

İNTİHARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞCI SAĞALTIM YAKLAŞIMLARI*

M. Eskin**

ÖZET

İntihar günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanın kendini öldürmesi, öldürmeyi düşünmesi ve bu yönde girişimlerde bulunmayı kapsayan intihar davranışı her toplumda görülmekte ve ruh sağlığı sorunları yaşayan kimseler arasında sık rastlanan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Neden olduğu kayıp ve acılar göz önüne alındığında sağaltımı ve önlenmesi toplumsal öncelikli konular arasında yer almaktadır. Bu yazıda intihar davranışı sergileyen kimselerin psikososyal tedavilerinde kullanılmakta olan iki bilişsel-davranışçı sağaltım yaklaşımı ele alınmaktadır. Bunlardan ilki alışlagelen bilişsel-davranışçı psikoterapi (BDT) yaklaşımı diğeri ise sorun çözme terapisi (SÇT) yaklaşımıdır. Bilişsel model psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde insandaki

düşünme hatalarının nedensel olduğunu savunmaktadır. Bu görüşe göre ruhsal sorunların ortaya çıkması insanın işlevsel olmayan bilişsel süreçleri yüzündendir. Bilişsel modele göre bir kimsenin intihar davranışı sergilemesinin altında yatan neden düşünmedeki hata ve yanlışlıklardır. Düşünce hata ve yanlışlıkları kişiyi intihar gibi yıkıcı davranışlara yatkın hale getirmektedir. Bilişsel-davranışçı sağaltım yaklaşımları düşünmede hataları düzeltmeyi ve onları işlevsel hale getirmeyi hedeflemektedir. Kısa dönemli yapılandırılmış bir bilişsel-davranışçı psikoterapi olan sorun çözme terapisi insanların gündelik yaşamda karşılaştıkları problemleri çözmeye ve onlara yaklaşımda işlevsel olmayan tutum ve yetersizlikler gösterdikleri için ruhsal sorunlar yaşadığını varsayar. İntihar davranışında bulunan kimseler sorun çözme becerilerinde eksiklikler sergilemekte ve problemlerini intihar gibi işlevsel olmayan bir biçimde çözmeye kalkışmaktadırlar. Sorun çözme terapisi intihar sorunu olan kimselere işlevsel problem çözme yöntemlerini öğretmeyi hedeflemektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Sorun Çözme Terapisi (SÇT)

* Bu makalenin kısa formu 42. Ulusal Psikiyatri Kongresinde "İntihar Düşüncesi Olan Kişilere Tedavi Yaklaşımları" adlı panelde bildiri olarak sunulmuştur.

** Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

Cognitive-Behavioral Treatment Approaches to Suicide

SUMMARY

Today, suicide is an important public health problem. The term suicidal behavior includes suicidal ideation, suicidal attempts and completed suicides. These behaviors are prevalent in all human societies. It is more common in people with mental health problems. Considering the loss and pain caused by self-killing, the treatment and prevention of suicide are among the most urgent social priorities. In this article two cognitive-behavioral treatment approaches used in the psychosocial treatment of suicidal patients are described. The first one is the cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) and the second one is the problem solving therapy (PST). Cognitive model ascribes a causal role to the errors in thinking for the development and maintenance of psychopathology. Cognitive approach assumes that the underlying reasons for suicidal behavior are errors in thinking and cognitive biases. For this approach errors in thinking and cognitive biases make individuals vulnerable to suicidal behavior. Cognitive-behavioral treatment approaches aim at correcting for errors in thinking and teaching functional ways of thinking. As a short-term and structured cognitive-behavioral psychotherapy, the problem solving therapy approach assumes that people develop mental health problems because of inadequacies in solving problems faced in everyday life and dysfunctional attitudes towards these problems. For this approach, suicidal individuals display inefficient problem solving skills and they try to solve their problems in dysfunctional ways such as self-killing. Problem solving therapy approach aims at teaching suicidal persons efficient ways of solving problems.

Key Words: Suicide, Cognitive-behavioral Psychotherapy (CBT), Problem Solving Therapy (PST).

GİRİŞ

Günümüzde intihar tüm toplumların ortak sorunu haline gelmiştir. Zengininden yoksuluna, güneydekenden kuzeydekine, batıdakenden doğudakine ve siyahından beyazına bütün insan topluluklarında görülen intihar sorunu ruh sağlığı alanında çalışan meslek insanları için önemli bir çalışma konusudur. İntihar davranışlarının yaygınlığı artarak devam etmektedir. Bu bakımdan gerek önleme gerekse tedavi çalışmaları açısından ele alınması öncelikli bir halk sağlığı sorunudur.

"İntihar davranışı" intihar bilim alanında bir şemsiye terim olarak kullanılmakta ve kabaca insanın yaşamını kendi eliyle sonlandırması, bu yöndeki düşünceleri ve girişimlerini kapsamaktadır. Böyle bakıldığında net bir tanım gibi görünmesine rağmen intihar davranışı kapsamında ele alınan davranışlar bir çok diğer insan edimleriyle örtüşüklük gösterdiği için bir takım tanımsal sorunları bünyesinde barındırmaktadır. Fakat tanımla ilgili konular bu yazıda ele alınmayacaktır.

İntihar toplumumuz için de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Diğer toplumlarla karşılaştırıldığında resmi istatistikler ülkemizde intihara bağlı ölümlerin 100 000'de 3 gibi düşük bir düzeyde olduğunu göstermektedir (DİE, 2000). Ancak bu yanıltıcı olabilir. Ülkemiz baskın kültür anlayışı içerisinde intiharla ilgili tutum ve değerlerin niteliği bazı intihar olgularının kayıtlara geçirilmesini engelliyor olabilir. Örneğin, 9 hastanenin acil servis kayıtlarına dayanılarak yapılan bir çalışmada, Sayıl ve arkadaşları (1993) Ankara için intihar girişim oranını 100 000 kişi başına 107 olarak hesaplamışlardır. Bu rakam aslında azımsanmayacak bir sayıdır. İntihar davranışı sergileyen kişiler özellikle psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişiler arasında yoğunlaşmaktadır. Örneğin psikiyatri hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada Eskin, Akoğlu ve Uygur (2006) hastaların yaklaşık %46'sının intiharı düşünmüş yaklaşık %29'unun da bu yönde bir girişimde bulunmuş

olduğunu bulmuşlardır. Onun için ruh sağlığı hizmetlerinin planlaması ve yerine getirilmesinde değişik tedavi yaklaşımlarının olması önemlidir.

Ülkemizde yapılan bilimsel çalışmalar lise ve üniversite öğrencisi gençler arasında intihar düşünce ve girişimlerinin yaygınlığının dikkat çekici düzeyde olduğunu göstermektedir. Örneğin bir çalışmada Eskin (1995) İstanbul'daki liselerde eğitim görmekte olan öğrencilerin yaklaşık %11'inin intihar girişiminde bulduklarını saptamıştır. Başka bir çalışmada Eskin (1999) İstanbul'daki liselerde eğitim gören 959 öğrencinin yaklaşık %26'sının son bir yılda kendilerini öldürmeyi düşündüğünü ve yaklaşık %5'inin bir girişimde bulunduğunu bulmuştur. Üniversitelerde öğrenim görmekte olan 1262 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada Eskin, Kaynak-Demir ve Demir (2005) öğrencilerin 542'sinin kendini öldürmeyi düşündüğünü ve %7'sinin de kendilerini öldürmek için girişimde bulunmuş olduklarını tespit etmişlerdir.

Son zamanlarda psikiyatrik rahatsızlıkların sağaltımında bilişsel-davranışçı sağaltım yaklaşımları ön plana çıkmaktadır. Bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımlarını gerek ruhsal rahatsızlıkların gerekse intiharın tedavisinde ön plana çıkaran en önemli faktör etkililiklerinin görgül olarak gösterilmiş olmasıdır. Bu makalenin konusu intihar davranışı sergileyen psikiyatrik hastaların sağaltımında kullanılacak bilişsel-davranışçı psikoterapi yaklaşımlarıdır. Bunlardan ilki genel bilişsel-davranışçı psikoterapi yaklaşımı ikincisi ise bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımlarının bir alt unsuru olarak da ele alınan sorun çözme yaklaşımıdır.

Yapılan bütün çalışmalar intihar hastaları arasında bilişsel belirleyicilerin veya etmenlerin önemli olduğunu göstermektedir. İntihar davranışında bulunan kimseler genelde bir takım bilişsel çarpıtmalar göstermektedirler. Bu tür kimselerin erken dönem çocukluk yıllarında ebeveynleriyle olan ilişkilerinin niteliği sonucu

geliştirdikleri temel inançları olumsuzdur. Olumsuz temel inançların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan durum veya olayla karşılaşan bireyin kafasına hemen işlevsel olmayan bir otomatik düşünce gelmektedir. Bu otomatik düşüncenin sonucunda kişi harekete geçerek bazen yıkıcı davranışlar içerisine girebilmektedir.

İntihar davranışında bulunan insanlar genelde bu davranışı yaşamda karşılaştıkları sorunları çözmek ve halletmek için yapmaktadırlar. Kendilerini ortadan kaldırarak sorunun çözülmesini istemektedirler. Bu sorunlara olumsuz bir yaklaşımdır. Bir yerde kaçmak veya sorunun çözümünü ertelemektir. Karşılaştığı sorunları istediği biçimde çözemeyen bazı kimseler kendini suçlayabilmektedir. Bu suçlamaların yarattığı olumsuz kendilik imgesinden kaçma arzusu kişiyi intihara yönlendiren güdüsel bir etmen olarak işlev görmektedir.

Bu yazıda ilk olarak intihar davranışı sergileyen kimselerin gerek psikiyatri kliniklerinde gerekse özel pratikte ele alınışında kullanılan bilişsel davranışçı psikoterapi yöntemi ele alınacaktır. Değiştirilmesi hedeflenen bilişler ve davranışlar üzerinde durularak amaca ulaşmak için uygulanabilecek bilişsel-davranışçı psikoterapi teknik ve yöntemleri tanıtılacaktır. Daha sonra, intihar sorunu olan hastaların genelde sorunlarını çözmek için kullandıkları yöntemlerin işlevsizliği göz önüne alınarak bu tür hastaların sağaltımında kullanılacak bir sorun çözme terapisi yöntemi tanıtılacaktır.

İNTİHARDA BİLİŞSEL ETMENLER

İntihar davranışı sergileyen veya kendini öldüren kimselerin bilişsel özellikleri nelerdir? Ne tür bilişsel özellikler intihar davranışının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olmaktadır? İntiharda bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımlarını incelemeye geçmeden önce kendini öldüren, öldürmeyi düşünen veya bu yönde girişimlerde bulunan kimselerin bilişsel özelliklerinin neler olduğu üzerinde durulmalıdır. Bilindiği gibi bilişsel-davranışçı tedavi

yaklaşımlarının ana ekseninde insanların biliş veya düşünmelerinde sergiledikleri yanlılıklar ve hatalar yatmaktadır.

Alan yazın incelendiğinde intihar davranışı sergileyen kimselerin hatalı bazı bilişsel özellikler sergiledikleri gözlemlenmektedir. İntihar sorunu olan kimselerin sergiledikleri bilişsel özellikler aşağıda ele alınmaktadır. Genel olarak bunlar:

1. Ya hep ya hiç tarzı düşünme

İntihar sorunu olan kimseler dünyayı siyah-beyaz olarak gördükleri için aradaki gri tonları kaçırmaktadırlar. Bu tür kimselerin algı ve düşünme tarzı sarkacın bir ucundan diğer ucuna atlayışlar göstermektedir. Ortadakiler bu tür kimseleri pek ilgilendirmemektedir. Bu tür kimseler bir kişiyle ya canciğer dost olmakta ya da düşman; bir sınavdan 100 değil de 70 alınmışsa başarısız olunmuştur; bir insan ya başarılıdır ya başarısız olarak görülür.

2. Aşırı genelleme

Ya hep ya hiç tarzı düşünme hatasındaki gibi aşırı genelleme yapan kimseler bir tek deneyimi sanki olağan ve her zaman olan şeymiş gibi yorumlama ve algılama eğilimindedir.

3. At gözlüğüyle bakma

Yukarıdaki iki düşünme hatasına benzer olarak at gözlüğüyle bakan kimseler bir şeyin sadece olumsuz yönüne odaklanmakta ve olayla ilgili diğer bilgi, belge ve benzeri belirtileri yok saymaktadır. Kişi karşılaştığı sorun ve zorluklar karşısında başka bir seçenek göremeyerek sadece olumsuz olana kilitlemektedir. Örneğin, yaşadığı problemin çözümünün sadece kendini ortadan kaldırmadan geçtiğini düşünmektedir ve öyle davranarak bu yöndeki davranışlar içersine girmektedir.

4. Felaketleştirme

Bu tür düşünme hatası sergileyen kimseler olay ve kişilerin olumsuz yönlerini görmekte ve ona odaklanmaktadır. Bu kişiler için her şey bir felaket habercisidir. Kişi, yukarıda sayılan bilişsel özelliklerine koşut, sadece olumsuzun

üstüne odaklanmakta ve olumsuzluğu da felaket olarak yorumlamaktadır. En küçük bir olumsuzluk işaretini bile felaket olarak yorumlamaktadır, öyle tepki vermektedir.

5. Kişiselleştirme

Kişiselleştirme bilişsel hatası olan kimseler başlarına gelen her olumsuz olayın kendisinin yüzünden olduğunu düşünür. Kişiselleştirme bilişsel hatası olan kimseler diğerlerinin kendilerine karşı olan davranışlarının olası başka sebeplerini düşünmeden kendisine karşı kasıtlı olarak yapıldığını düşünmekte ve öyle tepki vermektedirler. Özellikle kişiler arası sorunların intihardaki yeri düşünüldüğünde kişiselleştirmenin ciddi bir kırılma noktası oluşturacağı ortadadır.

6. Olumsuz olayları açıklama

İntihar sorunu sergileyen kimselerin yaşadıkları olumsuz olayları açıklama biçimleri diğer kimselerinkinden farklılık göstermektedir. İntihar eden, etmeyi düşünen ve bu yönde girişimlerde bulunan kimseler yaşadığı olumsuz bir olayı içsel nedenlere bağlamaktadır. Bu olumsuzluğun içsel nedenler yüzünden sürekli olacağını ve yaptığı her şeyi etkileyeceğini düşünmektedir. Örneğin bir sınav başarısızlığı yaşayan kimse bunun kendi yetersizliği ve beceriksizliği yüzünden olduğunu ve kendisinin her zaman beceriksiz ve aptal olduğunu, ve aptallığının her yaptığı şeyde kendini göstereceğini düşünür.

7. Yetersiz sorun çözme becerisi

İntihar davranışı sergileyen kimselerin yaşamda karşılaştıkları sorunları çözmede ve başa çıkmada yetersizlikler ve eksiklikler sergilediği bilinen bir gerçektir. Sorun çözme becerilerinin intihardaki yeri ve önemi daha sonraki ilgili bölümde ayrıntılı bir biçimde ele alınmaktadır.

8. Mükemmeliyetçilik

İntihar davranışı sergileyen kimselerin önemli bilişsel özelliklerinden biri de bu tür kim-

selerin mükemmeliyetçi bir düşünüş tarzına sahip olmalarıdır. Sözü edilen kimseler her şeyin dört dörtlük olmasını istemekte ve yaşamlarında hiçbir hataya yer bırakmamaktadırlar. Yaşam, insanlar, toplum, dünya ve kendileri mükemmel olmalıdır. Hatalar ise affedilmez. Kişi deyim yerindeyse dış dünyanın kendi kafası içindeki şablona uymasını istemektedir. Gerçek dünyada bu sayılanların ne kadar gerçek dışı ve ütopyik durumlar olduğu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİ

Bilişsel modele göre, insanların duygu ve davranışlarının ana belirleyicisi, olay ve durumların nasıl yorumlandığıdır. Başka bir deyişle insanların neler hissettiğini belirleyen, olayların bizzat kendisi değil; kişinin bu olaylar hakkındaki düşünce ve yorumlarıdır (Beck 1995). İnsanları öfkeliendiren veya sevindiren, olayların kendisi değil bu olayların nasıl algılandığıdır. Yani bilişsel model, bütün duygusal tepkilerimizin kökeninde düşüncelerimizin yattığını varsaymaktadır. Bu varsayımdan hareketle, psikopatolojinin temelinde de düşüncelerdeki hatalar yatmaktadır. Psikolojik sorunların temelinde düşünce hataları yattığına göre tedavileri de hatalı düşünce, işlevsel olmayan tutum ve inançların yerine doğru düşünce, işlevsel olan tutum ve inançların konması ile gerçekleştirilecektir.

Bilişsel model, ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasında üç ana bilişsel unsurun etken olduğunu varsaymaktadır. Psikolojik sorunların ortaya çıkışında temel etmenler insanların çocukluk döneminde çevreyle olan etkileşimlerinden geliştirdikleri temel inançları, bu inançlarını besleyen ara inançları ve ara inançlarıyla etkinleşen otomatik düşünceleridir. Duygusal sorunların ortaya çıkışında bu üç bilişsel etmen rol oynamaktadır. Çocukluk yaşantılarıyla şekillenen temel inançlar ve onları besleyen ara inançlar kişiyi intihara yatkınlaştırmakta ve bunlar doğrultusunda ortaya çıkan otomatik düşünceler tetikleyici olarak işlev görmektedir.

Temel inançlar, kişinin erken dönem çevresiyle etkileşimleri sonucu kendisiyle ilgili oluşan yetersizlik, çaresizlik, güçsüzlük, beceriksizlik, eksiklik, değersizlik, sevilmezlik, istenmeme gibi inançlardan oluşur. Ara inançlar tutum, varsayım ve kurallar şeklinde olabilir. Örneğin yetersizlik temel inancına sahip bir kimse tutum olarak yetersizliğin korkunç bir şey olduğunu, varsayım olarak eğer fazla çalışırsa başara-bileceğine inanabilir; kural olarak da "her zaman elimden gelenin en iyisini yapmalıyım ve her şeyde mükemmel olmalıyım" türünden düşünebilir (Beck, 1995, s. 160). Otomatik düşünceler kişinin her hangi bir olumsuzluk karşısında kafasında canlanan ilk düşüncelerdir. Örneğin yetersiz olmanın korkunç olduğunu, fazla çalışırsa başarılı olabileceğini ve her yaptığı şeyde mükemmel olmayı düşünen biri sıkıntıya düştüğü anda kafasından "bunu yapmam", "bunları asla öğrenemem" gibi otomatik düşünceler geçer (Beck, 1995, s. 160).

Kişinin psikolojik sorunlarının ortaya çıkması ve sürdürülmesi döngüsünde otomatik düşünceler en yakın (proksimal) nedenselliğe sahiptir. Temel ve ara inançlar adeta birer yatkınlaştırıcı etmen gibi işlev görür; kişiyi belli yöndeki otomatik düşüncelere yönlendirirler. Uykusuzluk, üzüntü, güdü kaybı, yoğunlaşamama, sosyal içe çekilme, iştahsızlık, zevk alamama gibi belirtilerin ortaya çıkmasını olumsuz otomatik düşünceler sağlar. Bu tür düşünceler doğrultusunda kişi duygusal tepkiler geliştirir. Bu döngü oluştuktan sonra hem otomatik düşünceler intihara karşı bir tetikleyici olarak işlev görür hem de kişinin içinde bulunduğu duygusal durum bu tür düşünceleri doğrulamaya başlar. Bir kısır döngü kişiyi sarıp sarmalar ve kendi gerçekliğini yaratır. Kişi için hoş olmayan bu gerçeklikten kurtulmanın yolu bazı kimseler için sadece intihar olarak belirginleşir.

Ruhsal sorunları olan kimselerin düşünce, inanç, tutum ve beklentileri işlevsel değildir. İşlevsel olmayan düşünceler kişinin sorun yaşamasına neden olur. Bilişsel-davranışçı te-

rapideki ana hedef, kişinin yukarıda sözü edilen işlevsel olmayan bilişlerini belirlemek ve daha işlevsel olanlarıyla yer değiştirmektir. İlk baştaki hedef, kişinin olumsuz otomatik düşüncelerini olumlu olanlarıyla değiştirmektir. Bu, semptomatik bir tedavi anlamına gelir. Ana hedef ise kişinin işlevsel olmayan temel inançlarını daha işlevsel olanlarıyla değiştirmektir. Temel inançların değiştirilmesi kalıcı sonuçlar doğurur. Terapist bu değişiklikleri yaparken hastasına ödevler verir. Bu ödevler hastanın gelecek seansa kadar yapması gereken davranışlar ya da tutması gereken kayıtlar olabilir. Bilişsel terapi içeriğinin davranış terapisiyle birleşmesi sonucu oluşan bilişsel-davranışçı terapi, davranış terapisi gibi bilimsel yöntemle sıkı sıkıya bağlılığıyla bilinmektedir.

Bilişsel-davranışçı terapinin ilk aşamasında hasta ve sorunları hakkında olabildiğince ayrıntılı bilgi toplanır. Hastanın sorunlarının neler olduğunun üzerinden geçilir. Hastaya duygu ve düşünceler arasındaki ayrımı yapabilmesi için örneklerle bilgi verilir. Tedavinin amaçlarının neler olduğu üzerinde durulur. Bilişsel-davranışçı tedavi modeli hastaya anlatılır. Savaşır ve Batur (1998) hastanın tedavi ve mantığını daha iyi anlayabilmesi için ev ödevi olarak ona konuyla ilgili kitapların önerilebileceğini belirtmektedirler. Hastaya gelecek görüşmeye kadar yapması gereken ödevler verilir. Bu ödevler, konuyla ilgili kitap okuma olabileceği gibi, sorunlarla ilgili kayıt tutulması da olabilir. İlk görüşme, gelecek görüşmede ele alınacak konuların belirlenmesinden sonra sonlandırılır.

İkinci ve diğer seansların başında bir önceki seansta verilen ödevlerin üzerinde durulduktan sonra, o gün ele alınacak konuları içeren bir gündem oluşturulur. Gündem oluşturulduktan sonra, gündem maddelerine geçilir. Ev ödevleri mutlaka gözden geçirilir. Hastanın ev ödevlerini anlayıp anlamadığı ve yaşadığı sorunlar ele alınır. Görüşmede hastanın düşüncelerinin üzerinde durularak bilişsel model çerçevesinde

temel ve ara inançlarıyla otomatik düşüncelerinin saptanması için çalışılır. Hastanın işlevsel olmayan varsayım ve inançlarının belirlenmesi üzerinde dikkatle durmak gerekir. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi için, sorun davranışın yaşandığı anda ya da terapi sırasında duygu durumundaki değişikliklerin olduğu anlarda, kişinin kafasından ve gözünün önünden neler geçtiği sorgulanır. Otomatik düşünceler bazen imaj olarak ortaya çıkabilir. Bu sebeple, sayılan durumlarda hastanın imgeleminden neyin geçtiğinin sorgulanması önemlidir. İşlevsel olmayan düşüncelerin belirlenmesinde, ev ödevleri olarak verilen çizelge ve kayıtlar son derece bilgi vericidir. Bu görüşmelerde ana amaç, mantık veya düşünme hatalarının neler olduğunun belirlenmesidir. Bilişsel ve bilişsel-davranışçı terapinin nasıl uygulandığıyla ilgili bilgiler Beck (1995) ve Savaşır ve Batur (1998) tarafından ayrıntılı verilmiştir.

İntihar sorunu olan hastaların bilişsel-davranışçı tedavisinde ana hedef, yukarıda tanımlanan model çerçevesinde hastanın temel inançları, işlevsel olmayan varsayımları ve olumsuz otomatik düşüncelerinin bulunup yerlerine daha işlevsel olanlarının konmasıdır. İntihar eğilimi olan kimselerde ne tür bilişsel etmenlerin olduğu, psikolojik etmenler ve intihar bölümünde ele alınmıştır. Burada üzerinde durulacak ana nokta, bilişsel çarpıtmalar yahut düşünme hataları ve işlevsel olmayan sayıltılardır. Bu model doğrultusunda hastanın düşünme hatalarının neler olduğunun ortaya çıkartılması ve bunların hastaya gösterilmesi gerekir. Ya hep ya hiç şeklinde bir düşünme şekline sahip bir kimseye bu düşüncenin neden olduğu sıkıntılar anlatılır. Böyle düşünmenin gerçeklerle bağdaşmadığı gösterilebilir. Örneğin "ben başarısızın tekiyim" diye düşünen hastaya bu düşüncesinin ne kadar doğru olabileceği, bu düşüncüyü destekleyen kanıtların ve bu düşüncelere karşıt olan verilerin olup olmadığı; varsa nelerin olduğu üzerinde durulur. Büyük bir olasılıkla bu tür kimseler ya hep ha hiç tarzındaki düşünceleri ve seçici algılamaları

nedeniyle kendilerinin sadece olumsuz yönlerini ve başarısızlıklarını görmekte-dirler.

Kendini öldürecek kadar depresyonda olan birisi, bir takım işlevsel olmayan tutum ve varsayımlara sahiptir. Terapiyle hastanın işlevsel olmayan tutum veya varsayımlarının yerine işlevsel olanlarının konulması amaçlanmaktadır. İşlevsel olmayan varsayımlarla, "mutlu olabilmem için herkes tarafından sevilmem gerek", "yaptığım her işte dört dörtlük olmalıyım", "kimse beni sevmiyor" gibi düşünce ve inançlar kastedilmektedir. Terapide hastaya bu düşüncelere ne kadar inandığı, bu düşüncelerin lehinde ve aleyhinde olabilecek delillerin neler olabileceği sorulur. Bunların yerine daha işlevsel olan, kişinin uyumuna yardımcı olacak düşüncelerin bulunması ve benimsenmesi öğretilir. Örneğin daha önce intihar eğilimi sergileyen bireylerin mükemmeliyetçi bir yapıda oldukları üzerinde durulmuştu. Bu tür kimseler bir konuda veya yaptıkları işlerde ne kadar iyi olurlarsa olsunlar algıda seçicilik ve bilişsel katılık gibi bilişsel özelliklerinden dolayı iyi yönlerini göz ardı edip sadece kötü yönleri üstüne yoğunlaşırlar. Böylesi bir tutum kişinin uyumunu güçleştirir ve duygusal sorunlar yaşamasının önünü açar.

SORUN ÇÖZME VE İNTİHAR

İntihar kişinin çözümsüz diye algıladığı bir olay yahut durum karşısında kendini öldürmeyi bir çözüm olarak görmesi sonucu başvurduğu bir davranıştır. Bu davranışı sergileyen kimselerin sorun çözme becerilerinin zayıf olduğu, konuyla ilgili çalışmaların ortak bulgularındandır. Yeterli sorun çözme becerisine sahip olmama, bu tür kimseler arasında önemli bir bilişsel risk etmeni olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar davranışı sergileyen kimselerin sorun çözme becerileri açısından yetersiz oldukları gösterilmiştir (Levenson ve Neuringer 1971; Rotheram-Borus ve ark. 1990; Schotte ve Clum 1987; Weishaar 1996). Ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada Eskin ve ark. (2006) sorun çözme becerilerinin hem intihar

düşünceleri hem de intihar girişimlerinin bağımsız yordayıcısı olduğunu göstermişlerdir.

Bir sorunun çözümü bireyin problemle ilgili farklı seçenekleri göz önüne alarak, değişik çözüm şekilleri arasında bilişsel geçişleri yaparak, yaratıcı çözümler üretebilmesini gerektirir. İntihar girişiminde bulunan kimseler karşılaştıkları sorunlarla ilgili olarak değişik çözüm şekillerini üretememektedirler (Platt ve ark.1975). Bu tür kimseler karşılaştıkları sorunlar karşısında değişik çözüm seçeneklerini görememektedir.

Bilişsel katılık intihar davranışı sergileyen kimselerin ortak bilişsel özelliğidir. Bilişsel katılık gösteren kimseler herhangi bir sorunun çözümünü için gerekli olan esnekliğe sahip değildir. Böyle olunca da kişi karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düşer. Yaratıcı sorun çözme ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Mraz ve Runco (1994), sorun çözmeye hem yaratıcılığın hem de esnekliğin önemine işaret etmektedir. İntihar davranışının açıklamasında önemli bir yere sahip olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, sözü edilen bu bilişsel katılıktır. Kişinin yaşamda karşılaştığı zorluklar, bilişsel katılık ve sorun çözme beceri yetersizlikleriyle etkileşim halindedir.

Yetersiz sorun çözme becerisi sergileyen kimse, bir problem yahut bir durumla karşılaştığında içinde bulunduğu sorunun çözümüne yarayacak alternatif çözüm şekilleri üretemez. Karşılaştığı sorunu çözmek için değişik çözüm önerileri getiremeyen kişi çözümsüzlükle birlikte umutsuzluğa düşer. Yaşadığı umutsuzluk düzeyi arttıkça, kişi depresyona daha yatkın hale gelir ve en sonunda da kendi yaşamına son verecek davranışlara yeltenebilir (Clum ve ark. 1979; Schotte ve Clum, 1982; 1987). Bilişsel katılık sonucu ortaya çıkan yetersiz sorun çözme becerisi, kişiyi intihara yatkınlaştıran bir etmendir. Sorun çözme becerilerinin yetersiz olması veya kişinin sorunla karşılaşması intihar riskini bağımsız olarak et-

kilemez. Önemli olan kişinin sorun çözme becerisinin düşük olmasının yanı sıra çözümü güç bir sorunla da karşı karşıya kalmasıdır. Bu alan yazında diatez-stres modeli olarak adlandırılmaktadır. Böyle bir durumda kişi umutsuzluğa düşebilir. Değinildiği gibi, kendini öldüren veya bunun için niyetlenen kimselerin en büyük ortak özelliği umutsuzluk içinde olmalarıdır.

Clum ve arkadaşları tarafından öne sürülen bu modelin görgül sınamaları modelin doğruluğuna işaret etmektedir. Schotte ve Clum (1982) araştırmayı üniversite öğrencileri arasında yapmışlardır. Modelin öngörüsü doğrultusunda, yetersiz sorun çözme becerisi sergileyenler stres düzeyleri yüksek olduğunda en fazla intihar eğilimi sergileyen grup olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri dışında model psikiyatri hastaları arasında da sınanmıştır. Bir çalışmada Dixon ve ark. (1994) psikiyatrik hastalar arasında yetersiz sorun çözme becerilerinin intihar düşüncelerini yordadığını ve bu yordamanın stres faktörüyle birleştiğinde daha da güçlendiğini göstermişlerdir. Bir başka çalışmada da Priester ve Clum (1993) problem çözme becerisinin stresli yaşam evrelerindeki insan uyumu ve ruh sağlığı için önemli olduğunu görgül olarak ortaya koymuşlardır.

Modeli sınavan çalışmaların çoğunun ABD'li deneklerle yapılması bir sınırlılık gibi algılanabilir. Bir çalışmada Yang ve Clum (1994) A.B.D.'de öğrenim gören Asya kökenli öğrenciler arasında sorun çözme, yaşam stresi, sosyal destek, umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Path analizi yöntemi kullanılarak yapılan veri analizinin sonuçlarının modeli desteklediği bulunmuştur. Çalışmada, yaşam stresi olmayanların, sorun çözme becerileri zayıf olsa bile intiharı düşünmedikleri; ama kişinin hem sorun çözme becerisi zayıfsa hem de yaşam stresi varsa intihar etmeyi düşündüğü görülmüştür. Psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışmada Eskin ve ark. (2006) diatez-stres modelini destekleyen bulgu-

lar elde etmişlerdir. Modelle uyumlu olarak hem intihar düşüncesi olan hem de intihar girişiminde bulunan hastaların yetersiz sorun çözme beceri düzeyine sahip fakat yüksek yaşam stresi olan hastalar arasında yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

Bilişsel katılık sonucunda, birey sorunlarla karşılaştığında değişik çözüm önerileri üretmemekte ve içine düştüğü umutsuzluk nedeniyle intiharı tek çıkış yolu olarak görmektedir. Bazı çalışmalar intihar davranışı sergileyen kimselerin sorunlar karşısında ürettikleri çözümleri uygulayamadıklarını göstermektedir. Bir çalışmada Wilson ve ark. (1995) 20 intihar girişiminde bulunan psikiyatri hastası ergeni, 20 psikiyatri hastası olmayan kontrol grubuyla karşılaştırmışlardır. Diğer çalışmaların aksine bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin bilişsel katılık sergilemedikleri bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunanlar sorunlar karşısında, girişimde bulunmayanlar kadar çözüm önerileri üretebilmişlerdir; ancak bu grubun sorunlarıyla baş etmede ürettikleri çözüm şekillerinden daha azını gerçekten kullandığı saptanmıştır.

İntihar davranışı sergileyen kimselerin sorunlarla karşılaştıklarında gerek alternatif çözümler üretebilme gerekse ürettikleri çözüm şekillerini kullanmada gösterdikleri beceri eksikliklerinin yanı sıra kendi canına kıymayı karşılaşılan problemlerin bir çözümü olarak görme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Herhangi bir intihar eğilimi sergilemeyen kişiler dahi intiharı karşılaşılan sorunların çözümünü olarak görmektedir. Örneğin ergenler, intihar ederek kendini öldüren yaşlılarının böyle yapmakla sorunlarını çözdüğüne inanmaktadırlar (Eskin, 1997). Orbach ve ark. (1987) intihar davranışı gösteren çocukların, intiharı istenen bir çözüm gibi gördüklerini belirtmektedir. Linehan, ve arkadaşları (1987), intihar girişimi nedeniyle psikiyatri kliniğinde yatan ve psikiyatride yatmayan hasta grupları ile yaptıkları çalışmada intihar girişimi hastalarının intiharı sorunlarını çözeceğine inandıklarını saptamışlardır. İnsanların intiharı sorunlar karşısında bir

çözümü gibi algılamaları ve görmeleri kuşkusuz ana hedefle uyumlu bir strateji değildir.

SORUN ÇÖZME TERAPİSİ

Sorun Çözme Terapisi (SÇT) ruhsal sorunların sağaltımında son zamanlarda artarak uygulanan bir bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımıdır. Alışılmış bilişsel-davranışçı terapiye göre üstünlüğü kısa süreli ve yapılandırılmış olmasıdır. Yapılandırılmış olması SÇT'nin hem öğrenilmesini hem de öğretilmesini kolaylaştırmaktadır. Onun için psikoloji/psikiyatri alanında tercih edilen bir tedavi yaklaşımıdır. İlgili alan yazın incelendiğinde iki tür SÇT yaklaşımından bahsedilebilir. Bunlardan ilki özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların ruhsal sıkıntılarını ele almada kullanılan versiyonu diğeri ise daha çok ruh sağlığı hizmetlerinin yoğun verildiği merkezlerde uygulanan şeklidir.

Bir önceki bölümde görüldüğü gibi sorun çözme beceri eksiklikleri intihar davranışı sergileyen kimselerin önemli bilişsel özelliklerinden birisidir. Başka bir deyişle problem çözme becerilerindeki yetersizlik/etkisizlik önemli bir intihar risk faktörüdür. Bu risk etmenini anlayabilmek intihar gibi önemli bir halk sağlığı sorununun önlenmesi ve tedavisi için geliştirilebilecek stratejiler için önemlidir. Sorun çözme becerilerinin yetersizliğiyle ilgili bulgular, intihar riski taşıyan hastaların tedavisinde ve bu tür davranışların önlenmesinde önemli bir çalışma alanı sunmaktadır. Tedavi ve önleme yaklaşımlarında intihar sorunu olan kimselere sorun çözme becerilerin öğretilmesi önemli bir stratejidir.

Pratiğe dönük olarak önemli olan nokta sorun çözme becerilerinin nasıl ve hangi düzeyde kavramsallaştırılacağıdır. Konuyla ilgili alan yazın incelendiğinde sorun çözme davranışının üç ayağının olduğundan bahsedilmektedir. Bunlar:

1. Kişinin Karşılaştığı Sorunlara İşlevsel Yaklaşım Yaklaşmadığı: İnsanın karşısına çıkan bir problemi başarılı bir biçimde çözüp

çözemeyeceği kişinin soruna nasıl yaklaştığı, onu nasıl gördüğü ve soruna ilişkin nasıl davrandığıyla ilintilidir. Daha önce de değinildiği gibi kişinin içinde bulunduğu sorun durumu nasıl algıladığı vereceği tepkilerin doğasını şekillendirecektir.

2. Kişinin Karşılaştığı Problemler Karşısında Değişik Çözüm Seçenekleri Üretmediği: Bazı insanlar bir sorun karşısında tek bir çözüm üzerinde durmaktadır. Bir önceki bölümde değinildiği gibi bilişsel katılık özelliği sergileyen kimseler yaşadıkları sorunlar karşısında tek bir çıkış yoluna odaklanıp kalmaktadır.

İntihar sorunu olan kimselerin durumunda bu çözüm veya çıkış yolu kendini öldürmektir. Kişi başka çıkış yollarını görememektedir.

3. Kişinin Sorun Durumla İlgili Ürettiği Çözüm Seçeneklerini Uygulayıp Uygulamadığı: Bazı kimseler bir sorun karşısında değişik çözüm önerileri üretebilse bile bunları uygulama konusunda değişik sebeplerle isteksiz ya da başarısız olmaktadır.

Kişinin karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesi için sadece çözüm üretmesi yetmez, aynı zamanda ürettiği çözümleri uygulayabilmesi, onları hayata geçirebilmesi gerekir.

Sorun çözme terapisinin değişik uygulama biçimleri vardır. Bir uygulama biçimi birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan şeklidir ve Mynors-Wallis tarafından İngiltere'de uygulanmaktadır. Son zamanlarda bu versiyonun Amerika Birleşik Devletlerinde de kabul gördüğü gözlemlenmektedir. Bu, Gath ve Mynors-Wallis (2000) tarafından uygulaması kolay bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sorun çözme terapi yaklaşımı bir diğer uygulama biçimidir ve D'Zurilla ve Goldfried (1971), ve D'Zurilla ve Nezu, (1999) tarafından geliştirilmiştir. Bugün uygulanmakta olan SÇT yaklaşımları birbirleriyle büyük ölçüde örtüşüklük göstermektedir. En önemli fark birinci basamakta uygulanmakta olan şeklinin sorun yönelimi kısmının olmayışındır.

Birinci basamak SÇT'den farklı olarak sosyal problem çözme yaklaşımı insanların sorunla karşılaştıklarında takındıkları tutum ve davranım tarzlarını ifade eden sorun yönelimi ve sorun çözme tarzlarını tanımlamaktadır. Sorun yönelimi kişinin bir problemle karşılaştığında sergilediği duyuşsal tepkileri dile getirmektedir. Sorun çözme tarzı ise kişinin bir problemi çözmek için gösterdiği davranım eğilimleridir. Bunun dışında insanların akılcı sorun çözme süreçleri hem birinci basamakta hem de sosyal problem çözme yaklaşımında aynıdır. Burada sorun çözme terapisinin üç bileşeni de ele alınacaktır. Bunlar:

1. Soruna Yönelim
2. Sorun Çözme Tarzı
3. Akılcı Sorun Çözme

1. SORUNA YÖNELİM

Sorunlara olumlu bakış geliştirilmesi

Sorunlara olumlu bakış açısı geliştirmek olarak ifade edilebilecek olumlu sorun yöneliminin temelde iki işlevi vardır. İlk işlev sorunlara karşı danışanın olumlu bir şekilde güdülenmesini sağlamaktır. Sorunlara olumlu bakış açısı geliştirmekle kişinin karşılaştığı veya potansiyel olarak karşılaşılabileceği sorunlara karşı olumlu bir biçimde bakabilmesi, onları birer tehdit olarak algılamak yerine kişisel gelişimine katkı sağlayabilecek olanaklar olarak görebilmesi kastedilmektedir. İkinci işlevi, olumlu sorun yönelimi geliştirmekle işlevsel olmayan sorun çözme tarzlarının azaltılmasıdır. Dikkatsiz-dürtüsel ve kaçınan sorun çözme tarzlarının problemleri halletmek yerine kendileri birer sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Olumlu sorun yönelimiyle bu tür hareket tarzlarının minimuma indirilmesi hedeflenmektedir.

Bilindiği gibi intihar sorunu olan kimseler sorunları çözmek yerine onların ya yok olmasını beklemekte ya da kendilerini öldürerek sorunların ortadan kalkmasını dilemektedirler. İntihar davranışı sergileyen kimseler karşılaştıkları sorun durumlara karşı olumlu tutum sergilemek bir kenara olumsuz bir bakış açısı ve yaklaşıma

sahiptir. İntihara eğilimli kimseler bazen sorunu görmemekte veya görmek istememektedir. Danışanın sorunu fark etmesinden sonra sıra onlara karşı olumsuz bakış açısını değiştirerek olumlu bir bakış açısı geliştirmesi için gerekli girişimsel yardımların yapılmasına gelir. Amaç, kişinin yaşamda karşılaştığı sorunlar karşısında onu zor durumda bırakmadan olumlu ve zora sokmayacak bir bakış açısı geliştirmesidir. Karşılaştığı sorunlara karşı olumsuz yaklaşan ve onları birer tehdit olarak gören bir kimse problemlerinin çözümü için gerekli çaba göstermek için güdülenmekte zorlanır.

Bir sorun çözme terapisti olarak insanların sorunlara karşı olumlu bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olabilmek için onların karşılaştıkları problem durumlar karşısında ne tür tavır ve tutum sergilemeleri gerektiğinin bilinmesi önemlidir. Burada yapılacak girişim ve uygulanacak terapötik teknikler devreye girmektedir. Aşağıda kişinin soruna olumlu bakış açısı geliştirebilmesi için gerekli olan güdüsel özellikler ve soruna olumlu sorun yönelimi için uygulanabilecek girişim örnekleri verilmektedir.

Sorunların yaşamın vazgeçilmez unsurları olduğunun görülmesi

Problemlerin hayatın kaçınılmaz unsurları olduğu fikrini benimseyen bir kimse karşılaşılabileceği sorun durumları algılama ve fark edebilme konusunda mesafe kat etmiş sayılır. Sorunları hayatın bir parçası olarak gören bir kişi zaten onlara karşı olumlu bir tutum içine girmiş sayılır.

Burada danışanın sorunlarla ilgili görüşleri, değerlendirmeleri, yaşam içerisinde sorunları nasıl algıladığı gibi konular üzerinde durulabilir. Bir ruh sağlığı çalışanına yardım için başvuran bir kimse bir çok problemle uğraşmak zorunda kaldığı için doğal olarak sorunlardan bıkmış bir tavır sergileyecektir. Bu aşamada terapist kendisini anladığını, içinde bulunduğu durumun zorluğunu görebildiğini belirterek danışanla eş duyuma dayalı bir ilişki kurmayı amaçlayarak bunu gerçekleştirmelidir. Sürekli sorunlarla boğuşan birisi sorunsuz bir yaşam arzular.

İnsansı olan budur. Bunun terapist tarafından anlaşıldığını hisseden bir danışan daha sonraki aşamaya hazır hale gelecektir.

Kendisinin anlaşıldığını, sorunlarla dolu bir yaşam sürdüğünün görüldüğü ve onaylandığını hisseden ve yaşayan bir danışan hayatta karşılaşılabilecek sorunların normal kişisel zaman akışının bir parçası olabileceğinin üzerinde düşünmeye ve onu tartışmaya daha hazırlıklı ve istekli olacaktır. Bu aşamada danışana terapist kendi yaşamı ve diğer insanların yaşamaları arasında karşılaştırmalar da bulunmasını isteyerek diğerlerinin hayatında da danışaninki gibi sorunların olduğunu görmesini sağlamaya yardımcı olabilir. Diğer insanlarla kendi hayatını karşılaştırması sonucu danışan sorunların aslında kaçınılmazlığını kabullenmeye yatkın bir hale gelebilir.

Diğer taraftan sosyal karşılaştırma sonucu problemlerin yaşamın bir parçası olduğuna yatkınlaşan birey bunu bu şekilde duyumsayabilmelidir. Terapist bu aşamada danışana değişik yaşam formlarını hayal etmesini ve hangilerinin daha gerçekçi olabileceğiyle ilgili sorular sorabilir. Problemleri olan bir hayatla olmayan bir yaşamın karşılaştırması yapıldıktan sonra terapist danışanıya beraber bazı sorunları içeren bir yaşamla hiçbir problem olmayan bir hayatın hem gerçekçiliği hem de olumlu ve olumsuz yönleri üzerinde durabilir. Bu tür girişimin amacı sorunsuz bir yaşamın hem gerçekçi olmayabileceği hem de insanın gelişimi açısından problemlerin olması gerektiği duygusunu danışanda uyandırmaktır.

Sorunların çözülebileceğini düşünebilmek

Sorun tespit edildikten ve yaşamın bir parçası olarak görüldükten sonra birey sorunla karşı karşıya kalmış olur. Bu durumda kişi iki düşünce içine girebilir. Bunlardan birincisi ben sorunu çözebilirim düşüncesidir. Diğer ise ilkinin tersi olan ben bu sorunu asla çözemeyeceğim düşüncesidir. Tahmin edileceği gibi ikinci düşünce başarısızlık olasılığını yüzde yüz olmasa da büyük oranda artırır. Kendi kendini

gerçekleştiren kehanet ortaya çıkabilir, yani kişi yapamayacağım diye kendini şartladıkça normalde yapabileceği bir işi yapamaz hale gelebilir. Karşı karşıya kaldığı sorunu çözebileceği düşüncesi ise kişiye güven ve rahatlık verir. Bu da sorunu çözme olasılığımızı artırır.

Bir danışanın karşılaştığı herhangi bir sorunla ilgili olarak sözü edilen durumu çözülebilir bir şekilde görebilmesi bir takım kişisel etmenlere bağlıdır. Bir problemle karşı karşıya gelen bir kimsenin aklına gelişimsel özelliklerine bağlı olarak alışkanlık sonucu o durumla ilgili bazı düşünceler gelebilir. Örneğin, bir sorunla karşılaşan kimsenin aklına otomatik olarak "ben bunu çözemem" türünden bir düşünce gelebilir. Ya da bir sorunla karşılaşan bazı kimseler "benim bunu çözmeye gücüm yetmez, ben çözemem" gibi düşünebilir. Böyle durumlarda kişi sorunu çözmek için gerekli olan çabalardan uzak durur ve çözümü gerçekleştirmez. Bilindiği gibi ilk durum otomatik düşüncelere ikincisi de kişinin sorun çözmeyle ilgili öz yeterlik duygularına denk gelmektedir.

Danışanda sorunlarının çözülebileceği duygusunun gelişimini engelleyen otomatik düşüncelerin saptanması halinde bu düşüncelerin etkisini azaltmaya veya sıfırlamaya yönelik sağıltımsal girişimler gereklidir. Terapist bu tür düşünceleri bulup çıkardıktan sonra bilişsel çalışma yöntem ve tekniklerini kullanarak danışanın sözü edilen işlevsel olmayan otomatik düşüncelerinin yerine daha işlevsel olanları koyabilmesine yardımcı olmalıdır. Bu tür otomatik düşüncelerin doğruluk payının ne olduğu, kişinin buna ne ölçüde inandığı, böyle düşünmenin olası etkilerinin neler olduğu araştırıldıktan sonra kişiye bu düşüncelerin yerine daha işlevsel düşünceleri nasıl geliştirebileceği öğretilir. Bu tür otomatik düşüncelere Nezu ve ark. (1999) psikososyal onkoloji alanındaki sorun çözme terapisi uygulamalarında "kişinin kendine yönelik olumsuz ifadeleri" olarak adlandırmaktadırlar. Bu tür ifadelerin kişi tarafından bulunarak tartışılması veya tersine

çevrilmesinin kişinin sorunların çözülebileceğine inanç geliştirmesine katkı sağlayacaktır.

Diğer taraftan danışan hiçbir zaman kendisini sorunları çözebilen biri olarak görmeyebilir. Böyle bir durumda kişi kendisini çaresiz ve beceriksiz biri olarak görecektir. Kendisini sorunları çözebilen bir durumda hayal bile edemeyebilir. Bunu yapamayan kimseler kuşkusuz problemler karşısında kendilerini yetkin olarak algılayamayacaklardır. Bu yüzden böyle danışanların yaşantısal düzeyde öz yetkinlik duygusunu hissetmeleri sağlanmalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için Nezu ve ark. (1999) bir hayal etme tekniği kullandıklarını belirtmektedirler. Yazarlar bu tekniğin özellikle kendisini çaresiz hisseden depresyon hastaları için uygun olduğuna işaret etmektedirler. Buna göre sorun çözme terapisti danışanına imgelemde kendisini herhangi bir sorunu çözmüş gibi hayal etmesini isteyerek problemi çözdükten sonra nasıl hissedebileceği, sorunu çözdükten sonra nelerin ne yönde değişeceği, nelerin aynı kalacağı gibi konuların üzerinde durulduğu alıştırmalar yaptırılmalıdır.

Danışanın sorunlara karşı olumlu bakış açısı geliştirmesine yardımcı olacak bir diğer sağaltımsal teknik terapistin "şeytanın avukatlığını" oynamasıdır (reverse role advocacy role-play). Bu teknikte terapist sorunlar karşısında gösterilebilecek tutum ve davranışların en uçta olanlarını seçerek danışana karşı bunu dile getirerek oynar. Danışandan terapist dile getirdiği görüşün aksine görüşler ileri sürmesini, kendisinin dile getirdiği görüşün neden akıl dışı ve mantıksız olabileceğiyle ilgili fikirler üretmesini ister. Örneğin, bir soruna sahip olmanın doğal olmadığını hisseden, sorunların hep kendisini bulduğunu düşünen ve kendisini çok talihsiz gören bir danışana karşı problem çözme terapisti "hayatta herkesin sorunla karşılaşmadığını" veya "sorunum varsa deli sayılıyorum" gibi düşünceler ileri sürerek danışanın bu tutum ve düşüncelere karşı düşünceler

geliştirmesini ve bunların neden mantıksız olabileceği konusunda düşünmesini isteyebilir.

2. SORUN ÇÖZME TARZI

Sorunlardan kaçmamak

Daha önceki bölümlerde ele alındığı üzere etkin sorun çözmeyi başaramayan kimselerin bazıları sorunları görseler ve problem olarak algılasalar bile yaşamlarındaki bu tür durumlardan kaçınmak eğilimindedirler. Sözü edilen bu kimseler kaçınan sorun çözme tarzını kullanan kimselerdir. Problem çözme biçimi kaçınma olan kimseler problemlerden kaçmakta, bilinçli veya bilinç dışı sorunların varlığını göz ardı etmektedirler. Bu kişiler karşılaştıkları sorunları çözememelerinin getirdiği sıkıntıların yanı sıra çözüme kavuşturulmamış sorunlar başka tür problemler olarak kişinin karşısına çıkacaklardır.

Karşılaştığımız sorunu çözemeyeceğimizi düşündüğümüzde yaptığımız ilk şey çoğu zaman sorundan kaçmak olur. Kaçmak sorunun bizde yarattığı kaygıyı azaltmakta o an çok yararlı gibi görünebilir. Ancak sorundan kaçmamız sorunun çözülebileceği anlamına gelmemektedir. Sorunun getirdiği sıkıntılar devam ettiği için kısa bir zaman içinde azalan kaygı yerine yeniden gelir ve bazı durumlarda daha da artış gösterir. Sonuç olarak kişinin sıkıntıları artarak katlanılmaz bir hal alabilir. Kuşkusuz ki sorunu çözemeyeceğimiz düşüncesi o anda dayanılmaz bir sıkıntı verebilir ve kaçma davranışını en mantıklı davranışmış gibi ortaya koymamıza neden olabilir. Bu durumu çoğu insan, hayatının belli dönemlerinde karşılaştığı sorunlara karşı hissetmiş olabilir. Böyle bir durumda yapılması gereken doğru davranış durmak ve sorunun üstüne gitmek için düşündürmektir.

Bir kimsenin sorunlardan kaçınmasının altında kuşkusuz değişik nedenler yatabilir. Bunlardan ilki kişinin sorunlara ilişkin görüş, düşünce ve duygularıdır. Kişi sorunların çözülebileceği yönünde bir düşünceye sahip olabilir. Veya kişi karşısına çıkan sorunları kendisinin

çözemeyeceği gibi bir duygu ve düşünceye sahip olabilir. Her iki durumda da kişi karşısına çıkan sorun durumlarla uğraşmak, onları çözüme kavuşturmak için yeterli güdü ve isteğe sahip olamayacaktır. Başka bir anlatımla bu tür duygu ve düşünceler hem kişinin problem duruma ilgi duyabilmesini engelleyecek hem de sorun karşısında kendisini yetersiz hissetmesine neden olacaktır. Bunların sonucunda kişi karşısına çıkan sorunlardan kaçma eğiliminde olacaktır.

Kişi sorunlardan kaçınmasına yol açan etmenlerin kendisinin onlarla ilgili görüş, düşünce, tutum ve duyguları olduğunu gördükten sonra bunları yenmek veya etkilerini minimuma indirebilmek için neler yapılabilir diye sorulabilir. Kişi karşısına çıkan sorunlardan kaçınmadan onların üstüne nasıl gidebilir? İlık olarak danışanın sorunlarla ilgili duygu, düşünce ve değerlendirmeleri bir önceki bölümde ele alınan bilişsel yöntemlerle ele alınabilir. İkinci olarak danışandan problemleri çözerse yaşamının nasıl olacağı, nelerin hangi yönde değişeceği, ve nelerin aynı kalacağını hayal etmesi ve değerlendirmesi istenebilir. Aynı şekilde, danışandan sorunları çözmekten kaçındığı zaman yaşamının nasıl olacağı, nelerin hangi yönde değişeceği, nelerin aynı kalacağını hayal etmesi ve değerlendirmesi istenebilir. Bu tür alıştırmaların sonucunda bireyin sorunlardan kaçınma eğiliminin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.

Düşünmeden hareket etmemek

Bilindiği gibi düşünmeden hareket etmek işlevsel olmayan dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzının bir özelliğidir. Bu tür problem çözme tarzına sahip kimseler sorunlar karşısında akıllarına ilk gelen düşünceyle hareket etmekte ve yapacakları şeyleri ve atacağı adımların sonuçlarının neler olabileceği konusunda bir fikre sahip değildirler. Bilindiği gibi bunlar aslında dürtüsellüğün ana özelliklerindedir. Sorunlar karşısında dürtüsel bir biçimde davranan ve yapacakları davranışların

sonuçlarını düşünmeyen kimseler problemleri çözme konusunda isteseler dahi başarılı olmazlar.

Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzını benimseyen kimselerin önemli özelliklerinden biri yaptıkları hareketin veya işlemin doğurabileceği olası sonuçları düşünmemektir. Hareketin neden olabileceği olası sonuçları düşünmedikleri için bu tür sorun çözme tarzını kullanan kimseler kafalarına ilk gelen düşünce ile hareket ederler. Örneğin, bu tür kimseler insan ilişkilerinde yapacağı davranışların veya söyleyeceği sözlerin karşısındaki kimse üzerindeki olası etkilerini düşün(e)medikleri için akıllarına ilk gelen düşünceyle hareket etmektedirler. Böyle bir davranış tarzı varolan sorunları çözmek bir yana daha derin ilişki sorunlarını beraberinde getirecektir.

Karşılaştıkları sorunlar karşısında düşünmeden hareket eden ve problemleri arzuladıkları şekilde çözümleyemeyen kimselere nasıl yardım edilebilir? Bu tür danışanlarla kullanılabilecek sağaltımsal bir teknik yukarıda sözü edilen "dur ve düşün" yöntemidir. Buna göre danışana bir sorun durumla karşılaştığında hemen harekete geçmeyip acele etmeden önce durup konuyla ilgili biraz düşünmesi öğretilir. Durma esnasında danışana bir süre derin nefes alıp vermesi öğretilir. Danışana ister nefes alıp verirken isterse sadece durma esnasında düşünebileceği söylenebilir. Danışandan sorunun ne olduğu, kişinin amaç ve hedeflerinin neler olduğu, ve yapacağı işlemlerin sonuçlarının neler olabileceği gibi konuları düşünmesi istenebilir. Gerekirse terapistin ofisinde bunların uygulamaları yaptırılabilir.

Sorunlar karşısında düşünmeden hareket eden veya böyle bir eğilime sahip danışanlarla uygulanabilecek bir diğer sağaltımsal teknik yapacakları davranış veya girişimlerin olası sonuçlarını düşünmesidir. Kişinin yapabileceği davranışların olası sonuçlarının neler olabileceği, bu sonuçların kendisini ve çevresini, ve geleceği nasıl etkileyebileceği değerlendirilme-

lidir. Bilindiği gibi dürtüsel davranan kimselerin ortak özelliği kısa erimli kazanımlara odaklanıp uzun erimli olanları düşünmemektir. Yapılacak sorun çözme girişimlerinin hem kendisi hem de zamanlamasının yol açabileceği sonuçların ele alınması bu tür eğilimlerin azalmasını sağlayabilir.

3. AKILCI SORUN ÇÖZMENİN İŞLEM BASAMAKLARI

Akılcı sorun çözme bileşeni kişinin içinde bulunduğu sorun durumu istediği yönde düzeltmek veya değiştirmek için yapacağı işlem basamaklarını içermektedir. Burada kişi bir dizi bilişsel işlem yaparak problemin üstesinden gelmeye ve durumu hedefi doğrultusunda değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bu aşamada kişinin yapması gereken işlem basamakları altı tanedir. Altı basamak aşağıda verilmektedir.

1. Sorunların tanımlanması

Sorunu fark edebilen ve olumlu bir yaklaşım sergileyebilen bir danışanın başarılı bir çözüm işlemine başlayabilmesi için problemi tanımlayabilmesi gerekmektedir. Gündelik yaşamda insanlar değişik sorun durumlarla karşılaşmaktadırlar. Bunların sorun olarak algılanması yeterli değildir. Bu tür durumların çözülebilecek problemler şeklinde tanımlanması gerekmektedir. Sorun çözmenin bu aşamasında sorunun tanımlama işlemi yapılmaktadır. Sorunların tanımlanması aşamasında yapılacak iş ve izlenecek yöntemler üç evreden oluşmaktadır.

Duygusal semptomların tanınması

Bu evrede hastanın semptom ve şikayetlerinin neler olduğu hakkında ayrıntılı bilgi toplanır. Ruhsal nedenlerle tedavi kurumlarına başvuran kimselerin şikayetlerinden en önemlileri umutsuzluk, anlamsızlık, boşluk, kaçıp kurtulma isteği, ajitasyon, dürtüsellik, kızgınlık, yoğunlaşmada zorluklar gibi duygusal belirtilerdir. Bazı durumlarda duygusal semptomlar mide yanması, baş ağrısı, iştahsızlık, uykusuzluk, cinsel istek azlığı gibi bedensel

yakınmalar şeklinde olabilir. Bu evrede kişinin duygusal belirtilerinin ayrıntılı bir şekilde listelenerek üzerinden geçilir.

Sorunun formüle edilmesi

Burada hastanın sorunları, çözümünde veya baş etmede zorlandığı problemlerin neler olduğu araştırılmalıdır. Ruhsal sıkıntılar yaşamasında kişinin sorun olarak gördüğü olaylar nelerdir? Kişi neden kendini mutsuz hissetmektedir. Onu bu duyguya iten neden veya sebepler nelerdir? Örneğin intihar olayını ele alırsak, kişiyi yaşamına son vermeye iten sorunlar nelerdir? Böyle bir davranışın görünürdeki nedenleri yani tetikleyicileri nelerdir. Bu tür sorunlar kişisel, ilişkisel, maddi, işle ilgili vb olabilir. Bu aşamada kişinin yaşamında karşılaştığı sorunların neler olduğu üzerinde durulur. Eğer hasta böyle bir sorun tanımlamıyorsa veya bunun için güdümlü değilse terapist klinik görüşme esnasında sorunları konusunda daha araştırıcı olmaya sevk edebilir. Hastaların sorunları ana hatlarıyla diğerleriyle ilişkiler, iş yaşamı, maddiyat, barınma, sağlık ve boş zamanların değerlendirilmesiyle ilgili olabilir.

Bu evrede sorunların neler olduğu, nelerden kaynaklandığı gibi konuların üzerinden geçilerek problemler belirlenmelidir. Hastanın sorunları dikkatli ve net bir biçimde tanımlanmalıdır. Bunu yaparken de hastanın katılımı ve hasta-terapist işbirliğinin önemi büyüktür. Herhangi bir sorunun çözümü ilk önce (onun) problem olarak görülmesi ve tanımlanmasıyla başlar. Buradan hareketle hastanın sorunlarının terapistte getirdiği semptomlarından farklı olarak tanımlanması gerekir. Yalnızca terapistin sorunların neler olduğunu görmesi yetmez. Problemin ne olduğunun hasta tarafından da algılanması gerekir. Sorunlar tanımlanırken iki hususa dikkat edilmelidir.

Bu hususlardan ilki sorunların net ve somut olarak listelenmesidir. Hastanın sorunlarının neler olduğu listelenir. Bu, hasta ve terapist tarafından beraber yapılır. Burada sorunu has-

tanın kendi ifadeleriyle dile getirmesi ve mümkünse yazarak listelemenin yapılması uygun olur. Problemler ortaya konulurken olabildiğince somut olunması gerekir. Gerçeklerle varsayımlar birbirinden ayırt edilerek gerçekçi olunmalıdır. Hastanın öznel varsayımlarına dayalı sorunlardan kaçınılmalıdır. Gerekirse işlevselliği olmayan bu tür varsayımlar birer sorun olarak ele alınabilir. Sorunun net ve somut olarak ortaya konulabilmesi için aşağıdaki sorular hastaya yol gösterebilir:

- Sorun nedir?
- Sorun ne zaman oluyor?
- Sorun ne sıklıkta olmaktadır?
- Sorun nerede oluyor?
- Sorun kimlerle ilgilidir?
- Sorun ne kadar ciddidir?
- Sorunun çözülme olasılığı nedir?

Sorunlar tanımlanırken dikkat edilecek hususlardan ikincisi ise karmaşık sorunların küçük parçalara ayrılmasıdır. Hasta genel bir sorundan bahsedebilir. Genel ve karmaşık sorunların ele alınmasının güçlüğü ortadadır. Bu tür sorunlar dile getirilmişse bunların böyle ele alınmasının zor ve terapötik hedefler bağlamında gerçekçi olmayacağı hastaya yalın bir dille anlatılmalıdır. Onun için karmaşık ve genel sorunların terapi esnasında ele alınıp çözülebilecek parçalara veya bölümlere ayrılması daha uygundur. Terapist hastayı bu doğrultuda yönlendirmelidir. Örneğin hasta sorunun "evliliği olduğunu" söyleyebilir. Burada terapistin hastayla, evliliğin hangi yönlerinin sorun teşkil ettiğini belirlemesi gerekir. Sorun eşle ilgili midir; çocuklarla ilgili midir; kişinin kendisinden kaynaklanan bir sıkıntı mıdır? Anlaşılacağı gibi sorun olarak "evlilik" terapi sırasında ele alınıp üzerinde çalışılmayacak kadar karmaşık ve geneldir. Genel bir sorun, üzerinde çalışılabilecek daha küçük parçalara ayrılmalıdır.

Duygusal semptomlar ve sorunlar arasında ilişki kurulması

Bu aşamada hastanın şikayetleriyle sorunları arasında bir bağ kurulmalıdır. Hastaya, şikayetlerinin, sorunlarına karşı verdiği duygusal tepkiler olduğu anlatılmalıdır. Burada kişiye, sorunlarına çözüm bulabildiği, onları çözebildiği zaman şikayetlerinin ortadan kalkacağı veya hafifleyeceği, örnekleriyle anlatılmalıdır. Şikayetlerin ortadan kalkması için sorunlara etkin çözümlerin bulunması gerekmektedir. Örneğin kendini öldüren kimselerin intiharı bir çözüm olarak gördükleri belirtilmektedir. Kişi sorunlarına işlevsel çözümler bulmaya teşvik edilmeli ve bu yönde yönlendirilmelidir.

Bu aşamada ana hedef duygusal belirtilerin ve sorunların belirlenerek ilişkilendirilmesidir. Danışan değişik nedenlerden ötürü sorununu veya sorunlarını görmüyor olabilir. Hasta sorun olarak duygusal semptomu görebilir. Bu durumda sorun çözme terapisti hastanın getirdiği belirtinin arkasında yatan gerçek sorunu görebilmeli ve hastasına bunu gösterebilmelidir. Problemin gerçekte semptom olmadığı ancak daha başka bir sorunun olduğu ve semptomun bu sorun yüzünden ortaya çıktığı belirtilmelidir. Terapist hastasının ileri sürdüğü şikayetlerle görüngen düzeyinin ilerisine geçerek altında yatan sorunları görebilmelidir. Hastasını da görmesi için eğitmeli ve güdülemelidir.

Örneğin, 14 yaşındaki Zeynep (kişinin gerçek ismi değildir) okul değiştirerek oturdukları aynı il sınırları içindeki şehrin yakınında bulunan başka bir şehirdeki bir okula geçmiştir. Okullar başladıktan sonra okulda ağlamaya başlamış ve bundan okul yönetimi ve Zeynep'in arkadaşları rahatsız olmuşlardır. Yazarın çalıştığı kliniğe babasıyla birlikte başvuran Zeynep sorununu ağlama olarak belirtmiştir. Okuldaki ağlamalar bittiğinde sorunlarının geçmiş olacağını belirtmiştir. Yazar tarafından uygulanan sorun çözme terapisinin ilerleyen aşamalarında Zeynep'in gerçek sorununun ağlama değil yeni okulunda çektiği arkadaşsız-

lığa bağlı yalnızlık olduğu tespit edilerek sağaltım girişimleri bu yönde ilerlemiştir.

II. Hedeflerin belirlenmesi

Sorunlar net ve somut olarak belirlendikten sonra sıra terapist ve hastanın tedavi süreci için erişilebilir hedefler belirlemesine gelir. Hedefsiz sağaltım olmaz. Psikoterapi de buna dahildir. Ruhsal tedavinin başarılı olabilmesi büyük oranda erişilebilir hedeflerin belirlenmiş olmasına bağlıdır. Aksi takdirde bir müddet sonra hastanın işlevsel olmayan döngüsü terapisti de kendi ritmine sokarak tedaviyi zora sokar. Psikoterapide zaman zaman hastayla oturup hedeflerin üzerinden geçilmesi önemlidir. SÇT'nin istenen sağaltımı sağlayabilmesi için belirlenecek hedefler:

- Nesnel, amaca yönelik olmalıdır.
- Hedef davranışsal terimlerle ifade edilmelidir.
- Hedef erişilebilir, gerçekçi olmalıdır.

Hedeflere ulaşmak için belli kaynaklar gereklidir. Bilindiği gibi, hedeflere ulaşmak için gerekli kaynaklar hastanın kendisindedir. Onun için bu kaynakların bilinmesi gerekir. Sorun sadece olumsuz anlamda ele alınmamalıdır. Sorunlar olmazsa yaşamda olmaz. Sorunlar bir anlamda insanı yaşama bağlayan bağlardır. Sorunların ne zaman sıkıntı kaynağı olduğu üzerinde durulmalıdır. Sorunların insanı yardım arayacak düzeyde etkileyebilmesi için kişinin baş etme için yeterince kaynağının olmaması gerekir. Onun için kişinin kaynakları son derece önemlidir. Terapide belirlenen hedeflere ulaşmak için de kişisel kaynakların önemi büyüktür. Hedefe götüreceği (olan) bir yerde hastanın sahip olduğu kaynaklardır.

Bir örnek vermek gerekirse, intihar sorunu olan kimselerin mükemmeliyetçi özelliğinden bahsedilmişti. Böyle bir bilişsel özelliğe sahip olan biri, tedavisi için ulaşması güç hedefler belirleyebilir. Terapist, hastanın erişilebilir hedef-

ler belirlemesi konusunda yardım sağlayabilir. Bunun için hastayla terapistin işbirliği önemlidir. Hastanın sorunları ve bu sorunlarla baş edebilmek için gerekli kaynakları belirlerken;

- Hastanın güçlü yönleri ve kaynaklarının belirlenmesi: Kim olursa olsun herkesin güçlü yönleri vardır. Geleneksel olarak klinik uygulamalarda hastalık üzerinde odaklanılır. Bu yanlıştır. Hasta ve hastalık diye üzerinde durduğumuz kimse bir insandır. Onu insan olarak görebilmek, güçlü ve güçsüz yönlerini bulup ortaya çıkarabilmek önemli bir klinik beceridir.

- Eğitim, boş zaman, sosyal ve maddi kaynaklarının belirlenmesi: Hastanın bu tür kaynaklarının belirlenmesi sağaltım işini kolaylaştıracaktır.

- Sosyal destek alabileceği kimselerin belirlenmesi: Bilindiği gibi sosyal destek insanları yaşamın gelgitlerine karşı koruyan en önemli kaynaklardan birisidir. Onun için terapist hastasının sosyal destek kaynaklarının olup olmadığını ve varsa niteliğini araştırmalıdır. Sosyal destek kaynağı olup ta kişi yararlanamıyorsa bunun önündeki engeller birer sorun olarak problem çözme bağlamında ele alınabilir.

- Hastanın sıkıntılarıyla baş edebilmek için gerekli olan kendine yardım gruplarının bilinmesi sorunların çözümü konusunda önemli bir adımdır. Örneğin, "Adsız alkolikler" veya "Şizofreni dostları derneği" gibi kendine yardım gruplarının ve bu gruplarla ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi gerekir.

III. Olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi

Bu aşamada hasta terapistinin yardımıyla belirlenen hedefler doğrultusunda, sorununun çözümüne yönelik değişik çözüm seçenekleri üretir. Burada terapist hastayı destekler ve yardımcı olur. Üretilen çözüm seçenekleri liste halinde bir yere yazılır. Bu çözümler mükemmel olmayabilir. Nasıl olursa olsun bu aşamada hastanın çok sayıda çözüm seçeneği üretmesi için

teşvik edilmesi ve yönlendirilmesi gerekmektedir. Terapist, hastanın yargılanmadan, olabildiğince fazla öneri üretebilmesini sağlamak için onu güdüler. Fazla çözüm seçeneği üretmenin amacı bir çözüm seçileceğinde elde yeterince potansiyel çözümün olmasıdır. Olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretilmesi için:

- **Beyin fırtınası:** Bu teknikte hastaya sorununun çözümüyle ilgili olarak olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretilmesi söylenir. Burada kişiye sorunuyla ilgili olarak aklına ne tür çözüm seçeneği gelirse söylemesi söylenir ve bu yönde cesaretlendirilir. Çözüm seçeneklerinin çözüme yönelik katkısı ve diğer yönler açısından değerlendirilmeden olabildiğince fazla seçeneğin üretilmesi söylenir.

- **Yeniden çerçeveleme (reframing):** Burada sorun hasta açısından daha ele alınabilecek, çözümü olabilecek bir sorun gibi ele alınabilecek şekilde çerçeveledirilir. Onun için bu tür bir yaklaşım hasta açısından çözüm seçeneği üretebilmenin yanı sıra güdüleyici bir özelliğe de sahip olabilir.

- **Boş sandalye tekniği:** Hastaya benzer sıkıntıyı bir başkası yaşıyor olsa önerilerin ne olurdu diye sorulabilir. Bu yöntemle sıkıntıyı yaşayan kimse boş bir sandalyeye oturularak hastanın sorunu gibi bir sorun yaşadığı söylenerek hastanın bu kimseye ne tür çözüm önerilerinde bulunabileceği söylenir. Böyle bir yaklaşımın avantajı hastanın çok muzdarip olduğu sorununa bir miktar mesafe alması ve uzaktan görebilmesini sağlamasıdır.

- **Terapistin önerileri:** Eğer danışan yeterince çözüm seçeneği üretmiyor veya bu konuda zorlanıyorsa terapist bir takım önerilerde bulunabilir. Çözüm seçeneklerinin illaki danışana ait olması gibi bir kural benimsenmemelidir. Danışan çözüm seçenekleri üretebiliyorsa bu olumlu bir şey ancak üretmiyor veya tıkanmışsa o zaman terapist bir takım çözüm önerilerinde bulunabilir.

Bazen hastalar çözüm önerisi üretmede etkin olmayabilir ve bu da kendisi için bir duygusal sıkıntı kaynağı oluşturabilir. Bunu önle-

mek için terapistin yapıcı bir biçimde hastasını yönlendirmesi önemlidir. Bazı yazarlar çözüm seçeneği üretilme aşamasını kolaylaştırmak için bir takım kurallardan bahsetmektedir. Bu kurallar şunlardır:

- **Çözüm seçeneğini değerlendirilmemesidir:** Akla gelen çözüm seçeneklerinin iyi, kötü şeklinde değerlendirilmemesi gerekmektedir.

- **Olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretilmelidir:** Amaç olabildiğince fazla seçenek üretebilmektir. Burada hastanın sorununun çözümü için işe yarayacak seçeneklerin üretilmesi hedeflenmelidir. Bunun için beyin fırtınası yöntemi kullanılabilir.

- **Olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretirken özgün olmaya çalışılmalıdır.** Bunun için hastanın ketlemelerden uzak imgelemine özgürce kullanabilmesi önemlidir.

- **İkili (dikotom) düşünmekten kaçınılmalıdır:** Çözüm seçeneklerini üretirken ya siyah ya beyaz, ya hep ya hiç türü düşüncelerden hastanın kaçınması için gerekli uyarılarda bulunulmalıdır. Bu tür düşünmenin kendisi bir klinik sorun olarak karşımıza çıkabilir.

IV. Uygun çözümün seçilmesi

Bu aşamada hasta ve terapist bir önceki aşamada listelenen çözüm seçeneklerinden en uygun çözümü seçer. Artık hastanın sorununun çözümü için harekete geçme zamanı yaklaşmaktadır. Bu aşama karar verme aşaması olarak da değerlendirilebilir. Hastanın probleminin çözümü için en doğru seçeneğin hangisi olduğuna karar verilecektir. Burada terapistin dayatmacı olmaması gerekmektedir. Hastanın kendi yaşamıyla ilgili en iyi bilgiye sahip olduğunu unutmayınız.

Hasta ve terapist, bir önceki basamakta listelenen çözüm önerilerinin her birinin üzerinden geçerek uygun çözüm seçeneğini bulmaya çalışırlar. Uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi aşamasında:

- Her bir seçenek için fayda-zarar analizi yapılır. Her olası çözümün avantajları ve dezavantajları yazılır.

- Çözüm seçenekleri birbirleriyle karşılaştırılır.

- Hastanın kişisel ve sosyal kaynakları değerlendirilir.

Bu şekilde çözüm seçenekleri değerlendirildikten sonra artık sıra hastanın özgül koşullarına uyacak en iyi seçeneğin belirlenmesine gelmiştir. Başka bir deyişle belirlenen hedefe ulaşmada hangi çözümün hastanın özgün koşullarında en iyi olacağı belirlenir. Bunu yapabilmek için hasta ve terapist her bir çözüm seçeneğini değerlendirir. Bu değerlendirmede aşağıdaki üç ölçüt kullanılabilir:

- Her çözüm önerisi, uygulandığı takdirde hastanın tedavi amaçlarını ne ölçüde karşılayıp karşılayamayacağı konusunda değerlendirilir. Ayrıca her çözüm seçeneğinin pratikte kullanılıp kullanılmayacağı değerlendirilir.

- Her çözüm seçeneği önerisinin kişisel ve sosyal açıdan hasta için uzun ve kısa dönem sonuçlarının değerlendirilmesi gerekir. Çözüm seçeneklerinin uzun ve kısa dönemde hasta için taşıdığı risk ve faydalar nelerdir?

- Her çözüm seçeneğinin sahip olduğu başarı potansiyeli değerlendirilir. Burada ölçüt en az kaynak kullanımıyla başarılı olabilecek çözüm seçeneğinin seçilmesidir.

V. Seçilen çözümün uygulanması

Sıra belirlenen çözüm seçeneğini uygulama aşamasına gelmiştir. Bazı hastalar uygulanacak çözümü karmaşık bulabilir ve gözleri korkabilir. Onun için, uygulama aşamasının da hastayı motive edecek şekilde daha küçük parçalara bölünerek yapılması yararlı olabilir. Hastayla terapist uygulamaya geçmeden önce belki uygulamada karşılaşılabilecek bir takım sorun ve zorluklar üzerinde durabilirler. Terapist, bu zorlukların nasıl üstesinden gelineceği konusunda hastasına yardımcı olabilir. Hatta bu da sorun çözmenin bir parçası haline getirilebilir.

Bu aşamada akılda tutulması gereken nokta belirlenen çözümün uygulanmasında hastanın hazır oluşudur. Hastanın çözümün uygulanması konusunda kendini hazır hissetmesinin beklenmesi olumlu sonuç alınmasını kolaylaştıracaktır. Başka bir anlatımla değişim için hastanın hazır olması gerekmektedir.

Seçilen çözüm önerisinin hayata geçirilebilmesi için bir takım ön şartlardan bahsedebiliriz. Bunlar:

- Uygulama için gerekli ödevlerin belirlenmesi. Uygulama için ve esnasında neler yapılacaktır.

- Ödevler çözümle uyumlu ve çözümü sağlayıcı olmalıdır. Çözümle ilgisiz ve dolaylı ödevlerin verilmesi işleri sadece zorlaştırır.

- Ödevler hastanın yapabileceği türden olmalıdır. Kişisel, toplumsal, ve ahlaki açılardan hastanın yapamayacağı ödevler seçilmemelidir.

Uygulama aşamasında zamansal ve maddi kaynaklar göz önüne alınarak seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması hem in-vitro hem de in-vivo desteklenebilir. Burada amaç bir önceki seansta seçilen çözüm seçeneğinin uygulanmasındaki başarı şansını arttırmaktır. Bunun için bir takım yöntemler kullanılabilir.

Bazı çözüm seçeneklerinin uygulanması hastaya terapistin ofisinde in-vitro olarak gösterilebilir. Örneğin, insanlara karşı duygu ve düşüncelerini ifade etmede yaşadığı zorluk yüzünden ruhsal ve bedensel sağlık sorunu yaşayan bir hastanın tedavisi için "insanlara düşüncelerini uygun bir biçimde ifade etmesi" çözüm seçeneği olarak seçilmiş olsun. Bu yöndeki çabalar önce terapistin ofisinde oyunlaştırmalar kullanılarak yapılır. Burada danışan terapisti problem yaşadığı insanların yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini uygun bir biçimde ifade etme uygulamalarını ofis ortamında yapar. Bu yapılırken ortaya çıkabilecek sorunlar ele alınarak hasta çözümün uygulanması için hazırlanır.

Bazı uygulamalar için hastanın in-vivo hazırlanması gerekebilir. Gerçek hayatta yapılabilecek bu tür uygulamalar daha çok terapistin bu iş için ne kadar zaman ayırabileceğiyle ilişkilidir. Bu yöndeki uygulamalar hem danışanı terapisti yanında olduğu için cesaretlendirir hem de terapistte danışanın performansını doğal ortamlarda gözlemeleme fırsatı sağlar.

VI. Uygulamanın gözden geçirilmesi ve değerlendirmesi

Bu aşamanın amacı uygulama ve ilgili sorunların belirlenerek değerlendirilmesidir. Tedavi amaçlarına ne denli ulaşıldığı üzerinde durulur. Danışan ve terapist tedavinin gidişini değerlendirir. Eğer seçilen çözümün uygulanışıyla ilgili zorluk ve aksaklıklar çıkmışsa bun-

ların üzerinde durulur. Sorun ve zorluk yaşanması durumunda aşağıdaki hususlar yeniden gözden geçirilmelidir:

- Hedefler açık bir şekilde belirlenmiş midir?
- Hedefler gerçekçi midir?
- Yeni engel ve aksaklıklar belirmiş midir?
- Çözümün uygulanması zor mudur? Zorsa, neden?

Sorun çözme terapisi sırasında ortaya çıkabilecek yeni zorluklar da, yeni sorunlarmış gibi değerlendirilerek ele alınabilir. Eğer uygulanan sorun çözme terapisi başarısız olmuş ise sorunların tanımlanması aşamasına geri dönülür ve tekrar buradan başlayarak akılcı sorun çözme basamakları tekrarlanır.

KAYNAKLAR

- Beck JS (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Clum G, Patsiokas A, Luscomb R (1979) Empirically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide. *J Consult Clin Psychol*, 47: 937-945.
- DİE (2000) İntihar istatistikleri. T. C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR (1971) Problem Solving and Behavior Modification. *J Abnorm Psychol*, 78: 107-126.
- D'Zurilla TJ, Nezu AM (1999) *Problem-Solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. (2nd Edition). New York: Springer.
- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B (2006) Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 17: 266-275.
- Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S (2005) Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. *Arch Sex Behav*, 34: 185-195.
- Eskin M (1999) Gender and Cultural Differences in the 12-Month Prevalence of Suicidal Thoughts and Attempts in Swedish and Turkish Adolescents. *J Gender Culture Health*, 4: 187-200.
- Eskin M (1997) Cross-Cultural Tests of the Gender-Role Consistency and Stigma Hypotheses of Suicidal Behavior. *J Gender Culture Health*, 2: 245-262.
- Eskin M (1995) Suicidal Behavior As Related to Social Support and Assertiveness Among Swedish and Turkish High School Students: A Cross-Cultural Investigation. *J Clin Psychol*, 51: 158-172.
- Gath D, Mynors-Wallis L (2000) Problem-Solving Treatment in Primary Care. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, DM Clark, CG Fairburn (eds), Oxford: Oxford University Press, s. 415-431.
- Levenson M, Neuringer C (1971) Problem-Solving Behavior in Suicidal Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 37: 433-436.
- Linehan MM, Chiles JA, Egan KJ ve ark. (1986) Presenting Problems of Parasuicides Versus Suicide Ideators and Nonsuicidal Psychiatric Patients. *J Consult Clin Psychol*, 54 : 880-881.
- Mraz W, Runco MA (1994) Suicide Ideation and Creative Problem Solving. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 38-47.
- Nezu AM, Nezu CM, Houts PS ve ark. (1999) Relevance of Problem-Solving Therapy to Psychosocial Oncology. *The Application of Problem-Solving Therapy to Psychosocial Oncology Care*, JA Bucher (eds), New York: Haworth Medical Press, s. 5-26.
- Orbach I, Rosenheim E, Hary E (1987) Some Aspects of Cognitive Functioning in Suicidal Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 25: 181-185.
- Platt JJ, Siegel JM, Spivack G (1975) Do Psychiatric Patients and Normals See the Same Solutions As Effective in Solving Interpersonal Problems? *J Consult Clin Psychol*, 43: 279.
- Priester MJ, Clum GA (1993) Perceived Problem-Solving Ability As A Predictor of Depression, Hopelessness, and Suicide Ideation in A College Population. *J Consult Clin Psychol*, 40: 79-85.
- Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC ve ark. (1990) Cognitive Style and Pleasant Activities Among Female Adolescent Suicide Attempters. *J Consult Clin Psychol*, 58: 554-561.
- Savaşır I, Batur S (1998) Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi. *Bilişsel-Davranışçı Terapiler*, I Savaşır, G Boyacıoğlu, E Kabakçı (eds), Ankara: Türk Psikologlar Birliği Yayınları, s.17-50.
- Sayıllı I, Oral A, Güney S ve ark. (1993) Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma. *Kriz Derg*, 1: 56-61.
- Schotte DE, Clum GA (1987) Problem-Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients. *J Consult Clin Psychol*, 55: 49-54.

Schotte DE, Clum GA (1982) Suicide Ideation in A College Population: A Test of A Model. *J Consult Clin Psychol*, 50: 690-696.

Weishaar ME (1996) Cognitive Risk Factors in Suicide. *Frontiers of Cognitive Therapy*, PM Salkovskis (eds), New York: Guilford Press, s. 226-249.

Wilson KG, Stelzer J, Bergman JN, ve ark. (1995) Problem Solving, Stress, and Coping in

Adolescent Suicide Attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 241-251.

Yang B, Clum GA (1994) Life Stress, Social Support, and Problem-Solving Skills Predictive of Depressive Symptoms, Hopelessness, and Suicide Ideation in an Asian Student Population: A Test of A Model. *Suicide Life Threat Behav*, 24: 127-139.