

Eşduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme

Dr. Şeref GÜLSEREN*

ÖZET

Eşduyum, ilk kez Aristo tarafından tanımlandığı günden bu yana değişikliklere uğramıştır. Güncel eşduyum kavramı, tartışmalı yönleri bulunmakla birlikte üzerinde daha fazla görüş birliğinin bulunduğu bir noktadadır. Eşduyumla ilgili açıklamalar, daha çok psikolojik açıdan olmuştur; günümüzde biyolojik yönden açıklayıcı çalışmalar henüz başlangıç noktasındadır. Eşduyum, terapistte kendiliğinden, intrapsişik, geçici bilinç öncesi olarak ortaya çıkan; afektif ve bilişsel bileşenleri olan ve terapistin hastanın bilinçli ya da bilinç dışı olarak ne deneyimliyor olabileceğini bilmesi ve anlamasını sağlayan bir deneyim olarak tanımlanabilir. Eşduyum, terapistin hasta ile olan duygusal ilişkisini ifade eder. Herhangi bir psikanalitik teknik ya da kuramsal bir yapı anlamına gelmez; daha çok terapistin hastanın iç dünyasına duyarlı, nazik ve deneyimle yakın bir biçimde yaklaştığı genel bir yoldur. Eşduyumun intrapsişik ve kişilerarası yönleri vardır. Eşduyum döngüsü, süreç boyunca olanları intrapsişik ve kişilerarası yönlerine odaklanarak açıklamaya çalışan bir model olarak ileri sürülmüştür. Eşduyumun, eşduyumlu anlayış (empathic understanding), özdeşim (identification), yansıtılmalı özdeşim (projective identification) ve yansıtma (projection) ile farklılıkları vardır ve bu deyimler eşduyumla karıştırılabilmektedir. Terapistin eşduyumunu, Kohut'un kendilik (self) psikolojisinde kullanılan analitik tekniğin temel unsurlarından biridir. Burada eşduyum hastanın içsel durumunun anlaşılmasının önemli bir yolu olarak kabul edilir. Psikanalitik anlayış, hastanın yaşantısına yakın biçimde bir paylaşımın sağlandığı, dolaylı iç gözleme olanak veren eşduyumlu-içe bakışla ortaya çıkar. Bu yazıda eşduyum, tanımı, kullanımı ve kısıtlılıkları açısından gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Eşduyum, psikoterapi, özdeşim

SUMMARY: Empathy: A Review of It's Description and Usage

The concept of empathy has changed since it was first defined by Aristotle. Although controversial issues remain, there is more consensus on the concept currently. Studies about empathy are generally done from the psychological point of view, and biological studies are very new. Empathy has been defined as a spontaneous, intrapsychic, preconscious, and temporary experience having affective/cognitive components that occurs in the therapist whereby he or she comes to know and comprehend what the patient might be experiencing consciously or unconsciously. It is important to arrive at an empathic understanding of how the patient feels. This is a critical basis for building a relationship with the patient. Empathy expresses the emotional relationship of the therapist with the patient. It is not a psychoanalytic technique or a theoretical structure; it is rather a general way of approaching the inner world of the patient. It is a sensitive, gentle, and harmonious approach to the experience of the patient. Empathy has intrapsychic and interpersonal qualities. The empathy cycle has been proposed as a model for understanding the things happening throughout the process. Empathy is different from empathic understanding, identification, projective identification and projection, and should not be confused with those terms. An essential part of Kohut's self psychological analytic technique is played by the therapist's empathy. This is seen as an important way of understanding the patient's inner state. Psychoanalytic understanding arises from an empathic-introspective stance which permits vicarious introspection, leading to experience-near participation. In this paper, empathy is reviewed in terms of its definition, usage and limitations.

Key Words: Empathy, psychotherapy, identification

*Uzm., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kl., İzmir.

GİRİŞ

Eşduyum konusunda yazılmış olan psikanaliz, psikoloji ve bilimsel felsefe alanındaki literatür gözden geçirildiğinde, çok sayıda sorunun çözümlenmemiş durumda olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca farklı kanıların zaman içinde tekrar tekrar belirlediği de görülmektedir: eşduyum rasyonel midir, değil midir, regresif mi yoksa matür nitelikte midir? Afektif ve bilişsel mi, yoksa yalnızca bilişsel midir? Yoksa böyle bir ayırım yanlış mıdır? Bir yansıtma mı yoksa bir gözlem biçimi midir? Taklide mi dayalıdır, yoksa yaratıcı bir yanı var mıdır? Bilimsel yönü var mıdır, yoksa tamamen özel bir şey midir? Eşduyum analize, hastanın öznel yaşantısının yeniden oluşturulması ile mi yardımcı olur, yoksa bu yalnızca bir karşı aktarım biçimi midir? Eşduyum, özdeşim aracılığı ile mi olur ve dolayısı ile bir kendilik (self) ya da kimlik (identity) kaybı olur mu? Yoksa, eşduyum yapılan kişi ile özdeşim yapılmaz ve böyle bir kendilik kaybı olmaz mı? Eşduyum bir sonuç, bir araç, bir ustalık, iletişim türü, dinleme ya da gözlem biçimi, iç gözlem, kapasite, güç, algılama, etkinlik ya da duyu mudur? Sevgi, anlayış ya da sempati ile eş anlamlı mıdır? Zevk verir mi? (Basch 1983).

Eşduyumun etimolojisi

Eşduyum, Yunan dilindeki *empathia* (Arko-naç 1999)' dan köken almaktadır. Burada "em" ya da "en" önekinin karşılığı, ".de" ya da ".in" içinde, içerde"; "pathia" nın karşılığı ise "hissetme" anlamına gelmektedir. Sharma (1992), eşduyumun tarihte ilk olarak Aristo'nun Rhetoric adlı eserinde yer aldığını bildirmiştir. Eşduyum ile sık olarak karıştırılan sempati (*sympathia*) kelimesindeki "sym" ya da "syn" öneki, "ile", "ile birlikte" ya da "birlikte" anlamına gelir. "Eşduyum"un "ile hissetmek" biçiminde kullanılması, eşduyum ile sempatinin karıştırılmasına yol açar. Eşduyum bazen hastaya karşı gösterilen "sıcak, kabullenici ve sempatik tepkiler" anlamında hatalı bir şekilde kullanılmaktadır (McWilliams 1994).

Almanca'da eşduyumun karşılığı olarak kullanılan "Einfühlung" kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi anlamına gelmektedir. Eşduyumun Almanca'daki diğer eş anlamlıları ise "sich hineinversetzen" ve "Fremdwahrnehmung" dur. İngilizce'de, "Einfühlung" kelimesi-

nin karşılığı olarak "bir başkasının ayakkabısını giyebilme" biçiminde bir ifade kullanılmaktadır. (Basch 1983; Sharma 1992). İngilizce' de eşduyum kelimesi ilk kez 1912'de kullanılmaya başlanmıştır (O'Hara 1999). Diğer dillerde ve kültürlerde eşduyum farklı şekillerde adlandırılmıştır, çoğu kültürde ise belirli bir karşılığı yoktur. Fransızca'da "a sympathetic penetration", "affection" ve son dönemde "empathie" ; İtalyanca'da "simpatico" uzun süre eşduyum yerine kullanılmış olan deyimlerdir. Japon dilinde "omoiyari" eşduyuma benzer bir kavram yerine kullanılmaktadır (Shlien 1999, O'Hara 1999).

Tanım

Eşduyum bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygu, düşünce, tutumları ve yaşantısını anlayabilmesidir (Basch 1983, Feshbach 1999, Eagle ve Wolitzky 1999). Psikoloji alanında kullanımından önce estetik ve epistemolojik yönden ele alınmıştır. Estetik yönden, nesnelere algılanması sırasında gözlemleyen duyu ve düşüncelerinin kendiliğinden yansımaları; epistemolojik yönden ise sanatçı ve şairlerin hedeflerine ulaşma yöntemi anlamında kullanılmıştır (O'Hara 1999, MacIsaac 1999). Psikoloji ve psikiyatri alanında ilk olarak 1897'de Theodor Lipps ve daha sonra 1918 yılında Southard tarafından kullanıldığı kabul edilir (Mahrer 1999).

Eşduyum, çok sayıda bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerden bazıları hala sürmekte olan tartışmalı durumları da vurgulamak amacı ile giriş bölümünde belirtilmiştir. Bu nedenle eşduyumun tanımını yaparken bu bileşenlerin de dikkate alınması, kavramın anlaşılmasını kolaylaştırabilir. Bu bileşenlerin genel olarak başlıca özellikleri şu şekilde sıralanabilir: Eşduyumun gelişebilmesi için iki kişi arasında bir etkileşim olmalıdır, bu etkileşimin intrapsişik ve kişilerarası yönleri vardır. Bu etkileşim hastadan elde edilen bulgularla başlar, ancak terapistte bulunan belirli yeteneklerin (bellek, düşünme, kendi duygu ve dürtülerinin farkında olma) yardımı ile sürer (Buie 1981). Bu tanımlamalar dışında eşduyumun "bir kişinin kendisini başkasının yerine koyabilmesi" ve "hasta ile terapist arasındaki afektif iletişimin ulaşabileceği son nokta" biçiminde daha genel tanımlamalar da yapılmıştır (Basch 1983).

Eşduyumun tanımı yapılırken, zaman içinde farklı yönlerin ön plana çıkarıldığı göze çarpar. Bu durum, büyük ölçüde psikoterapi yaklaşımları arasındaki görüş ayrılıklarını da yansıtır (Basch 1983, Sharma 1992). Bu yaklaşımlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir. Tanımı ve işleyişi halen tartışmalı olmasına karşın eşduyum, psikoterapi uygulamalarında gerekli temel unsurlardan birisidir ve terapilerin işleyiş biçiminin anlaşılmasında önemli bir rolü vardır (Bohart ve Greenberg 1999).

Eşduyum tanımlanırken buna ek olarak, "eşduyumlu anlayış" (empathic understanding) ve "eşduyumlu olma" (being empathic) deyimleri sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Eşduyumlu anlayış, terapist ile hasta arasında gelişen bir sürecin son noktasıdır, sürecin terapistte ait olan kısmını vurgular ve terapistin bu süreç sonunda ulaştığı olduğu anlayış düzeyini ifade eder (Berger 1984). Eşduyumlu olma ise terapist ile hasta arasında gerçekleşen, terapistin hastanın iç dünyası ile ilgili eşduyumunu sözel ifadelerle belirttiği bir durumdur (Book 1988).

Eşduyumun bir teknik olup olmadığı ve bilimsel yönden geçerliğinin bulunup bulunmadığı da tartışılan konulardandır. Bu konuda da farklı görüşlerin ileri sürüldüğü görülmektedir. Eşduyum, bazen terapötik bir teknik ya da kuramsal bir yapı olmayıp, psikoterapi uygulayacak kişilerde bulunması gereken bir kişilik özelliği olarak ele alınmıştır (Levy 1985, Blanck ve Blanck 1986, Blanck ve Blanck 1994). Diğer yandan kimi zaman da bilimsel olduğu ve psikolojinin önemli gözlem araçlarından biri olduğu ileri sürülmüştür (Kohut 1993, Kohut 1995, Spencer ve Balter 1990). Bu konu daha sonra ele alınacaktır.

Değişik psikoterapi yaklaşımlarında eşduyum

Gelişimsel açıdan yapılan tanımlamada, erken dönem anne-çocuk ilişkilerinin önemi üzerinde durulmuştur (Jacobson 1993, Gabbard 1990). Bu modelde eşduyumun bilişsel, afektif ve motivasyonel bileşenlerinin olduğu kabul edilir ve eşduyumlu davranış başlangıçta temel olarak afektif niteliktedir, çocuğun bilişsel sistemi geliştikçe diğer bileşenlerinin de katılması ile değişime uğrar (Fescbach 1999). Afektif iletişim, ilk olarak bebek-anne ilişkisinde başlar. Eşduyum, bu ilişkide ortakların (burada bebek ve anne) olasılıkla afektif düzeyde katıldıkları ve hoş giden bir iletişim

biçimidir (Arieti 1967). Ancak, bu konuda yapılan çalışmalarda daha çok ebeveyn olarak anne seçilmiştir. Babanın eşduyumu ile çocuğun davranışı arasındaki ilişki konusunda bilinenler çok yetersizdir. Bu nedenle, eşduyum toplumsallaşma sürecinde birleştirici bir etmen olması bakımından daha çok anneler ve kızları için ele alınmış bir konu gibi görünmektedir (Fescbach 1999). Eşduyumun afektif ve bilişsel bileşenlerden oluşması birçok kuramda olduğu gibi gelişimsel modelde de üzerinde oldukça sık durulan konulardandır (Buie 1981, Pecukonis 1990, Sharma 1992). Bu iki bileşen, eşduyumu açıklarken çoğu zaman birbirinin alternatifi olarak değil, daha çok tamamlayıcısı olarak ele alınmıştır ve eşduyum ile ilişkileri yazının daha sonraki bölümlerinde ele alınacaktır.

Rogers tarafından geliştirilen danışan-merkezli (client-centered) psikoterapide eşduyum, kuramın temelini oluşturur, ancak Kohut'un kendilik psikolojisindeki yaklaşımından daha farklı biçimde ele alınır. Rogers'a göre eşduyum terapiler için bir ön koşul olmaktan çok temel nitelikte bir terapötik yapıdır, terapist terapötik bir tutum içinde olmaktan çok hastaya yönelmeye ve onu anlamaya çalışır, bu nedenle kişilerarası etkileşim yönetici/yönlendirici nitelikte değildir. Rogers eşduyumu terapistin hastanın dünyasını, sanki o imiş gibi ("sanki" duygusunu hiç kaybetmeden) anlaması olarak tanımlamıştır (Bozarth 1999).

Kendilik psikolojisi (self psychology) okulu, Kohut'un katkıları ile eşduyumun tanımını yeniden gözden geçirmiş ve eşduyumu terapinin önemli unsuru olarak kabul etmiştir (Book 1988). Kohut eşduyumu soyut ve klinik olmak üzere iki farklı biçimde tanımlamıştır. Soyut tanımlama, "dolaylı içgözlem" (vicarious introspection) kavramı ile açıklanmıştır. Böylece, ancak kendi yaşantımıza içe bakışla benzer bir durumda başka bir kişinin ne durumda olduğunu anlayabiliriz. Eşduyum klinik yönden ise başka bir kişinin iç yaşamını hissedebilme ve düşünebilme kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Kendilik psikolojisi içinde hastanın yaşantısına yakın şekilde eşduyumlu olma, psikanalizin geleneksel yaklaşımından bazı farklılıklar gösterir. Eşduyumlu yaklaşım, hastanın cinsel ve saldırgan dürtüleri yerine kişinin ne durumda olduğuna odaklanır, hastanın yaşantısını temel alır. Oysa geleneksel yaklaşım, hastanın yaşantısına yapısal modelde olduğu gibi daha çok bileşenlerine ayrılabilen bir oluşum gözüyle yak-

laşır. Eşduyumlu yaklaşım yalnızca hastanın söylediklerinin içeriğine değil aynı zamanda bunları aktarış biçimine, duygu durumuna vb. odaklanır. Kendilik psikolojisi, veri kaynağı olarak yapısal kuramdaki benlik, üstbenlik ve altbenlik gibi yapılar yerine hastadan elde edilenleri ve onun yaşadıklarına yakın olanları kullanır (MacIsaac 1999).

Davranışçı-bilişsel terapilerde eşduyum hasta ile terapist arasında iyi bir işbirliğinin kurulabilmesi ve gerekli girişimlerde bulunulabilmesinde kullanılan yardımcı bir unsur olarak ele alınmıştır. Postmodern yaklaşıma göre ise tek bir 'nesnel' gerçeklik olmadığı için terapistin eşduyum yapabilmesi özellikle önemlidir. Eğer gerçeklik birden fazla ise ve biz kendi gerçeğimizi kendimiz oluşturuyorsak, eşduyum farklı kişisel gerçekliklerin anlaşılmasında daha fazla önem kazanır. Eşduyum yalnızca bir girişim aracı değil, bir başka kişiyi farklı bir gerçeklikten görebilme yöntemidir (Bohart ve Greenberg 1999).

Eşduyumun işleyişi

Bir terapist, hastasının ne durumda olduğunu anladığında duygusunu hastaya eşduyum yardımı ile aktarmaya çalışabilir. Bu duyguların nasıl başladığı konusundaki bilgilerimiz kesin değildir. Örneğin, bir hasta ile ilk kez görüşülürken (1) bu kişiden hoşlanmamaya neden olan nedir; acaba yüz ifadesi, konuşma biçimi (yakıncı, saldırgan), konuşma içeriği, beden hareketleri, gözleri, yürüyüşü mü, (2) bu kişiyi çekici kılan nedir; fiziksel görünümü, tarzı, ayartıcılığı mı? Terapist bu tepkileri inceleyerek, hastaya karşı kendi yargılamasının, nesnellüğünün ya da tarafsızlığının nasıl etkilenebileceği konusunda ipuçları elde edebilir (Wolberg 1988).

Hastanın afektif durumunun bilinç ve bilinç dışı düzeylerde terapist tarafından anlaşılabilmesi eşduyumun temel özelliklerinden birisi olarak kabul edilir. Bunun gerçekleşebilmesi için terapistin gözlemcilikle, gözlenen olma arasında gidip gelmesi gerekir. "Hasta gibi düşünmek" ve sonra "hasta hakkında düşünmek" biçiminde belirtilen bu gidip gelme, eşduyumu özdeşim ve yansıtma ayırır. Özdeşim ve yansıtma, öznelikte kayıp vardır ve terapistin işlevi temel olarak savunucu ve bilinç dışıdır (Book 1988). Eşduyumun özdeşim ile ilişkisi daha sonra ele alınacaktır.

Eşduyum döngüsü (Empathic cycle)

Eşduyum birbirini izleyen evrelerden oluşur: hastadan duygu ya da ifadenin alınması, eşduyum yapıldığında bunun hastaya iletilmesi ve hastanın kendisi ile eşduyum yapıldığı ya da anlaşıldığının farkına varması. Bu süreç "eşduyum döngüsü" olarak tanımlanır ve şu evrelerden oluşur; (1) hasta bir duygusunu ifade eder, (2) klinisyen bu duyguyu tanır, (3) klinisyen bu duyguyu tanıyıp aldığını hastaya ifade eder, (4) hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark eder, (5) hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark ettiğini terapistte geri bildirir (Barrett-Lennard 1993). Hastanın iç ifadeleri, terapist tarafından algılananlara yaklaşıp olarak uyum sağlanmış ve uygun bir sonuç çıkarılmışsa eşduyum sürecinin tamamlandığı söylenebilir (Buie 1981). Bu evreler, her birinde karşılaşılan güçlüklerle birlikte aşağıda açıklanacaktır. Greenson (1994), eşduyum yapabilmek için terapistin hissettiklerinin, hastanın hissettiği duygu ve dürtülere yakın olması; ancak, bunu hastaya açıkça belli etmemesi gerektiğini ileri sürmüştür. Buna göre veriler eşduyum yaparak toplanmalı, ancak tepki kısıtlı tutulmalıdır. Hastanın benlik gücünü ve ne zaman girişimde bulunacağını belirlemek için de terapistin eşduyum yapması gerekir.

Bu döngünün tamamlanması ile eşduyum süreci daha duyarlı olmaya başlar. Miller (1989), eşduyumlu ifadelerin akışını Barrett-Lennard'ın eşduyum döngüsüne paralel biçimde "Terapötik Eşduyumlu İletişim Modeli" ile açıklamıştır. Burada eşduyumlu iletişim, birbirini izleyen 5 aşamadan oluşur. Evrelerden birinde kesilme olursa eşduyum bozulabilir (Shea 1988, Miller 1989).

Birinci evrede, hasta içsel yaşantılarını gerek sözel gerekse sözel olmayan biçimde ifade eder. Bazı nedenlerle bu evrede eşduyum engellenebilmektedir. Örneğin, hastanın savunmaları (yadsıma, akla uygunlaştırma) sıkıntısını ifade etmesine engel olabilir (Shea 1988, Miller 1989). Dil ve iletişim becerisinde kısıtlılıklar nedeni ile bazı hastalar içsel yaşantılarını ancak yaklaşık bir biçimde ifade edilebilirler (Miller 1989). Ayrıca, bazı hastalar terapisti yönlendirmek amacı ile gerçek içsel yaşantıları konusunda kasıtlı olarak ipuçları vermeyebilirler (Buie 1981). Terapisti yönlendirme girişimi, duyguların savunmalar tarafından gizlenmesi ve duyguların reddedilmesi gibi engellerin olmadığı durumlarda bile hastalar

içsel deneyimlerini her zaman tam olarak ifade edemeyebilirler (Miller 1989).

İkinci evrede klinisyenin işi, hastadan gelen ipuçlarını doğru bir şekilde almaktır. Hastanın dünyasına girebilmek için terapist kendi ben-merkezli (egocentric) bakışından uzak olabilmelidir. Ortaya çıkabilecek çarpıtmaları azaltmanın bir yolu, hasta ile iletişimde bulunurken kendine göre anlamlandırma, simgeleştirme ya da sınıflandırma sistemlerini dikkate almamaya çalışmaktır (Miller 1989). Klinisyenin algı ve sezgi yetilerinin az olması, belki de kendi savunmaları ya da psikopatolojik bir yükünün olması eşduyum döngüsünü bozabilir. Görüşmeye başlamadan önce, klinisyenin duyguları konusunda kendisini kontrol etmesi yararlı olur, böylece kendisini öfke, üzüntü gibi duygular konusunda uyanık tutabilir. Eşduyum sürecinin bu evrede terapistle bağlantılı iki önemli yönü vardır; birincisi, klinisyenin hastayı neden-sonuç ilişkisi, tanı sınıflandırması aramadan dinlemesi; ikincisi hastanın iç dünyasını hayal etmesi ve bunu hastaya iletmesi. Bunu yaptığında, "klinisyen yalnızca hastanın resmini yapmakla kalmaz, aynı zamanda onun içine girer" (Shea 1988). Hasta ve terapist arasındaki kültürel ve sosyal farklılıklar da bu evrede hastadan gelen ipuçlarının doğru biçimde algılanmasına engel olabilir (Miller 1989). Bununla birlikte, kültürel farklılıkların bulunduğu durumlarda bile kabullenici tutum, eşduyumlu anlayış ve kültürel duyarlılıkla birleştirilince terapötik bir ilişkinin kurulması olanaksız değildir (Neki ve ark. 1985, Ivey 1987).

Üçüncü evrede terapistin eşduyumlu ifadeleri yer alır. Yalnızca sözler değil, yüz ifadesi, beden dili, ses tonu ve yanıtlarda neyin seçildiği kadar, seçilmediği de önemlidir (Shea 1988, Miller 1989). Terapist bu süreç boyunca eşzamanlı olarak hem hastanın öznel yaşantısını eşduyum aracılığı ile yoğun biçimde paylaşan bir katılımcı gözlemci (participant observer) hem de hastaya karşı daha nesnel bir tutum içinde ve hastanın iç dünyasında yaşadıklarından uzakta duran bir dış gözlemci olmak üzere iki farklı rol üstlenir. Terapistin alabileceği diğer roller ise, hastanın geçmişteki ilişkilerini temsil edebilecek bir aktarım nesnesi olmak ve şu anda terapideki gerçek bir nesne (kendisi) olmaktır. Terapist elde ettiği bilgileri, kendi deneyimleri, hastanın öyküsü, dirençleri, savunmaları ve güçlü yanları konusundaki bilgilerle bütünleştirir. Ancak, bu bilgilerin

değişik yollarla elde edilmesi ve diğer bilgilerle bütünleştirilmesi birçok terapist için oldukça zordur. Çoğu terapist bu bilgileri işleme konusundaki kısıtlılıkları ile sürekli başa çıkma durumunda kalır (Miller 1989). Bu kısıtlılığa bu evrede katkıda bulunabilecek etkenlerden biri de karşı aktarım tepkisinin ortaya çıkmasıdır (Slakter 1987). Terapistin cinsiyeti de eşduyumlu olma konusunda bir etmen olabilmektedir, erkek terapistler kadın terapistlere göre daha az eşduyum gösterebilmektedir. Bu durum, kişiler arası duyarlılık konusunda cinsiyete özgü rol farklılıkları ile de uyumludur (Abramowitz ve ark. 1976).

Dördüncü evrede, terapist "doğruya yakın" bir mesajı sözel ya da sözel olmayan bir biçimde hastaya iletir. Hastanın psikopatolojisi, terapistin yaptığı bu eşduyumlu mesajı algılamasını kısıtlayabilir. Bu durum daha çok sanrılı, ağır psikotik ve kişilik bozukluğu olan hastalarda görülür (Shea 1988, Miller 1989). Hatta bazı durumlarda hasta, eşduyumlu ifadeleri işitsel varsanı olarak bile algılayabilir (Shea 1988). Miller(1989), bu evrede eşduyumun tam olarak doğruluğundan emin olunamayacağını ve doğruluğun göreceli olarak değişebileceğini ileri sürmüştür. Örneğin, hasta ile eşduyumlu iletişimimizdeki doğruluk günden güne, andan ana, bir konudan diğerine ve kişiden kişiye göre değişir. Terapistin kendi eşduyumunu çok zayıf bulduğu bir anda bazı hastalar terapisti eşduyumlu, oldukça anlayışlı ve kabullenici bulduklarını belirtirler. Tersine, terapistin kendisini eşduyumlu bulduğu bir anda hasta, terapistin anlayışının yetersiz olduğunu söyleyebilir.

Beşinci evrede hasta, terapistin eşduyumlu ifadesini anladığına ilişkin geribildirimde bulunur, eşduyumlu iletişimin tamamlanabilmesi için bu gereklidir. Hastanın psikopatolojisi klinisyenin eşduyumlu iletişimini anlamasını önleyebilir. Bu durum, ağır, regresif depresyon ya da katatonik stuporda görülebilir (Shea 1988). Kişilik bozukluğu olan hastalar ise eşduyumlu iletişimi almaya karşı en dirençli hastalardır. Bu hastalar, iletişimin entellektüel yönleri üzerine odaklanırlar. "Evet, ama" ifadeleri ile bir profesyonelden gelen eşduyumlu iletişimin değerini azaltma, iletişimle ilgilenmeme, iletişimin niteliğinde hatalar bulma ya da anlaşılammak amacı ile konuyu birden değiştirme gibi savunmalar kullanabilirler. Burada hastanın direnci, genellikle duygunun dışı vurumuna değil ilişkiye karşıdır. Terapistin

iletişimi hasta tarafından değerli ve önemli olarak kabul edildiğinde, bu durum hastanın daha önce başka bir önemli nesne ile yaşamış olduğu düş kırıklığı ile yine karşılaşacağı yolunda bir kaygı yaşamasına yol açar (Miller 1989).

Eşduyum sürecinde terapist, elde ettiği bilgilerle duygusal iletişimi konusunda hastayı giderek daha doğru biçimde algılayabilir. Bu şekilde döngü tamamlanır (Basch 1983).

Eşduyumun intrapsişik yönleri

Diğer kişilerin ruhsal yaşantıları hakkında doğrudan bilgi edinemeyiz. Bu bilgi, yalnızca kendi zihnimizde diğer kişinin ruhsal durumuna eş ya da benzer olan birtakım tahminlere bağlıdır. Diğer kişinin zihinsel durumu hakkında algıladıklarımız, çevre ile geçmişte ve şu andaki etkileşimler sonucu yaşadığımız deneyimlerle ve kendiliğin bir çok yapısal bileşeniyle karşılaştırılır. Algıladıklarımız konusunda çıkarım bu karşılaştırmalara dayalı olarak yapılır. Çocukluktan başlayarak yaşam boyu bu karşılaştırma süreci için giderek daha fazla sayıda içsel dayanağımız olur. Bunlar, bellek, düşlem, kavramsallaştırma, dürtüler, duygulanımlar, beden duyuları, üst benlik baskıları, haz, savunmalar, gereksinim giderici içe alımlar gibi durumlardır (Buie 1981, Vanerschot 1999).

Kohut (1993), kendiliğin oluşumunda eşduyumun önemine dikkat çekmiştir. Eşduyum, terapist açısından hastanın arkaik narsisistik gereksinimlerine ulaşmasında yardımcı olur. Hasta bu şekilde preödipal gereksinimlerinin farkına vararak ve kabul ederek bunları normal benlik saygısının oluşması için kullanabilir. Bu nedenle eşduyumun hastanın değişimine katkısı vardır. Hastanın sorunları ve ruhsal sıkıntıları konusunda terapistin eşduyumu arttıkça, hem hastanın iç dünyasına girebilir hem de içgörü kazanmasına yardımcı olabilir (Karasu 1995, Tangör 1997).

Buie (1981) benliğin eşduyumun uygulayıcısı olarak işlev gördüğünü ileri sürer. Benlik, eşduyum yapılabilmesi için gerekli bilgileri elde eder, bu bilgileri ilgili yerlere yönlendirir, sonuçlar çıkarır ve bu sürecin tümünü gözden geçirir. Benliğin uygulama işlevi bilinç dışı, bilinç öncesi ve bilinçli biçimde gerçekleşir, genellikle sürecin sonu bilinçli olarak yaşanır. Benlik bu işlevini yerine getirirken de dört farklı yola başvurur: kavramsal (conceptual) bilgilere başvurma, ken-

di-deneyim(ler)i (self-experience), imgeleyerek taklit etme (imaginative imitation) ve yankılama (resonance). Kavramsal bilgilerin bir bölümü o kişiye ya da benliğe özgüdürler ve özgül doğadaki bu ifadeler özel kendilik ya da nesne tasarımlarından oluşur. Diğer bölümü ise daha geneldir ve özel bir kişi ile etkileşimi gerektirmez (mitoloji, sanat, din gibi). Benliğimizde mevcut kavramsal ifadelerin oluşumunda, belirli nesne ve kendilik tasarımları ile bazı içe alımlar etkili olur. Terapistin hastadan elde ettiği bilgiler, kendi deneyimleri ile karşılaştırılarak gözden geçirilir. Bu karşılaştırmalar ve sonuçta farkına varılanlar daha çok bilişsel niteliktedirler. Bu tür karşılaştırma ve sonuca varma işlemi sırasında terapist için afektif yönüne odaklanmaz. Elbette eşduyum yapanın duygu dünyası eşduyumun ayrılmaz bir parçasıdır, ancak aşağıda belirtilecek olan diğer üç durumda daha fazla önemi vardır. Bir bakıma kavramsal olarak başvuru alanları eşduyumun tanımındaki bilişsel bileşen olarak kabul edebiliriz. Terapistin kendi deneyimleri, benliğinde mevcut yakın ve uzak geçmişteki anılarından, duygulanımlardan, beden duyularından ve üst benlik baskılarından oluşur. Bu anılar, kendi iç dünyası ile ilgilidir. Terapist zaman zaman bu tür geçmiş yaşantılarına, hasta ile eşduyum yapılması sırasında başvurur. Bazen, terapistin hastanın bir yaşantısını açıklayamadığı durumlar olabilir. Böyle bir durumda terapist kendi imgesel dünyasına başvurabilir ve düşlemsel olarak hastayı taklit etmeyi deneyebilir. Bu durum imgeleyerek taklit etme olarak tanımlanabilir. Örneğin, taklitte, çocuk ve ergenler hem davranışsal hem de düşlemsel olarak nasıl bir baba gibi konuşulduğunu, anne gibi öfkelenildiğini, serebral palsideki bir çocuk gibi spastik olduğunu anlayabilirler. İmgeleyerek eşduyum yapma sürecini, iç dünyamız tarafından yürütülen bir benlik etkinliği olarak düşünebiliriz. Bir bireyde etki oluşturan bir uyarının diğer bireyde de aynı etkiyi oluşturmaması yankılama (resonance) olarak tanımlanabilir ve bu durum diğer kişilerdeki güçlü emosyonlara karşı doğal bir yanıt türüdür. Bu dört durumdan, hastanın o andaki zihinsel durumu hakkında en iyi bilgi verebilen yankılamadır (Buie 1981).

Eşduyumun dışavurumu

Eşduyum değişik yollarla iletilir. Sözel olmayan ifadeler bunlardan biridir ve yaşamın ilk yıllarında vardır. Nitekim, konuşma yetisinin kazanılmasından önce mimik, çocuklar için tek ha-

berleşme aracıdır. Yetişkinlerde de diğer kişilerle ilişkilerin çoğunu mimikler yönetir. Afektif tepkilerin seyrekleştiği zamanlarda bile yüz ifadesi, eşduyum aracılığı ile karşıdaki kimseye duygular hakkında bilgi verebilir (Fenichel 1945).

Eşduyumun aktarılmasında daha çok sözel ifadeler kullanılır. Psikoterapiler bağlamında dil kullanımı ve eşduyum ilişkisinin ele alındığı bir çalışmada Havens (1978), değişik psikoterapi yaklaşımlarında kullanılan dilin farklı özellikler gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca terapistin verdiği yanıtlar, hastanın öyküsünü daha kolay anlatmasını ve daha da derinleştirmesini sağlamışsa eşduyumun başarılı olduğundan söz edilebileceğini belirtmiştir. Dil kullanımı açısından iki kişi arasındaki derin, eşduyumlu görüşme kendiliğinden olur ve bir kişinin cümlelerini diğerinin tamamlaması biçiminde yürür.

Eşduyum ile karıştırılabilen diğer durumlar

Eşduyum ve sezgi (intuition)

Eşduyum ve sezgi konusundaki bilgilerimiz, aralarındaki ilişki bakımından tartışmalı bir noktada bulunduğumuzu düşündürmektedir. Ancak sezgi konusunda, hızlı biçimde gerçekleşen bir düşünce işlemi olduğu şeklinde ortak görüş birliği vardır.

Kohut (1993), eşduyumun bilimsel olarak çalışan terapistin en iyi dostu, sezginin ise bazen en büyük düşmanlarından biri olabileceğini belirtmiştir. Terapist, bir yandan kendiliğindenliğini (spontaneity) bırakmamak durumundadır. Ancak, diğer yandan sezginin zararlı sonuçlarından korunabilmek için birden ortaya çıkıveren ve kuşku götürmez gibi görünen açıklamalara da güvenmemelidir. Sezgi, temel olarak eşduyum ile ilişkili bir durum değildir ve daha çok zihinsel etkinliklerin hızlı biçimde kullanılmasıdır.

Eşduyum ve sezgi, çabuk ve derin bir anlayışa ulaşmayı sağlarlar. Eşduyum, duygu ve dürtüler açısından yakın bir bağlantı kurma yöntemidir, sezgi ise aynı şeyi düşünceler alanında yapar. Eşduyum, duygulara ve zihinsel tanımlara, sezgi ise tam isabet ettirilen "Hah !, demek bu.....imiş" ya da yakalamakta başarısız olunan "Hımm...demek budeğilmiş" tepkilerine yol açar. Benlik işlevleri açısından ele alındığında, eşduyum deneyimleyen, sezgi ise gözlemleyen benliğin bir işle-

vi olarak kabul edilebilir. Bunlardan biri bazen ötekine dönüşür. Eşduyum, yalnızca benlik işlevleri açısından değil aynı zamanda nesne ilişkileri açısından da kontrollü ve geriye dönüşlü regresyon kapasitesini gerektirir. Sezgi her ne kadar regresif bir durumsa da temel olarak bir düşünce işlemidir (Buie 1981).

Eşduyum ve sezgi, bilinçli malzemenin gerisindeki bilinç dışı anlamı yakalama yeteneğinin temel unsurlarıdır. Eşduyum kapasitesi temel zorunluluktur, yokluğunda etkili bir tedavinin sağlanması oldukça zordur. Sezgi sahibi olabilmek de bir beceri işidir, ancak eşduyum olmadan yanıltıcı olabilir ve güvenilir olmayabilir (Greenson 1994) .

Gerek eşduyum ve gerekse sezginin dikkatlice kullanılması gerektiğini belirten Blanck ve Blanck (1986), bu ikisinin birbirine yakın kavramlar olduğunu ve her ikisinin de zarar verici etkiye yol açabilecek karşı aktarım davranışını ortaya çıkarabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Eşduyum ve özdeşim

Eşduyum ve özdeşim konusundaki açıklamalar, konu üzerindeki görüş ayrılıklarının sürmekte olduğunu göstermektedir. Özdeşim, bir kişinin birçok yönleri ile bir başka kişiye benzemesi yoluyla gerçekleşen, otomatik, bilinç dışı işleyen zihinsel bir süreçtir. Olgunlaşma (maturation) ve zihinsel gelişimle de yakından ilişkilidir. Bir kişinin uyumsal ya da savunmacı tepki biçimi, genellikle sevilen, beğenilen ya da korkulan bir kişi ile özdeşimine bağlanır. Özdeşim aracılığı ile bir kişi, özdeşim yaptığı kişiden arzuladığı gereksinimleri konusunda doyurucu şekilde yardım alabilir. Özdeşim sonucunda sevilen bir kişiden ayrılmak, daha katlanılabilir hale gelebilir (Basch 1983).

Buie (1981), çok çeşitli anlamlarda kullanmış olmakla birlikte Freud'un, özdeşimi "taklit yoluyla eşduyuma götüren bir yol" olarak da tanımladığından sözetmiştir. Bu şekilde herhangi bir tutum ve davranışın, başka bir zihinsel yaşama taşıdığı görüşü bu konuda yapılan çalışmalar için bir başlangıç oluşturmuştur (Buie 1981, Sharma 1992).

Greenson (1994) eşduyumunu, geçici ya da kısmi özdeşim yolu ile bir başka kişiyi anlamının bir yolu olarak tanımlamıştır. Böylece eşduyum, karmaşık psikolojik durumların özgül olarak algı-

lanmasına ayarlanmış bir kavrayış biçimi olarak da ele alınmıştır. Buna karşın Buie (1981), eşduyum sürecinin özdeşime bağlı olmadığını belirtmiştir.

Örtüşmekle birlikte eşduyum özdeşimden farklıdır. Özdeşimde klinisyenin yalnızca hastanın duygusal durumunu anlamakla kalmayıp bunu hissetmeye devam etmesi temel farklılıklardan biridir (Shea 1988, Öztürk 1998). Oysa eşduyumda böyle bir süreklilik söz konusu değildir. Eşduyum yapılabilmesi için, hissettikleri açısından terapistin ne hasta ne de kendi tarafında sürekli kalmaması, esnek ve gereksinimlere uygun biçimde yer değiştirebilmesi önemlidir. Eşduyumun vazgeçilemez yönlerinden birisi terapistin kendisini hastanın yerine koyabilme yetisidir. Bu temel unsur olmadan, hasta ve terapist arasındaki etkileşim eşduyuma dayalı olmayacaktır. Eşduyumun sağlanabilmesi için de, hastada özdeşime dayalı kişiler arası sürecin anlaşılması gerekir. Ancak, özdeşim yalnızca bilinç dışı olabileceği ve eşduyumlu yanıt her zaman bir bilinçli bileşen içereceğinden, ikisinin karşılıklı etkileşimlerinin anlaşılabilmesi için daha fazla çaba gereklidir. Özdeşim hasta gibi hissetmeyi olası kılar, ancak kesinleştirmez (Natterson 1991).

Eşduyumla ilişkisi konusunda bu başlık altında toplanabilecek diğer kavramlar karşı özdeşim (counteridentification) ve yansıtmalı özdeşim (projective identification)' dir. Slakter (1987), eşduyum ile karşı özdeşim arasında bir bağlantı bulunduğunu, hatta eşduyumun terapötik açıdan yararlı olabilmesinin karşı özdeşime bağlı olduğunu belirtmiştir. Karşı özdeşim, terapistin bir yandan hasta ile özdeşim yaparken, diğer yandan hastanın çatışmalarına nesnel biçimde bakabilmesi olarak tanımlanabilir. Bacal ve Newman (1990), eşduyumun yansıtmalı özdeşimden ayrılması gerektiğini belirtmişlerdir. Yansıtmalı özdeşim, kendiliğin bir parçasının ya da bir bütün olarak tamamının nesne ile karıştığını ya da kaynaştığını ifade ederken; eşduyum bunun tersine bir kişinin bir başkasının duygusal durumunu yakalamayı amaçlar, bu nokta iki kavramın ayırt edilmesi ya da karışıklığın giderilmesine yardımcı olur.

Eşduyum ve özdeşim arasındaki ilişki konusundaki güncel bilgilerimiz, gelecekte özdeşim ile bağlantılı bir eşduyum anlayışının kuramsal olarak gelişeceğini düşündürmektedir. Bu tür ça-

lışmalarda, eşduyumlu ya da görece eşduyumlu olmayan ebeveynlerin çocuklarında eşduyumun gelişiminde özdeşimin rolünün anlaşılması ve bu konuda gözlemlere dayalı araştırmaların yapılması yararlı bilgiler sağlayabilir. Eşduyumlu olma yönünden niteliksel yetenek farklılıklarının, gelişimin farklı dönemleri göz önünde bulundurulmuş olarak araştırılması da değerli bilgiler verebilir. Mekanizması konusunda hala çok sayıda görüş ayrılığı bulunmakla birlikte, özdeşimin eşduyum için temel olduğuna ve terapistin kendi içinde tasarlanmadan bilinç dışı biçimde ortaya çıktığına dikkat çekilmiş olması bir gelişme olarak değerlendirilebilir (Buie 1981, Basch 1983).

Eşduyumda algının yeri

Eşduyum sürecini başlatmak için duyu organları ile algılama gereklidir. Ancak, algılanabilmesi için algılanabilen durumların da eşduyum yapana diğer kişi tarafından gönderilmesi gerekir. Bunlar olmadan algı ve eşduyum olamaz. Duygu ve düşüncelerin hastadan terapistte aktarımı konusunda hangi mekanizmanın etkili olduğu belirsizdir. Algılamanın fizyolojik özellikleri konusunda bilginin yeterli olmaması bu belirsizliğe katkıda bulunmaktadır (Buie 1981).

Afektif iletişimin doğası incelenirken otonomik algılamanın güvenilir olup olmadığı ya da hastanın afektif durumunun terapist tarafından anlaşılmasının bir algı olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği sorusu akla gelebilir. Dış ve iç gerçekliği tanımamızda aracı olan ve birbiri ile uyumlu çalışan kortikal ve otonom sinir sistemlerimiz bu bilgileri oldukça dolaylı şekilde sağladığından birinin diğerinden daha üstün olduğu söylenemez. Bu nedenle her iki sistem aracılığı ile oluşan algılarımızın mutlak doğruluğundan emin olamayız. Sonuç olarak, elde ettiğimiz bilgilerin doğruluğu yalnızca uyarana ya da bu uyarının etkilediği sinir sistemine değil, kararlarımızın geçerliliğini değerlendirmek için geliştirdiğimiz gerçeği değerlendirme mekanizmalarına da bağlıdır (Basch 1983). Algı ile ilgili bu yapının bir sonucu olarak eşduyum yapan, diğer kişinin içsel durumunu hiçbir zaman doğrudan algılayamaz, eşduyum yaptığı kişinin içsel yaşantısı ile kendisinde mevcut içsel ifade arasında bir uygunluk bulunduğu kanısına varabilir. Böyle bir etkileşim bazen hastanın içsel yaşantısı ile uygunluk içinde olmayabilir (Buie 1981).

Eşduyumun bilimsel olup olmadığı yolunda tartışmalı görüşlerin olduğu daha önce belirtilmişti. Benzer tartışma algı ve afektif iletişimin güvenilirliği konusunda da karşımıza çıkmaktadır. Kohut (1993 ve 1995), psikanalizde iki nedenle bilimsel araştırma yapılmasının olası olduğunu belirtmiştir; bunlardan ilki diğer insanların yaşantıları konusunda eşduyum yapılabilmesinin görme, işitme, dokunma, tat alma ve koku duyu-ları gibi temel bir yetenek olmasıdır. Bilindiği gi-bi diğer bilimler de araştırmalarını bu araçlarla yaparlar, kullandıkları başka araç yoktur. İkincisi ise, eşduyum konusunda karşılaşılan engellerin, benzer araçları kullandıkları için diğer bilimler için de geçerli olmasıdır. Eşduyumun önündeki bu engeller ancak diğer bilimlerin kullandığı araçlar (duyu organları ve bazı araçlar aracılığı ile bunların güçlendirilmesi) kullanılarak aşılabılır. Kohut (1993), daha önce de belirtildiği gibi iç gözlem ve eşduyumun, karmaşık zihinsel durum-ları inceleyen bilimin önemli gözlem araçları ol-duğunu, bu ikisinin aslında söz konusu bilimi ve onun kuramlarını da belirlediğini ileri sürmüştür. Baron (1981) bu tartışmaya hastalıkları sınıflan-dırma açısından bakarak, sınıflandırmada patolo-jinin "nesnel" olarak tanımlanmasından çok, has-ta kişinin içsel yaşantısının anlaşılması ile baş-lanması gerektiğini ileri sürmüş ve öznel yaşantı-nın önemini vurgulamıştır.

Diğer yandan Buie (1981), görsel ve işitsel al-gının eşduyumunu güçlendirdiğini, ancak eşduyum sürecinin duysal algılamadan temel olarak ba-ğımsız olduğunu ileri sürmüştür.

Eşduyum ve duygulanım

Basch (1983), afektif yaşamın gelişimsel bir seyir gösterdiğini ve duygulanım (affect), duygu (feeling), heyecan-duygu (emotion) ve eşduyum-lu anlayış evrelerine ayrılabilceğini ileri sür-müştür. Bu evreler sıralı olarak birbirinin ardın-dan gelirler, sonradan gelenin bir öncekini orta-dan kaldırması gerekmez. Her biri, afektif ileti-şimin daha önceki düzeylerine katkıda bulunur ve bütünleşmesine yardım eder.

Afektif yaşamın yukarıda sözü edilen evreleri birbirinden farklı nitelikler gösterir. Örneğin duygulanım otonom, somatik bir tepki olarak ka-bul edilmiştir; ancak afektif durumlar 18-24 aylar arasında kendilik algısının gelişmesi ile artık bi-linçli, öznel yaşantılar olarak farkedilir ve bu ya-şantılar artık duygu (feeling) olarak adlandırılır. Diğer kişilerin afektif durumlarına duyarlılık ya-

şamla başlar ve bu değişik birçok amaç için kul-lanılır, bu amaçlardan birisi de eşduyumlu anlayı-şın sağlanmasıdır. Örneğin, henüz kendilik kav-ramı gelişmemiş olan bebek ve çocuk eşduyumlu olamaz, ancak başkalarının duygulanım durumla-rına belirgin biçimde duyarlıdır (Basch 1983).

Eşduyumun ölçümü

Günümüzde eşduyumun ölçümü konusunda kullanılmakta olan çeşitli ölçekler vardır. Eşdu-yumun tanımı konusundaki zorluklar, geliştirilen ölçeklerin de güvenilirlik açısından gözden geçiril-mesine neden olmuştur. Layton ve Wykle (1990) eşduyumun ölçümü konusunda kullanılan ölçek-lerin geçerliliği üzerine yaptıkları çalışmada, "Eş-duyum Testi", Carkhuff'un "Kişiler arası Süreç-lerde Eşduyumlu Anlayış Ölçeği", LaMoni-ca'nın "Eşduyumlu Yapı Değerlendirme Ölçeği" ve Barrett-Lennard'ın "İlişki Ölçeği" nin arala-rında pozitif yönde ilişki bulunduğu yolundaki varsayımın kısmen doğrulandığını belirtmişler-dir.

Jarski ve ark.(1985) ise "Hornblow Eşduyum Ölçeği", "Hogan Eşduyum Ölçeği", "Carkhuff-Truax Eşduyumlu Anlayış Ölçeği" ve "Barrett-Lennard İlişki Ölçeği" ile karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmada gözlemcinin değerlendirmesine dayalı olarak yapılan eşduyum ölçümlerinin birbiri ile oldukça ilişkili olduğunu; ancak, eşdu-yumun kendini değerlendirme yöntemi ile elde edilen sonuçları ile gözlemcinin değerlendirmesi-ne dayalı sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bu-lunmadığını bildirmişlerdir. Bu konu, eşduyumun işleyişi ve ölçümü konusunda yanıtlanmayı bekleyen bir sorun olarak durmaktadır.

Ülkemizde eşduyumun ölçümü ile ilgili ola-rak Dökmen tarafından geliştirilen "Empatik Be-ceri Ölçeği" ve "Empatik Eğilim Ölçeği" bulun-maktadır (Dağ 1993). Her iki ölçeğin de geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir.

Davis (1983) ölçek düzeyinde eşduyumun sosyal işlevsellik, benlik saygısı, duysal olma ve diğer kişilere duyarlılık gibi değişik boyutları bulunduğunu belirtmiştir. Yazar, kişiler arası tep-kiselliği değerlendirdiği bir çalışmada da bu gö-rüşü destekleyen bulgulara ulaşıldığını bildirmiş-tir.

Kısıtlılıklarının farkında olarak eşduyu-mun kullanımı

"Eşduyum döngüsü" başlığı altında, eşduyu-mun kısıtlılıklarından daha önce söz edilmişti.

Kısıtlılıkların farkında olan terapist, eşduyumlu "ön seziler"de bulunmaktan kaçınır ve elde ettiği olası eşduyumlu izlenimleri doğrularken daha dikkatli davranır. Eşduyumunu doğrulama yöntemlerinden hiçbirisi kesin sonucu veremez, ancak doğruluğunu düzeltebilir. Bunlar aynı zamanda eşduyum konusunda yapılan hataların göstergesi ve eşduyumun değişik doğrultularda yeniden düzenlenmesi ve düzeltilmesi için rehber niteliğindedir. Eşduyumunu düzenlemenin çeşitli yolları vardır. Bunlardan biri hasta hakkında iyi, güvenilir bilgiler sağlayan psikodinamik ve psikanalitik bilgi birikiminden yararlanmaktır. Düzenlemenin bir başka yolu da eşduyumla elde edilen bilgiyi hasta ile paylaşmaktır. Hastanın savunmaları, düşleri, duyguları, çağrışımları bunu doğrular ya da doğrulamaz ya da yanıtları eşduyumun yeniden gözden geçirilmesini sağlayabilir (Buie 1981).

İyi şekilde ele alınmış dinamik çalışma, terapistin hastadaki beceri ve kısıtlılıkları fark edebilmesine, ilişkiye bağlı dinamikleri anlayabilmesine ve hasta ile eşduyumlu biçimde etkileşebilmesine, duygusal yönden alıcı ve esnek bir tarz izlemesine bağlıdır (Fosha ve Slowiaczek 1997).

Eşduyumun yanlış anlaşılması ve kötüye kullanımı

Eşduyum, hastanın iç dünyası hakkında özel bir veri toplama biçimi olarak düşünülebilir. Ancak bu verilerin nasıl kullanılacağı belli değildir (Basch 1983, Baker ve Baker 1987). Bazen bu bilgiler terapötik olmayan şekilde kullanılabilir ve eşduyum bu durumda yanlış anlaşılabilir ya da kötüye kullanılmış olur. Eşduyumun yanlış anlaşılması konusu dört ayrı başlıkta incelenebilir. Anlam karışıklığında eşduyum genellikle sempati, şefkat ve onaylama ile karıştırılır. Bu karışıklık sonucu eşduyum, hastaya karşı uysal davranma, sorunlarına sempati ile yaklaşma anlamına gelebilir. Terapist, hastanın durumunu üzerinde durmadan kabullenici bir duruma düşebilir ve bu durum terapisti yalnızca katılımcı rolüne iter. Böylece terapist hastanın yaşantılarını yalnızca öğrenmiş ve hileli/yanlış şekilde yorumlamış olur. Bir başka güçlük ise kavramsal düzeyde olur ve terapistin intrapsişik olarak gelişen "eşduyum süreci" ile bunun kişiler arası ilişki bölümüne yansıyan "eşduyumlu olma" yanıtı arasındaki ayrımı yeterince yapamamasından kaynaklanır. Yani eşduyum yapma ve eşduyumlu olma kavramları birbirine karıştırılmış olur, oysa eşduyum

yapılmış olması ile bunların eşduyumlu olarak ifade edilmesi farklı şeylerdir. İlki terapistin iç dünyasında gelişen bir durum iken, ikincisi terapistin eşduyumunu sözel biçimde ifade etmesi ile ilgilidir. Terapistin, eşduyumunu kendi gereksinimleri için kullanması önemli güçlük kaynaklarından biri olabilir ve bu durum karşı aktarım ile ilgili güçlükler olarak ele alınmalıdır. Bu gereksinimler genellikle terapistin tümgüçlülük (omnipotens) duygusunu yerleştirmekten ya da hasta ile birlikte kendi yalnızlık duygusunu gidermekten kaynaklanır. Ancak bu tür karşı aktarım davranışı rahatlatıcı olmaz, yalnızca hastayı kendini koruma ve geri çekilmeye yöneltir. Güçlük yaşanan diğer alan ise eşduyumun teknik olarak yanlış kullanımınıdır ve bu iki şekilde olabilir. İlki, terapistin hastanın içsel yaşantısına saygı göstermemesidir. Burada yeterince eşduyum yapmış olmakla birlikte, terapistin farkına vardığı şeylerin hasta için taşıdığı önem ve anlamı dikkate almaması ve saygı duymaması söz konusudur. İkinci teknik hata, hastayı rahatlatma gereksinimi nedeniyle terapistin henüz yeterince eşduyum yapmadığı halde ifadelerinin zamanlaması konusunda erken davranması ile olur. Bu sorun daha çok gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş hastalarda önemlidir (Book 1988). Bu güçlükler terapistin bazı konularda daha özenli olmasını gerektirir. Örneğin, her hasta anlaşılmayı istemeyebilir, birçok anlaşılmaktan korkabilir ve bazıları da terapistin kendisini anladığını ifade etmesi nedeniyle sıkıntı yaşar. Bu nedenle, hastayı anladığında ne yapacağını bilmek de önemli bir terapötik beceri işidir (Starcevic ve Piontek 1997). Terapist, hasta ile onun duygusal yaşamının en ince ayrıntıları konusunda eşduyum yapabilecek kadar yakın ve aynı zamanda tarafsız olduğunun anlaşılmasına yetecek ölçüde mesafeli olabilmelidir (Greenson 1994).

Eşduyumun patolojik biçimde kullanımı, ruhsal ve ruhsal olmayan alanlarda olabilir. Bu sorun temel olarak, eşduyumun kullanılması gereken alanlarda (ruhsal) kullanılmaması ve kullanılmamasının gerekli olmadığı (ruhsal alan dışında) konularda kullanılmaya çalışılması ile ilgilidir. Bunlar da farklı ve istenmeyen sonuçlara yol açar. Ruhsal alan dışında kalan alanların (örneğin nesnelere) gözlenmesinde eşduyumun kullanımı ile gerçekliğin çarpık ve animistik şekilde algılanması gibi bir sonuç ortaya çıkabilir. Bunun sonunda algısal ve bilişsel süreçler infantil bir şekil alır.

Ruhsal alanın gözlenmesinde eşduyumun kullanılmaması ise bir başka patolojik kullanım biçimidir. Hasta konusunda yararlı ve kendisi için değişime yol açabilecek çok değerli bilgilere başvurulmamış olur. Üstelik ruhsal alanın gözlenmesi için eşduyum dışında başka yöntemler kullanıldığında ruhsal gerçeklik mekanik ve cansız bir nitelik kazanabilir (Kohut 1995).

Bazı terapistler uygulamalarını kuramsal bilgilerinden yalıtma eğilimindedir. Hastanın malzemesinden bazı bölümler anlaşılır hale gelinceye kadar amaçsız bir şekilde bunu sürdürürler, bu nedenle hastayla aralarındaki etkileşim tamamen rastlantısalıdır. Bu terapistler, terapinin en önemli aracı olan eşduyum ve terapistin bilinç dışı düşünceleri olduğu bilgisini (noktasını) yanlış biçimde kullanmış olurlar. Elde edebilecekleri veriler ile entelektüel bir biçimde çalışma gereksinimini göz ardı ederler. Hastaları ile içgüdüsel ve duygusal olarak karşılaşmaktan kaçınır, eşduyum ve sezgiden uzaklaşır ve veri toplayıcı, yorumlayıcı bir kişi durumuna düşerler (Greenson 1994).

Terapistin eşduyumlu anlayışını belirtmesi hastaya yardımcı olur. Aksine eşduyumun patolojik biçimde kullanımı hastada yanlış anlaşılma ya da saldırı duygusuna neden olabilir ve hasta terapistin ifadelerine karşı giderek savunucu bir tutum geliştirebilir. Hastada olumsuz aktarım ve narsisistik öfkeye neden olabilir. Bu yanıtların hepsi yalnızca hastanın tedaviyi sabote etme konusundaki bilinç dışı gereksinimleri ya da ilkel nötralize edilmemiş dürtüler olarak düşünülmemelidir. Bunun yerine sorumsuz, hatta zarar verici bir çevreye anlaşılabilir ve öfkeli bir tepki olarak ele alınmalıdır (Book 1988).

SONUÇ

Eşduyum, hastanın iç ve dış dünyasındaki yasantılarını araştırarak ona yardımcı olmanın bir yoludur ve aslında oldukça karmaşık bir süreçtir. Eşduyumun tek bir şeyden oluştuğunu varsaymak, kavramı basite indirgemeye ve dikotomilerden oluşan kısıtlı bir bakış açısı içinde sıkışıp kalmaya yol açar. Bu dikotomiler afektif-bilişsel, sığ-derin, dışa vurulan-vurulmayan, bilimsel-bilimsel olmayan gibi çeşitli şekillerde olabilir. Bu türdeki dikotomilere ilişkin uzunca bir liste girişte belirtilmiştir. Bu listenin uzatılması da mümkündür. Eşduyum, bunları hatta daha da fazlasını içerir. Psikoterapi uygulamalarında bu dikotomiler yerine eşduyumun kendisinin kullanılması daha çok önemlidir.

Uygun biçimde kullanıldığında eşduyum hasta-terapist arasında daha iyi bir terapötik işbirliğinin kurulabilmesine, hastanın yaşadıklarını daha kolay ifade edebilmesine, bilinç dışı konular hakkında içgörü kazanılmasına, aktarım sorunlarının ele alınabilmesine ve kendiliğinden çeşitli açılardan gelişmesine ve kişiler arası ilişki becerilerinin iyileşmesine yardımcı olabilir. Ancak uygun şekilde kullanılmadığında da hastanın kendisini anlaşılmamış hissetmesine, geri çekilmesine ve terapötik işbirliğinin kurulamamasına yol açabilir. Bu nedenle işbirliğinin gelişmediği hatta kesildiği durumlarda, yalnız hasta tarafındaki zorlukların değil terapistin ilişkin güçlüklerin de gözden geçirilmesi gerekir.

Eşduyum terapist ile hasta arasında işbirliğinin gelişmesine yardımcı olan ve iletişimi kolaylaştıran bir tür tutkal gibidir, terapötik işbirliğinin sürdürülmesinde terapist ve hastayı bir arada tutar. Aslında eşduyum gündelik yaşamda da kişiler arası etkileşimin önemli bir unsurudur, ancak insanlar genellikle gerektiği kadar eşduyuma odaklanmazlar. Psikoterapiler bağlamında ise eşduyumun birincil amacı, gündelik yaşamdakinden farklı olarak hastanın bakış açısını anlamaya çalışmaktır. Zaten bu sağlanmadığı takdirde eşduyum gerçekleşemez ve terapist ile hasta arasındaki iletişim kesintiye uğrar.

Psikoterapiler söz konusu olduğunda eşduyumun çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Bu çok boyutlu yapı eşduyumun daha iyi anlaşılmasına ve tekniğin etkin şekilde uygulanabilmesine yardımcı olur. Bu boyutlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir; bilişsel ve afektif özellikler göstermesi. Çoğu zaman sözel, ancak bazen de sözel olmayan biçimde ifade edilmesi yani iletişimsel bir yanının olması. Eşduyum yardımı ile hastayla kurulan bağlantının psikolojik doğada olması. Son olarak da terapist ile hasta arasında sürekli olarak doğrulanması-geçerliliğinin gözden geçirilmesi bir başka boyutudur.

Günümüze kadar farklı psikoterapi yaklaşımlarının eşduyumunu kuram ve uygulamalarında farklı şekillerde kullandıkları görülmektedir. Klasik psikanalizde, eşduyumlu olarak hastanın dinlenmesinin hastanın bilinç dışı dinamikleri konusunda ipuçları vermesi beklenir, böylece terapistin yorumları etkili olabilir. Bu noktada eşduyum, hastanın yorumu alabileceği en uygun zamanın belirlenmesinde yardımcı olabilir ve böy-

lece hasta içgörü kazanabilir. Kohut'un katkıları ile eşduyum psikanalitik yaklaşımda daha merkezi bir yerde bulunmaktadır. Terapistin hastanın yaşantısına yakın olacak şekilde bir anlayışa ulaşması Kohut'a göre "dolaylı iç gözlem" yardımı ile olabilmektedir. Bu şekilde terapist kendisini hastanın yerine koyabilmektedir. Diğer yandan çağdaş psikodinamik yaklaşım, genel olarak cinsellik ve saldırganlıkla ilgili dürtü yaklaşımından uzaklaşarak, terapist ile hasta arasındaki etkileşime doğru kaymış ve bu etkileşimin gerek gelişim gerekse psikopatolojinin düzeltilmesi üzerindeki rolü ön plana çıkarılmıştır. Bu nedenle, eşduyum ve eşduyumlu olmama, gerek gelişimle ilgili kuramsal yaklaşımların gerekse psikoterapilerin giderek önemli bir unsuru haline gelmiştir. Ayrıca özdeşim, aktarım, karşı aktarım gibi kavramlar psikanalitik yaklaşımda başlangıçtan bu yana eşduyumla ilgili açıklamalar yapılırken oldukça geniş bir yer tutmuş ve günümüzde de süren tartışmalı durumların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bilişsel ve davranışçı yaklaşımda ise eşduyum hem terapötik işbirliğinin kurulması için bir yardımcı hem de girişimde bulunmak için kullanılabilen bir araç olarak kabul edilir.

Günümüze kadar bilinenler yanında eşduyum konusunda gelecekte yanıtlanmayı bekleyen sorular bulunmaktadır. Eşduyum insan iletişiminin oldukça önemli bir bileşenidir, ancak deneysel çalışmalarla saptanması da oldukça güçtür. Diğer yandan eşduyumun bizzat kendisinin ampirik olarak araştırılıp araştırılmayacağı da ayrı bir tartışma konusu olmuştur. Bu tartışma sürmekle

birlikte, eşduyumun doğasının ve işlevinin daha iyi anlaşılabilmesi için hem terapistin eşduyumunun, hem de eşduyum yapılanın kendi yaşantısının deneysel olarak araştırılması gereklidir. Daha çok psikanalitik yaklaşım içinde yanıtlanmayı bekleyen başlıca sorular şunlardır: acaba bilinç dışında olanlarla nasıl eşduyum yapılabilir? Ya da eşduyum ve karşı aktarım arasında nasıl bir ilişki vardır? Ayrıca eşduyumun genel olarak etkisi; terapistin eşduyum yapmasının hastanın eşduyumlu olabilmesine katkısı da araştırılabilecek diğer konular arasındadır. Eşduyumun ne zaman en etkin olduğu, ne zaman olmadığı, kime etkili olduğu ve yararlı olabilmesi için gerekli koşulların da incelenmesi gereklidir. Bu konularda yapılacak deneysel çalışmalar eşduyum konusunda kuramsal yönden bilinenlerin geçerliğinin gözden geçirilmesine ve belki de eşduyumun tanımının daha operasyonel biçimde yapılmasına yardımcı olabilecektir. Ancak eşduyum konusunda bu tür araştırmaların tasarlanmasının psikolojinin diğer alanlarındakinden daha fazla güçlükleri olacağı da unutulmamalıdır.

Bu yazıda eşduyumun tanımı ve kullanımı ile ilgili yaklaşımlar gözden geçirilmiştir. Kısıtlılıklarını bilerek, yeterince bilgi donanımı ile birlikte kullanıldığında eşduyumun hastada olumlu yönde değişime yol açıcı etkileri vardır. Kavram konusunda henüz tartışmalı ve belirsiz olan konuların ve sorunların ele alınması ve konu üzerinde deneysel çalışmalar yapılması ile eşduyumun özellikle psikoterapiler alanında kuramsal ve uygulamalı olarak yerinin daha açık bir duruma geleceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Abramowitz CV, Abramowitz SI, Weitz LJ (1976) Are men therapists soft on empathy? Two studies in feminine understanding. *J Clin Psychol*, 32:434-437.
- Arieti S (1967) *The Intrapsychic self. Feeling, cognition, and creativity in health and mental illness*. Basic Books Inc., N.Y., s. 89.
- Arkonacı O (1999) *Psikiyatri Sözlüğü*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s.188.
- Bacal H, Newman K (1990) *Theories of Object Relations: Bridges to self psychology*. New York, Columbia University Press.
- Baker HS, Baker MN (1987) Heinz Kohut's self psychology: an overview. *Am J Psychiatry*, 144:1-9.
- Baron RJ (1981) Bridging clinical distance: an empathic rediscovery of the known. *J Med Philos*, 6:5-23.
- Barrett-Lennard GT (1993) The phases and focus of empathy. *Br J Med Psychol* Mar;66:3-14.
- Basch MF (1983) Empathic understanding: A review of the

concept and some theoretical considerations. *J Am Psychoanal Assoc*. 31:101-126.

Berger DM (1984) On the way to empathic understanding. *Am J Psychother*, 38:111-120.

Blanck G, Blanck R (1994) *Ego Psychology Theory and Practice*. Second edition. Columbia University Press, New York, s.294.

Blanck R, Blanck G (1986) *Beyond Ego Psychology*, Columbia University Press, New York.

Bohart AC, Greenberg LS (1999) *Empathy and Psychotherapy: An Introductory overview. Empathy: Reconsidered; New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s:3-31.

Book HE (1988) *Empathy: Misconceptions and Misuses in Psychotherapy*. *Am J Psychiatry*, 145:420-424.

Bozarth JD (1999) *Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. Empathy: Reconsidered; New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s. 3-31.

- Buie DH (1981) Empathy: Its nature and limitations. *J Am Psychoanal Assoc.*, 29:281-307.
- Dağ İ (1993) Türkiye’de kullanılan psikolojik ölçekler-1, *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 1:49-50.
- Davis MH (1983) Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44:113-126.
- Eagles M, Wolitzky DL (1999) Empathy: A Psychoanalytic Perspective. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s. 217-244.
- Fenichel O (1945) Nevrozların psikoanalitik teorisi. (Çev. S Tuncer) Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1974.
- Feshbach ND (1999) Empathy: The Formative Years Implications for Clinical Practice. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s: 33-59.
- Fosha D, Slowiaczek ML (1997) Techniques to accelerate dynamic psychotherapy. *Am J Psychother*, 51:229-251.
- Gabbard GO (1990) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press Inc.
- Greenson RR (1994) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. 10th edition, M. Masud R. Khan(Ed.). London, The Hogart Press Ltd.
- Havens L (1978) Explorations in the uses of language in psychotherapy: simple empathic statements. *Psychiatry*, 41:336-345.
- Ivey AE (1987) The multiculture practice of therapy: Ethics, empathy and dialectics. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5: 195-204.
- Jacobson E (1993) *The Self and the Object World*. 9th edition Connecticut, International Universities Press, Inc., s. 58.
- Jarski RW, Gjerde CL, Bratton BD ve ark. (1985) A comparison of four empathy instruments in simulated patient-medical student interactions. *J Med Educ*, 60:545-551.
- Karasu TB (1995) *Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy*. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th edition. Volume II, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed.), Baltimore, Williams&Wilkins, s.1767-1788.
- Kohut H (1993) *The Restoration of the Self*. 9th edition. International Universities Press Inc., Connecticut.
- Kohut H (1995) *The Analysis of The Self*. 12th edition, International Universities Press Inc, Connecticut.
- Layton JM, Wykle MH (1990) A validity study of four empathy instruments. *Res Nurs Health*, 13:319-325.
- Levy ST (1985) Empathy and psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc*, 33:353-378.
- MacIsaac DS (1999) Empathy: Heinz Kohut’s contribution. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s: 245-264.
- Mahrer AR (1999) Empathy as Therapist-Client Alignment. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s: 187-213.
- McWilliams N (1994) *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Practice*. The Guilford Press, NY., s.12.
- Miller IJ (1989) The therapeutic empathic communication (TEC) process. *American Journal of Psychotherapy*. 18:531-545.
- Natterson J (1991) Beyond Counter-transference. *The Therapist’s Subjectivity in the Therapeutic Process*. Jason Aronson Inc., New Jersey, s.134.
- Neki JS, Joinet B, Hogan M ve ark. (1985) The cultural perspective of therapeutic-relationship: a viewpoint from Africa. *Acta Psychiatr Scand*, 71:543-550.
- O’Hara M (1999) Relational Empathy: Beyond modernist egocentrism to postmodern holistic contextualism. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s: 295-319.
- Öztürk O (1998) *Psikanaliz ve Psikoterapiler*. Üçüncü baskı, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, s. 208.
- Pecukonis EV (1990) A cognitive / affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence*, 97: 59-76.
- Sharma RM (1992) Empathy: A retrospective on its development in psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*. 26:377-390.
- Shea SC (1988) *Psychiatric Interviewing*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, s.25.
- Shlien J (1999) Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist’s conceit? All too often. By itself enough? No. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s:63-80.
- Slakter E (1987) Countertransference and empathy. *Countertransference*. E Slakter (Ed), Northvale, Jason Aronson Inc., s.201-206.
- Spencer JH, Balter L (1990) Psychoanalytic observation. *J Am Psychoanal Assoc*. 38:393-421.
- Starcevic V, Piontek CM (1997) Empathic understanding revisited: conceptualization, controversies, and limitations. *Am J Psychother*, 51:317-328.
- Tangör A (1997) Yapılandırıcı psikoterapiler: psikanaliz ve psikanalitik psikoterapiler. *Psikoterapiler El Kitabı*, A Tangör (Ed) İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, s. 114.
- Vanaerschot G (1999) Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. *Empathy: Reconsidered: New directions in Psychotherapy*, 2nd edition. Bohart AC, Greenberg LS (ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press, s:141-165.
- Wolberg LR (1988) *The technique of Psychotherapy*. 4th edition, Philadelphia, Grune & Stratton Inc, s. 619.