" ayrımını yaparken bu olguya dikkat etmelidirler.

Terapötik seyir bir büyüme sürecidir. Hasta yavaş yavaş uyumsuz, parçalanmış, sürekliliği ve esnekliği olmayan benlik yapılarını

dan uyumlu, sürekli, güvenli, sağlam benlik yapısına geçiş yapar. Parçalanmışlığın yan ürünü olan cinsel ve saldırgan dürtüsellik devre dışı kalmaya başlar.

Kohut sonrasında Benlik Psikolojisi'nin içinde bir dallanma ortaya çıkmıştır. Kohut'un kuramına bağlı Chicago Ekolü'nün yanında, daha radikal ve yenilikçi New York ve California Ekolleri'nden sözedilebilir. Benlik Psikologlarının New York ve California kolları, Kohut'un, gelişimi sadece üç hatta tanımlamış olmasını eleştirmektedirler. Onlara göre, benliknesnesi işlevleri benliğin dış dünyayla ilişkisindeki tüm örgütlenmeyi kapsar ve üç değil sayısız hatta gerçekleşebilir. Bu hatlar idiosinkratik olarak her ilişkinin kendi içinde belirlenir. İki kişinin öznellikleriyle oluşturdukları ilişkisel alan özneler-arası (intersubjective) sıfatı ile tanımlanmaktadır. Bu alanın okunması ve anlaşılması, ancak iki kişinin iç dünyalarının karmaşık etkileşimini izleyebilme ile mümkün görünmektedir. Bu alan, aktarım ve karşıaktarım olgularının odağıdır (Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987). Yenilikçilere göre, aktarımı ve karşıaktarımı anlayabilmek ve açıklayabilmek için psikanaliz ve psikoterapideki klasik "bir-kişilik psikolojisi"nden kurtularak, yeni psikanaliz ve psikoterapileri müjdeleyen "iki-kişilik psikolojisi"ne geçmek gerekir. İki-kişilik psikolojisi, aktarım incelemesini, hasta ve analistin iç dünyalarını beraberce inceleyerek ve aralarındaki etkileşimi gözardı etmeyerek gerçekleştirir. Tamamen nötr, anonim ve doyuramaz bir analist olgusu sadece mit olarak görülür (Fosshage, 1990).

Aktarımın Klasik ve Modern Tanımları: Fosshage'nin Modeli

Aktarımın klasik tanımı iyi incelendiği zaman dört temel öge dikkat çeker: Geçmişe geri dönme, yerdeğiştirme, yansıtma ve çarpıtma (Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987).

Waelder'a (1956) göre, aktarım hastanın çocukluğundaki ortam ve fantezileri analitik ortamda canlandırma ve yaşatmaya çalışmasıdır. Aktarım regresif bir süreçtir. Geçmişe geri dönme deyince, bunun tek bir türü olmadığı da görülür. Topografik, yapısal, psikoseksüel ve genetik anlamda geriye dönme modelleri çoğu zaman birbiri ile sentezlenerek kullanılmaktadır. Aktarımın klasik tanımının en çok eleştiri alan ögelerinden biri geçmişe geri dönmedir. Hasta gerçekten analitik ortamda böyle bir süreç yaşar mı? Bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak yaşamının daha önceki bir devresinin yaşantısını tekrar eder mi? Modern görüşler böyle bir olasılığı yok sayarlar. Bu görüşlere göre, toptan bir geriye dönme söz konusu olamaz. Geçmişteki ilişkilerin bilişsel ve duygusal şemaları patolojik bir karakterde olabilirler. Hastanın terapistle ilişkisinde, geçmişindeki bu travmalarının etkisi görülebilir. Aktarımda ortaya çıkan, sadece bu geçmiş travmaların "güncel olana" bir dereceye kadar etki etmesidir, yoksa, psikoseksüel, genetik ve yapısal anlamda tümünden bir geriye dönüş değildir (Fosshage, 1994).

Yerdeğiştirme ve itki tekrarı (repetition compulsion), aktarımı klasik olarak açıklamakta kullanılan ve birbirine yakın olan iki kavramdır. Çoğu zaman aynı anlamda da kullanılırlar. Freud'a göre, yerdeğiştirme ve itki tekrarının temelinde yer alan mekanizma canlıların biyolojik bir gerçeğidir. Yerdeğiştirme mekanizması

Freud'un ekonomi ilkesiyle bağlantılıdır. Çatışmanın yoğun olduğu yatırım nesnesinde engellenen boşalım, çatışmanın daha az olduğu bir başka nesneyle ilişkide gerçekleşebilir.

Aktarımın bir yansıtma olarak anlaşılması, bugün Nesne İlişkileri Ekolü'nün kuvvetlenmesi ile, gücünü gitgide arttıran bir tezdır. Aktarım, erken dönemlerdeki travmatik içselleştirmelerin ve bunlar sonucu oluşan kötü, saldırgan, baştan çıkarıcı veya idealize iç nesnelerin terapistte yansıtılmasıyla oluşur. Özellikle, yansıtılmalı özdeşleşme (Kernberg, 1976) kavramı aktarım ilişkisinin nesne ve benlik temsilleri olarak "okunmasına" önemli katkılarda bulunmuştur.

Aktarımın klasik anlamda tanımlanmasında bir başka öge çarpıtmadır. Sullivan'ın (1953) "parataksik çarpıtma" kavramının etkisiyle şekillenen bu ögeye göre, yeni ilişkiler çarpıtılarak algılanır. Zamanla, terapistle ilişki geçmişin ilişkilerinin kalıplarına girmeye başlar. Çarpıtma kavramının anlamı üzerinde tartışma vardır. Modern görüşler "Neye göre çarpıtma?", "Çarpıtılmamış gerçek kimin gerçeği?" diye sormaktadırlar (Stolorow, Brandchaft ve Atwood, 1987).

Literatür incelendiği zaman görülür ki, son yıllarda aktarım, sadece klasik model yardımı ile tanımlanmamaktadır. Klasik tanıma işaret eden "yerdeğiştirme" modeli, daha önce sözü edilen geçmişe geri dönme, yansıtma ve çarpıtma öğelerini bünyesinde toplamaktadır. Aktarımın modern tanımı yaşantımızın algısal-bilişsel-duygulanımsal organizasyonu üzerinde durur. Bu tanımı kullanarak aktarımı çözmeye çalışan terapistler ve teorisyenler Piaget'nin (1954) katkılarından yararlanırlar. Aktarım çoğu zaman analitik ilişkide harekete geçen şemaların

yolaçtığı bir özümlemedir. "Aktarım ne geçmişe geri dönme, ne de geçmişten bugüne bir yer değiştirmedir. Aktarım hastanın süregelen algısal-bilişsel-duygulanımsal organizasyon ilkelere ve imgeleminin bir ifadesidir" (Stolorow ve Lachmann, 1984-5, s. 26). Hasta aktarım ilişkisinde gitgide öne çıkmaya ve hakimiyet kazanmaya başlayan şemaların etkisi altındadır.

90'lı yıllarda New York'lu bir psikanalistin aktarımın klasik ve modern anlayışları üzerine yaptığı çalışmalar dikkat çekmiştir. Bu analistin adı Fosshage'dir. İki anlayışın kökenindeki öze son derece yalın ve açık tanımlar getiren Fosshage, özellikle modern tanımı tek çatı altında toplayabilme becerisini göstermiştir. Klasik tanımın kendi içinde önemli derecede homojen oluşu tanımı kolaylaştırmaktadır; oysa, modern tanımın, özellikle son yıllardaki hızlı ve merkezkaç gelişmeler sebebi ile tek bir başlık altında toplanması zor hale gelmiştir. Fosshage modern tanıma "organizasyon modeli" adını verir ve onu daha çok benlik psikolojisinin etkileri ile oluşmuş bir yapı olarak tanımlar. Diğer modern ekollerin, örneğin Nesne İlişkileri Ekolü'nün aktarım modelini klasik tanımın sınırları içerisinde görür. Fosshage'e (1994) göre, bu iki aktarım modelini (yerdeğiştirme ve organizasyon) birbirinden net şekilde ayıran en temel farklılıklar şunlardır:

a) *Temel Süreç*

Yer değiştirme modeli: Hasta terapistine, yer değiştirme mekanizmasıyla, geçmişinden uygun olmayan, ilişkisiz duygu, istek ve tavırları aktarır.

Organizasyon modeli: Hasta temel organizasyon ilkeleriyle terapötik ilişkisini algısal ve bilişsel olarak şekillendirir; bunu seçici dikkat,

duygulanım yüklü anlamlar verme gibi süreçlerle gerçekleştirir.

b) Gerçeğin Doğası

Yer değiştirme modeli: Nesnel bir gerçeklik olduğu önermesine dayanarak, hastanın terapötik ilişkideki gerçekliği çarpıttığı düşünülür.

Organizasyon modeli: "Gerçeklik, algılayana bağlı olarak görecelidir" önermesi geçerlidir. Hasta ve terapist terapötik ilişkiyi algılar ve organize eder. Bu onların öznel gerçekliğine dönüşür. Nesnel bir gerçeklik yoktur. Nesnel gerçeklik yerine öznel deneyimlerin (benlik deneyimleri) somutlaştırılmasından söz edilir.

c) Bilimsel Paradigma

Yer değiştirme modeli: Pozitif bilim anlayışı egemendir. Mutlak nesnel bir gerçeklik vardır. Nesnel izleyici gerçeğe ulaşır.

Organizasyon modeli: Bilim anlayışı "görecelilik" ile şekillenmiştir. Süreci izleme durumunda olan, onu etkiler ve yeniden şekillendirir. Gerçeklik onu inceleyene görecelidir.

d) Yapısal Özellikler

Yer değiştirme modeli: Aktarım yapısal olarak ve zaman açısından bir geçmişe geri dönmedir (regression).

Organizasyon modeli: Temel organizasyon ilkeleri her zaman potansiyel olarak işlevseldir ve yeni deneyimlerle akomodasyona uğrayarak az veya çok değişirler. Genellikle daha az kompleks ve daha az uygun şemalar terapide harekete geçerler.

e) Güdülenme

Yer değiştirme modeli: Aktarım cinsel ve saldırgan dürtülerle güdülenir. Çocukluk döneminin korku, arzu ve çatışma gibi dürtü türevleri aktarıma nitelik kazandırır. Terapistle ilişkide çocukluk çatışmasının itki tekrarı ortaya çıkar ve hatırlamaya bir direnç oluşturur.

Organizasyon modeli: İnsanın en temel gayreti deneyimini algısal-duygulanımsal-bilişsel olarak organize etmek ve onun sürekliliğini sağlamaktır. Lichtenberg'in (1989) beş güdülenme sistemi bu bağlamda önem taşımaktadır. Bu sistemler fizyolojik, bağlılık-kabul, keşif-kendine güven, iğrenme ve duyumsalsinsel diye adlandırılmıştır. Bu güdülenme sistemleri uyumlu, sağlam bir benlik deneyiminin gelişimi, devamı ve yeniden yapılandırılmasının parçalarıdır. Herbir sistem gelişimsel ve aynı zamanda anlık olarak özel bir şemanın ortaya çıkışı ve hakimiyetine yol açar.

f) Terapistin Katkısı

Yer değiştirme modeli: Terapist tarafsız ve anonim oluşuyla bir boş ekran yaratır ve aktarıma katkıda bulunmaz.

Organizasyon modeli: Aktarım, terapist ve hastanın ayrı ayrı öznellikleri ve bu öznelliklerin etkileşimiyle beraberce şekillenir ve belirlenir.

g) Aktarımı Görme, Anlama ve Açıklama

Yer değiştirme modeli: Boş ekran oluşturan terapist, hastanın çarpıtmaya yolaçan yer değiştirme ve yansıtma anlar ve açıklar.

Organizasyon modeli: Terapist, hastayla ilişkisi sonucu şekillenen "terapötik alan"a kendi katkısını izler. Terapist hastanın hangi sebep ile bu alanı sorun oluşturan şemalar ile algıladığını, anlamlandırıldığını ve organize ettiğini anlamaya çalışır. Organizasyon modelinin bel kemiğini oluşturan benlik psikolojisi ekolünün bu noktada benlik nesnesi işlevlerini vurguladığını görürüz.

h) Değişimin Doğası

Yer değiştirme Modeli: Hastanın çocukluk arzu ve korkularını terketmesi ile aktarımda çözüme ulaşılır. Böylece daha az çarpıtmalı ve daha gerçekçi algılamalar ortaya çıkar.

Organizasyon modeli: Sorun yaratan ana şema veya şemalar derece derece etkilerini ve hakimiyetlerini kaybederler. Bu değişim, ya bir akomodasyon süreci ile, ya da yeni gelişen bir takım organizasyonlar ile gerçekleşir. Deneyimin alanı ve karmaşıklığı artar ve sorun yaratan şemanın kullanımı azalır.

Uygulamacılar için...

Psikanaliz veya psikanalitik terapi uygulayanların çok iyi bildiği gibi, bu yaklaşımları sahada kullanmak için üç bölümden oluşan bir eğitim süreci geçirmiş olmak gereklidir: Analizden veya analitik terapiden geçmek; uzun süreli birebir süpervizyon altında olmak ve kuramsal bilgi ile donatılmış olmak. Bu eğitim sürecinin ikinci ve üçüncü bölümleri neredeyse yaşam boyu devam etmelidir. Birinci bölüm (eğitim analizi) ise, yaşam boyunca birkaç kez tekrar edilebilir. Bu ağır eğitim sürecinin uygulamacıya en büyük katkısı, onun kendi iç-dünya dinamiklerinin farkına varmasıdır. Hastanın iç-dünyasını anlayabilmenin en temel koşulu, analistin önce kendi iç-dünyasını anlamış olmasıdır. Analist hastanın aktarımını çözme uğraşını verirken, hasta ile oluşturduğu ilişkiyel alana kendi aktardıklarının farkında olmalıdır. Analistin iç-dünyası, onun çatışmaları, gelişimsel aksamaları, yatkınlıkları, mizacı ve biyolojik özellikleri ile belirlenir. Bu iç-dünya özelliklerinin biraraya gelmesi ile oluşan analistin öznelliğinin, hasta ile oluşturduğu ilişkiyel alanı deneyimlemesi tek ve biricik fenomenolojik bir

deneyim halindedir. Bu yüzden tek bir psikanaliz modeli tüm analist ve terapistler için (aynı zamanda tüm hastalar için) uygun değildir. Terapötik ekollerdeki zengin çeşitlenmelerin kaynağı terapistlerin kişilik farklılıkları olarak görülebilir. Her klinisyen kendisi için uygun olan, çalışırken kendisini daha verimli hissettiği ve hastaya yardım için daha elverişli olan yaklaşımlara yönelir.

Analitik yaklaşımlarda analistin yatkınlıklarını tanıma süreci, eğitim analizi ve süpervizyonlardaki kendi aktarımının farkına varışı ile mümkün olur. Bu tarz terapilerdeki en temel teknik yaklaşım "aktarım analizi"dir. Analistin veya terapistin hastasını anlamak ve açıklamak için hangi aktarım modelini seçtiği, eğitim analizi ve süpervizyonlarındaki "kendi aktarımının analizi" ile doğrudan bağlantılı olacaktır. Herbir aktarım modeli, analitik veriyi toplama araçları ve toplanmış veriyi yorumlama yolları ile birbirlerinden ayrılırlar. Yazının başında belirtildiği gibi, bir aktarım modelinin değerine göre daha üstün olduğunu söylemek doğru görünmemektedir. Belki böyle bir üstünlük ifadesi dile getirildiği zaman, şu soruyu sormak gerekmektedir: "Söz konusu model hangi analist, hangi hasta ile, hangi durumda çalışırken üstündür?"

Öyleyse son olarak şu söylenebilir: Bu ve bunun gibi makaleler klinisyen veya klinik çalışma adaylarına en fazla kuramsal bir farkındalık kazandırabilir. Uygulamacıların bu aktarım modellerinden hangisini seçeceklerine dair en temel kriter, analiz veya analitik terapi uygulamanın "olmazsa olmaz" formasyon gereklilikleri olan eğitim analizi ve uzun süreli süpervizyonlardır. Bu formasyon süreci sonucunda kendi iç-dünyasının tek ve biricik özel-

likleri ile tanışan klinisyen, kuramın sunduklarına bakıp, kendi çalışma tarzına, hastasının gerçeğine ve aralarındaki ilişkiye uygun aktarım modelini seçecektir.

Kaynaklar

- Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Aronson, M. J. (1986). Transference and countertransference in the treatment of difficult character disorders. Meyers, H.C. (Ed.), *Between Analyst and Patient. New Dimensions in Countertransference and Transference* (pp. 13-33).
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 2, 745 - 768.
- Blum, H. P. (1974). The borderline childhood of the Wolfman. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 22, 721-742.
- Fosshage, J. L. (1990). Clinical protocol. *Psychoanalytical Inquiry*, 10, 61- 477.
- Fosshage, J.L. (1994). Toward reconceptualising transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 265 - 280.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Standart Edition*, 7, (pp.1-122). London : Hogart Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working-through. *Standart Edition*, 12, (pp.145 - 156). London:
- Freud, S. (1915). Observations on Transference Love. *Standart Edition*, 12, (pp.157 - 171). London: Hogart Press, 1958.
- Freud, S. (1917). Introductory lectures on psychoanalysis. *Standart Edition*, 15 & 16. London: Hogart Press, 1963.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standart Edition*, 18, (pp.1 -64). London: Hogart Press, 1955.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and Intermittible. *Standart Edition*, 23, (pp.209 - 253). London: Hogart Press,1964.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV Edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gedo, J. E. (1986). On the therapeutic limits of psychoanalysis: Delinquent enactments. Meyers, H.C. (Ed.), *Between Analyst and Patient. New Dimensions in Countertransference and Transference*, 33- 49.
- Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 2, 771 -796.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kanzer, M. & Glenn, J. (1980). *Freud and his patients*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. London: Aronson.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogart Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Connecticut: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lane, F.M. (1986). Transference and countertransference: Definitions of terms. Meyers, H.C. (Ed.) , *Between analyst and patient. New dimensions in countertransference and transference*, 237-257.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillslade, NJ: The Analytic Press.
- Masterson, J. F. (1988). *The search for the real self*. New York: Free Press.
- Meyers, H.C. (Ed.) (1986). *Between analyst and patient. New dimensions in countertransference and transference*. Hillslade: The Analytic Press.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York : Basic Books.
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven: Yale University Press.
- Pine, F. (1990). *Drive, ego, object and the self*. Basic Books.
- Rangell, L. (1954). Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 2, 734 - 744.
- Schwaber, E. (1983). Psychoanalytic listening and psychic reality. *International Review of Psychoanalysis*, 10, 379 -392.
- Sifneos, P. (1972). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Medical Books.

- Sifneos, P., Masterson, J. F., & Tolpin, M. (1991). *Comparing psychoanalytic psychotherapies*. New York: Brunner/Mazel.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D., & Lachmann, F. M. (1980). *Psychoanalysis of developmental arrests*. New York: International Universities Press.
- Stolorow, R. D. & Lachmann, F. (1984-1985). Transference: The future of an illusion. *Annual Psychoanalysis*, 12-13, 19 - 37.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Waelder, R. (1956). Introduction to the discussion on problems of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 367 - 368.
- Winnicott, D.W. (1956). Symposium. on transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 386 - 388.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369 - 376.