

HASTA VE TERAPİST ETKİLEŞİMİ: CİNSİYETİN ROLÜ

Atila SOYKAN*

ÖZET

Hasta ve terapist etkileşimi, tüm insan ilişkilerinde olduğu gibi, çeşitli değişkenlerden etkilenir. Hasta ve terapistin cinsiyeti bu etkileşimde yer alan önemli değişkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Büyüme sürecinde, cinsiyet, terapistlerin kişilik ve davranış stillerine etki eden kalıcı etkiler ortaya çıkarır. Bu etkiler, terapi sırasında, hem olağan terapi etkileşimi hem de aktarım ve karşı-aktarım durumlarında önem kazanabilir. Bu yazıda, insan cinsel gelişiminin biyolojik temelleri, psikoseksüel gelişim dönemleri ve cinsiyetle ilişkili olarak hasta-terapist etkileşimiyle ilgili yayınlar gözden geçirilmiş ve aktarım, karşı-aktarım durumları aynı bağlamda ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Terapi, Cinsiyet farkları, aktarım, karşı-aktarım.

The Patient-Therapist Interaction; Effects of Gender.

SUMMARY

Similar to all human interactions, patient-therapist interaction is open to the influences of various factors. Gender of the therapist and the patients is considered to be an important factor in this interaction. Therapists as well as patients raise with the permanent influences posed by their gender on their personality and behavioral style.

These influences may present themselves either during ordinary therapeutic interaction or in the case of transference and countertransference phenomena. This article reviews the literature on biological basis for human sexual development, psychosexual development and their implications on patient-therapist interaction including transference and countertransference phenomena.

Key Words: Therapy, Gender differences, Transference, Countertransference.

GİRİŞ

Terapist olarak, ister kadın ister erkek olalım, karşımızda oturan ve bize terapiye gelen bireyin fiziksel özelliklerini bilinçli ya da bilinç dışı olarak biliriz. Aslında bu özellikler, daha başlangıçta, terapiye alınma sürecinde bile etkilidir. Analitik terapide tarif edilen terapiye kabul ölçütlerinin bazıları, örneğin, genç-çekici-akıllı-içgörülü olma, gerçekte, ortalama bir insanın karşı cinste aradığı ideal özelliklere benzemektedir. Ayrıca, terapistlerin karşı cinsten hastaları terapiye alma eğilimi olduğu bilinmektedir. Öte yandan, terapistin cinsiyeti, cinsel kimliği ve bunun gelişim süreçleri esnasında yerleşen kalıpların neler olduğu ve terapi sürecini nasıl etkilediği göreceli olarak üzerinde pek az durulan bir konudur. Oysa, bunları tanıma hem terapi sürecinde hastayı anlama hem de terapistin kendi kör noktalarını telafi etme olanağı sağlayabilme ve aktarım, karşı-aktarım durumlarına daha hazırlıklı olmasını sağlama potansiyeli taşımaktadır. Terapistin ve hastanın cinsiyetinin terapiye yansıtışı ile

* Öğr. Gör. Uzm. Dr., A.Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı.

ilgili sorular bu yazıda ele alınmaya çalışılacaktır. Bireysel gelişim dönemleri, cinsel kimliğin gelişimi ve aktarım, karşı-aktarım konuları en geniş olarak psikodinamik terapilerde psikoseksüel gelişim dönemleri bağlamında ele alınmış olduğundan, bu yazıda ağırlıklı olarak psikodinamik görüşten alıntrlara yer verilmiştir. Öte yandan, bu yazıda ele alınanlar çoğu kez genellemeler olup, bireysel farklılıkların olması da doğaldır.

ERKEK VE KADIN

Klinisyen ile hastanın ilişkisinde hastadan gelen özelliklerden çok sözedilir. Öte yandan, klinisyen bu ilişkiye ne katmaktadır konusu pek ele alınmamaktadır. Klinisyenin erkek ya da kadın oluşu, genç ya da yaşlı oluşu, duyarlı ya da soğuk oluşu gibi özellikler, doğal olarak, terapiyi etkilemektedir. Nasıl bizler terapiye gelecek hastanın yaşı, cinsiyeti ve diğer bazı kişisel özelliklerini merak ediyorsak, hastalar da benzer özellikleri araştırırlar. Cinsiyet bu bağlamda en önemli özelliklerdendir. Kadın ve erkekler pek çok açıdan birbirlerine benzemelerine rağmen, seksüel fizyoloji, beyin gelişimi ve fizyolojisi açısından farklar göstermektedirler.

Pek çok toplumda otorite erkek cinsine atfedilen bir özelliktir. Hem erkek ve kadın terapistler hem de erkek ve kadın hastalar erkek cinsiyetteki bireye farklı davranmaktadırlar. Kadın hastalara ismi ile hitap edilme sık iken, erkeklere "bey" takısı ile seslenme daha sıktır. Daha ilginç, pek sık olmasa da, "Dr. Fatma bey hanım" seslenişini hepimiz duymuşuzdur. Tarih boyunca kadın bakım verme ile ilgili roller almış iken, erkeğe savaşçı, filozof, aşık, çapkın, şair veya şifacı gibi çok rol verilmiştir. Kadınlar ise, erkeğe doğal olarak atfedilen rollere sahip olmak için mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar. Psikiyatride ise karşı-aktarım (kontr-transferans) nesnesi çoğunlukla kadınlar ve özellikle de genç kadınlar olmaktadır.

Freud, psikoanalitik teoride, maskuliniteyi (erkeğe ilişkin özellikleri) her iki cinsiyetin de ulaşmak istediği doğal süreç olarak kabul edilmiştir. Küçük kız "penisi olmadığını" farkedene kadar kendini erkeklerle özdeş sayar. Freud'a göre, bu üzüntü verici keşif kastrasyon anksiyetesine yol açar ve kız çocuğu çözüme talihsizliğini ve kendisinin kadın olduğunu kabul ederek ulaşır. Kadının gelişim süreçleri artık "penise imrenme" ve "kastrasyon anksiyete-

tesi" nedeniyle ortaya çıkan telafi etme (kompansasyon) çabaları ile bağlantılı olarak ele alınır (Wolberg 1988; Fenichel 1974). Freud, erkeğin egemen olduğu ve kadının erkeğe göre tanımlandığı bir dönemde yaşamıştı. Yakın zamanlara kadar kadını anlamaya yönelik çaba gösteren doktor, modacı, yazar ya da ressamların çoğunluğu da erkek olmuştur. Erkeğin gözü ile kadını anlama çabaları ise, sonuçta, cinsiyet hakkındaki düşüncelerimizin aslından ayrılmasına ve içinde bulunduğumuz kültürü de etkileyen yanlışlıklara yol açmaktadır.

İnsan embriyosunun temelde "kadın" olduğu fakat erkeğe ilişkin özelliklerin daha sonra kazanıldığıнын 1960'lı yıllarda belirlenmesi üzerine her iki cinsde de kadınlığa ilişkin özelliklerin (primer feminite) bulunduğu ileri sürülmüştür (Stoller 1985). Bu yaklaşıma göre erkek çocuklar maskuliniteye kendilerinde var olan primer feminen özdeşimle mücadele ederek ulaşmaktadırlar. Freud'un aksine, kadınlığa önem veren bu yaklaşım, 1960'lı yıllardan itibaren kadının eşit haklar kazanma çabalarının belirginleştiği bir dönemde yaygınlaşmıştır. Toplum hayatına yansıması ise kadınların pantolon giymesi, geleneksel olarak erkek sporu olarak kabul edilen sporlara yönelmesi, erkeklerin hakim olduğu meslek dallarında yer bulmaya çalışması gibi çok çeşitli alanlarda olmuştur. 1990'lara kadar gerek tıp, teknoloji ve bilgisayar bilimlerindeki gelişmeler gerekse özellikle meslek sahibi kadınların başarıları, iletişimin ve bilgi alışverişinin belirgin olarak yoğunlaşmasına yol açmıştır. Kız ve erkek bebek ve çocukların davranışları hakkındaki bilimsel bilgi birikimi de bu dönemde çoğalmıştır. 1990'lı yıllarda ise, gittikçe artan bir şekilde, kadın, kadın gözüyle kadını tanımlamaya başlamıştır. Kadının değişen rolü, doğal olarak erkek rolünde de değişime yol açmaktadır. Bu dönemde, erkekler, babalarının kaygılı ve anlamayan bakışlarına rağmen, bakım verme, ev işi yapma gibi geleneksel kadın rollerini daha fazla almaya başlamışlardır. Toplum bugün cinsel taciz, ev-içi şiddet olayları kurbanlarına daha duyarlıdır. Artık, bu konuların cinsiyet farkı meselesi değil, fiziksel gücün kötüye kullanımı ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Bu değişim kadın gözü ile bakışın klinisyenlere kazandırdığı içgörülerden yalnızca bir tanesidir.

CİNSİYETİN BİYOLOJİK BELİRLEYİCİLERİ

Doğacak çocuğun kadın mı erkek mi olacağı, erkek spermde X ya da Y kromozomu bulunması

ile belirlenir. Tüm memelilerde Y kromozomunun kısa kolundan erkek cinsiyet gelişimini sağlayan ürünler salgılanır. Bu ürünler doğrudan DNA'yı aktive eder ve XX dişi fareye verildiklerinde bile erkek fenotip ortaya çıkartırlar. Y kromozomu mevcut değilse ya da ürünleri hedef organlarda etkin değilse, dişi cinsiyet karakterleri gelişir. Embriyo, gonadlar (overler veya testisler) olmadığında ya da çıkartıldığında, genetik olarak XY olsa bile, dişi cinsiyet özellikleri geliştirir. Testisler hem testesteron hem de bazı protein yapısında ürünler salgılayarak cinsel organların, beynin ve sonuçta duygulanım ve davranışların erkek cinsin özelliklerini göstermesini sağlar. Embriyo ve fetus dolaşımında anneden gelen östrojen yoğun olarak bulunmaktadır. Testesteron etkisinin yokluğunda hayvanlarda dişi cinsiyet davranışları gelişmektedir. Tersine, genetik olarak dişi hayvanlara doğum öncesi yüksek doz testesteron verildiğinde erkek davranışları ortaya çıkmaktadır. Bu etki doğum sonrasında verilen östrojenle ancak kısmen değiştirilebilir. Testesteronun bu etkisi ancak intrauterin hayatta ve doğumdan hemen sonra etkin iken dişi farelere doğumdan 10 gün sonra verilen yüksek doz testesteron dişi davranışlarının gelişimini engelleyememektedir. Farelerde, çoğul gebeliklerde, embriyoların cinsiyetleri de erişkin yaşamdaki davranışları etkileyebilmektedir, şöyleki, iki erkek fare ile aynı uterusu paylaşan dişi fare, yüksek doz testeterona maruz kalmakta ve erişkin yaşamda daha erkeksi davranışlar geliştirebilmektedir (Ehrhardt ve Meyer-Bahlburg 1981; Rubin ve ark 1981; Swaab ve Hofman 1984).

Her iki cinste de testesteron ve östrojen hormonları bulunur; cinsler arasındaki fark bu hormonların kan düzeyleri ve salgılama şekilleri ile ilgilidir. Beyinde ön hipofizden salgılanan lüteinleştirici hormon (LH) ve follikül uyarıcı hormon (FSH) gonadlardan erkekte testesteron kadında ise östrojen-progesteron salgılanmasını uyarırlar. LH ve FSH salgılanımı erkeklerde sürekli ve sabit kan düzeyinde iken, kadınlarda bu salgılanım menstürel siklusla bağlantılı sıklık bir yapı gösterir. Bununla bağlantılı olarak LH ve FSH salınımını kontrol eden hipotalamus preoptik bölge boyutları iki cinsiyet arasında farklıdır; erkekte daha büyüktür. Orbitofrontal korteks, amigdala, dorsal hipokampus gibi, agresyonun da aralarında bulunduğu duygular ve dürtülerin oluşumundan ve kontrolünden sorumlu olduğu düşünülen limbik alanlarda da kadın ve erkek beyni yapısal farklılıklar göstermektedir. Ay-

rıca, korpus kallusum kalınlığı kadınlarda daha fazladır; sözel işlevler ve akıcılıkta kadınlar daha yüksek puanlar alırlar; erkeklerde ise agresyon ve kas kuvveti daha fazladır (Swaab ve Fliers 1985; Kelly 1991; Hull ve ark 1984; Ehrhardt ve Meyer-Bahlburg 1981). Bu yapısal farklılıkların erişkin davranışlar üzerindeki etkisi tam olarak bilinmemektedir. Öte yandan depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi bazı psikiyatrik hastalıkların kadınlarda, hiperaktivite, otizm, öğrenme güçlüğü ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi diğer bazı psikiyatrik hastalıkların da erkeklerde daha çok gözükmesinin bu biyolojik farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Earls 1987).

Östrojen hormonunun özellikle kadın davranışını etkilediği uzun yıllardır bilinmektedir; kadınlar menstürel siklus öncesi sıklıkla duygudurum değişiklikleri yaşarlar; menopoz, çocuk doğurma, oral kontraseptif kullanımı duygusal değişikliklerin sık ortaya çıktığı dönemlerdir; peri-menopozal kadınlarda östrojen duyguduruma olumlu etki yapmaktadır. Östrojen, serotonin taşınmasını kolaylaştırır, monoamin oksidaz aktivitesini azaltır, asetil kolın sentezini artırır, katekolaminlerin alfa, beta ve dopamin reseptörlerine bağlanmasına değiştirir (Stahl 1998).

Yukarıda kısaca ele alınan bulgular, cinsiyetin biyolojik yönü ve bunun erişkin cinsel davranışlara etkilerinin önemli ölçüde doğum öncesi belirlendiğine işaret etmektedir. Öte yandan, hayvan deneylerinde, embriyo ve fetusun gerek anneden ve placentadan kaynaklanan gerekse kendi gonadları ve böbrek üstü bezlerinde yapılan hormonlarla karşılaştıkları ve dolaşımdaki hormon düzeylerinin belirgin bireysel farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Sonuçlar, patoloji, testesteron yokluğu gibi ciddi anatomik ve davranışsal sonuçlar ortaya çıkartacak düzeyde değilse, davranışların söz konusu cinsiyet için çoğunlukla normal sınırlar içinde yer aldığına işaret etmektedir (Kelly 1991; Earls 1987).

CİNSEL KİMLİĞİN GELİŞİM SÜRECİ

Psikoanalitik teori psikoseksüel gelişim dönemleri ve bunun psikopatoloji ile ilişkisi üzerinde temellerini oturtmaktadır. Bu kuramda biyolojik ve toplumsal etkiler az vurgulanmakla birlikte, anne-bebek, anne-baba-çocuk etkileşimini irdeleyen gözlemler geniş ölçekli çalışmalarla büyük paralellik taşımaktadır (Kernberg 1989). Psikoseksüel kuramın

bu gözlemleri açıklayışı ise kişiler arası bireysel ve kültürel farklardan kaynaklanan bazı eksiklikler taşıyabilmesine rağmen, bu durum yapılan gözlemlerin değerini azaltmamaktadır.

Anneyle Kurulan Bağ ve Duygulanımın İzolasyonu

Doğumda anne ve çocuk arasında, çocuğun hem biyolojik hem de psikososyal gelişimini belirgin olarak etkileyen bir bağ oluşur. Geleneksel olarak oral dönem adıyla anılan yaşamın ilk yılında, bağlanma davranışı, özdeşim, güven duygusunun gelişmesi ile ilgilidir. Anal dönem olarak adlandırılan ikinci ve üçüncü yılda ise bebek ayrışma-bireyselleşme (separation-individuation) ve otonomi kazanma çabası içine girer (Wolberg 1988; Kernberg 1989). Bu dönemde, çocuk, cinsiyet farklarını ve toplum içinde farklılaşan rollerini de algılamaya başlar. Kız çocuğu, annesi ile bağını esnetmeye başlamasına rağmen yaşam deneyimlerini yine de bu ilişki sınırları içinde değerlendirmeye devam eder. Küçük erkek çocuk ise anal dönemde bir taraftan otonomi için mücadele ederken, diğer taraftan babasıyla özdeşim kurarak erkek kimliğini kazanmaya başlamak zorundadır. Bu, ilk bağ kurduğu kişi olan annesiyle ilişkisinde geliştirdiği özdeşimi, baba özdeşimi ile yer değiştirme çabasını da kapsamaktadır. Çocuk davranışlarını inceleyen geniş ölçekli klinik çalışmalar erkek çocukların bu dönemde agresyonlarını kolayca eksternalize ettiklerine, sürekli vücutlarını ve çevreyi araştırdıklarına işaret etmektedir (Earls 1980, Richman ve Graham 1971). Anne özdeşiminden ayrılış ve başta testesteron olmak üzere biyolojik etkenlerin agresif tavırların ortaya çıkışında rolü olduğu düşünülmektedir (Rubin ve ark. 1981; Greatrex 1997). Dışa yöneltilen ve erkek rolü ile uyumlu olması nedeniyle daha kabul gören agresif tavırlar, bir süre sonra ego-sintonik (ego ile uyumlu) hale gelir ve benlik duygusunun kabul edilen bir parçası olur. Erkek çocuktan, kız çocuktan olduğu gibi agresyonunu kontrol etmesi değil, uygun yer, zaman ve şartlarda ortaya koymayı öğrenmesi beklenir. Bu dönem erkek çocukların oyunlarında agresif duygular, impulsivite, aşırı merak, araştırmacılık, kolay risk alma gibi aktivitelerde ve atma, vurma, boğuma gibi temalar belirgindir (McDevitt ve Carey 1978; Earls ve Cook 1984). Impulsivite ve agresif duyguların kontrolü enerjî gerektiren bir süreçtir. Psikoanalitik görüşe göre erkek çocuk bu çaba içinde ob-

sesif-kompulsif savunma düzenekleri geliştirir. Gelişen, yapma-bozma, yer değiştirme, reaksiyon-formasyon ve izolasyon gibi savunma düzenekleri bu yaş çocuklarının davranışlarına da yansır (Greatrex 1977; Kernberg 1989). Psikoanalitik yayınlarda izolasyon olarak adlandırılan gözlem, bir durumu akıl düzeyinde ele alabilirken eşlik eden duygulanımları algılamama hali, agresif dürtülerin ortaya konusu esnasında hem erkek çocukların oyunlarında ve hem de erişkin yaşamlarında sık gözlenir (Greatrex 1997; McDevitt ve Carey 1978; Earls ve Cook 1984). İzolasyon, gelişim dönemleri içinde daha olgun savunmalar olan entellektualizasyon, rasyonalizasyon gibi savunmaların da sık kullanılmasına yol açabilir. Aslında, tüm bu savunmalar, bir taraftan erkek çocuğun karşısındakinin ne hissettiğini anlayamamasına, empati yeteneğinin azalmasına yol açarken, diğer taraftan diğerlerine zarar vereceğim korkusu duymadan bazı eylemlerde bulunabilmesine olanak sağlar. Aşırı izolasyon ve empati yoksunluğu ise en uç noktadan patolojik bir örnekle şöyle açıklanabilir; bir kadını döven ya da tecavüz eden bir erkek, çoğu kez, olayın duygusal boyutunu yani bu kadına verdiği acıyı ve oluşturduğu örselenmeyi algılayamamaktadır (Greatrex 1997).

Anal dönem kız çocuklarının oyunlarında annelik yapma, bakım verme, ev-içi sahnelere yer verme, ilgi çekmeye yönelme belirgin bir tema iken, agresif içerikli oyunlara pek rastlanmaz (McDevitt ve Carey 1978; Earls ve Cook 1984; Earls 1980). Erkek çocuğun tersine, kız çocuklarda, diğerlerine zarar verme olasılığı kendine zarar vermek gibi yaşanır. Anneye özdeşimin sürmesi, kurulan bağ ve kız çocuğundan beklenen roller agresif dürtülerin ya sessiz kalmasını ya da kendine yönelmesine yol açabilmektedir. Gerçekte, annesi gibi kız çocuk da, çoğu kez diğerlerine acı vermektense kendisi acı çekmeyi yeğler (McDevitt ve Carey 1978; Greatrex 1977). Apandisit nedeniyle ameliyata girecek olan 3 yaşında bir kız çocuğu ağrısı nedeniyle ağlamakta ve kıvrınmaktadır, baba, kızına ameliyatın hemen yapılacağını ve ağrısının kalmayacağını söyleyerek, kızını rahatlatmaya çalışır; anne ise kızını kucağına almış sakinleştirmeye çalışırken, hiçbir şey yapamamanın çaresizliği içinde, dayanamaz ve ağlamaya başlar; kızı ise annesinin göz yaşlarını görür ve annesine daha da sıkı sarılarak ağlamayı keser. Bu örnek bir taraftan babanın izolasyonu başarıyla kullandığının diğer taraftan ise

ailenin dışı bireylerinin, tipik kadınsı bir davranışla, diğerinin acı çektiğini hissetmek yerine kendisinin acı çekmeyi yeğlediğinin bir örneğidir. İlginç olarak, ağlayan bir çocuk sesi karşısında, kadın beyninin önemli bir kısmında kanlanma artarken, erkek beyinde bu artış küçük bir alanla sınırlı kalmaktadır.

Kız çocuk oyunlarında anne özdeşimi yaygınken, baba bir bağlantı ve kısmi özdeşim nesnesidir (Earls ve Cook 1984). Çoğu kez erkek kardeşinden çok daha zayıf obsesif-kompulsif savunmalar geliştirdiği gözlenir. Daha iki-buçuk yaşındayken böceklerden, yılandan, fareden korkmaya başlar (Earls 1980; Richman ve Graham 1971). Erkek çocuk ise, aynı dönemde, böcekleri ezmek üzere peşinden koşmayı yeğler. Bu, erkek çocukta dışa dönüklük, merak ve araştırma duygusuna dönüştürülen agresif dürtülerin, kız çocuklarda korku ile yer değiştirdiğini gösteren sayısız örneklerden bir tanesidir. Kız çocuk, gelişim süreci içinde, agresif olmayı, agresyonunu göstermemeyi ideal-ben içine yerleştirir ve agresif dürtüleriyle inkar savunma düzeneğini kullanarak başeder. İzolasyon, entellektüalizasyon, rasyonalizasyon savunmalarını erkeğe göre çok daha az kullanan kız çocuk ve kadın, bunun karşılığında, güçlü bir empati ve karşındakine duyarlılık hislerine sahip olur (Greatrex 1997). Öte yandan, psikoanalitik bakış açısı, kadınlardaki sınır koyma güçlüğü, risk almaktan, başkalarına zarar vermekten ve rekabetten korkma davranışlarını agresyonu ve diğer dürtüleri düzenleyen değil inkar eden savunmaların gelişmiş olması ile bağlantılı görmektedir (Person 1985; Lester 1990; Greatrex 1997).

Anneyle Kurulan Bağdan Ayrışma (Separasyon) Süreci

Gelişim sürecindeki bir sonraki basamak her iki cinsin de anne-çocuk ikili ilişkisinden, anne-baba-çocuk üçlü ilişkisine geçiş sürecini ele alan ödipal dönemdir. Psikoterapi esnasında gelişen erotik aktarım ve karşı-aktarım olgularının çoğu bu dönemde belirginleşen cinsiyet farklılaşmasının gelişimi süreci ile ilgili olarak ortaya çıkar.

Bu dönemde kız çocuğu yeni bir özdeşim nesnesi olarak babaya yönelir ve babayı annedenn ayrışma sürecinde kullanır. Babası tarafından beğenilme, en özel kişi olma ve onun ihtiyaçlarını karşılama isteği bilinç düzeyine çıkar ve çoğu kez babasına olan hayranlığı sözel olarak ve davranış-

ları ile ifade eder. Bu romantik tutumlar bazen babanın aşırı hoşuna gider ve uygunsuz bir şekilde desteklenir. Öte yandan, genç kızlık döneminde kendisinden yaşça çok büyük kişilerle yaşanan tutkulu ilişkiler, bilinçdışı olarak uygunsuz desteklenen bu doyum ve güçlülük hissini yeniden sağlama çabalarına yönelik olabilir. Erkeklerde bu tür eğilimler daha az görülmektedir. Bunun psikodinamik bakış açısına göre başlıca nedeni, erkek çocuğun babaya yönelim ve özdeşiminin primer ve agresif dürtülerle bağlantılı olması iken, anneye özdeşimini sürdüren genç kızın babaya yönelişinin cinsel kimliğini kazanma ile ilgili olan seksüel dürtülerden kaynaklanmasıdır (Greatrex 1997).

Erkek çocuk, ayrışma sürecinde, ben-sen ayrımına ulaşmak için anneyi özdeşim nesnesi olarak kullanamaz. Anneyle özdeşim, annesi gibi olma, yani, erkek kimliğini ve penisini terk etme anlamına gelmektedir. Freud annesinin genital organının farklı olduğunu gören erkek çocuğun yaşadığı korku ve sıkıntının onun erkek kimliğine yönelmesinde başlıca rolü üstlendiğine inanmaktadır (Wolberg 1988; Kernberg 1989). Psikoanalitik teoride kastrasyon anksiyetesi olarak adlandırılan bu gözlemler gerçekten de erkek çocuğun gelişiminde önemli rol oynayabilir. Ödipal dönemde erkek çocuk yaşam boyu sürececek bir ikileme yüzleşir, bakım veren kişi ve seksüel dürtülerinin yöneldiği kişi aynıdır. Söz konusu kişi anne ise, gerek kastrasyon anksiyetesi gerekse toplumsal normlar açısından, bu dürtüler "yasak" dürtülerdir. İzolasyon ve diğer savunmalar duyguların ve dürtülerin kontrolü amacıyla burada da kullanılır. Ergenlikte erkek kendisinden yaşça büyük bir kadınla ilişki yaşasa bile çoğunlukla, genç kızlarda görülen gibi tutkulu bir ilişki değildir, bilinç dışı olarak hem kastrasyon anksiyetesi olmaksızın seksüel dürtüler hem de karşı cinsin cinsel organlarını tanımaya yönelen ama daha önce yasaklanmış merak ve araştırmacılık dürtüsü doyurulmaktadır. Pornografik yayınlara ve diğer görsel ve işitsel uyarılara erkeklerin kadınlara göre daha düşkün olması da bununla ilgili olabilir. Erkek, büyüdükçe, anneden ayrışma sürecinde gösterdiği çabalarla da bağlantılı olarak, kadın cinsiyeti değersizleştirme eğilimine girer, kendisinden yaşça küçük ve daha az baskın kadınlara yönelir. Genç erkek için kendinden yaşça büyük erkeklerle sürdürülen ilişkide özdeşim, yüceltme ve rekabet baskın özelliklerdir. Bu nedenlerle, genellikle, genç kız erkek patronun en sevdi-

ği, özel olarak gördüğü biri olmaktan haz alırken, erkek onu bir usta olarak görür, özdeşim yapar fakat nihai amacı onun yerini almaktır (Person 1985; Lester 1990; Pollack 1992; Greatrex 1997).

EBEVEYN OLARAK KADIN VE ERKEK

Genç erkek ve kadın büyüüp çocuk sahibi olduğunda ne olur? Çalışmalar her iki ebeveynin de bebeğin ve çocuğun yukarıda betimlenen gelişim süreçleriyle uyumlu roller aldıklarına işaret etmektedir.

Anneler başlangıçta her iki cinsiyetten bebeğini de kendisinin bir parçası olarak görürken, çocuk büyüdükçe bilinçli ve bilinçdışı olarak, özellikle erkek çocuklarını kendisinden farklı algılamaya başlamaktadır. Anneler çocuklarına daha sakinleştirici ve kabullenici davranırken, babalar uyarıcı, rekabeti körükleyici davranışlar göstermektedir. İlginç olarak, kız bebeklerin, babalarına daha sakin bir baba olmayı öğrettikleri de saptanmıştır. Kadınlar çocuklarını sakinleştirirler, daha empatik, duyarlı, bakım verici, kolaycıdırlar ve beklemeyi öğretirler; yenme-yenilme sonucu olmayan kitap okuma, üst-üste koyma gibi oyunlar oynarlar; sürtüşmelerden kaçınırlar ve başta fiziksel agresyon olmak üzere agresyondan korkarlar, sınır koymada güçlükleri vardır. Erkekler ise çocukları ile fiziksel riski de olabilen ve yenme-yenilme sonucu olan oyunlar oynarlar; mücadele ederler, boğuşurlar, güçlerini ortaya koyarlar; sınırları daha keskindir; eşlerini çoğu kez bilinç-dışı olarak kontrol ederler, bir toplantıda ilk sözü alırlar, aileleri adına konuşurlar (Person 1985; Greatrex 1997).

CİNSİYETİN PSİKOTERAPİDEKİ GENEL ETKİLERİ

Psikoterapiye başvuru şekli, terapiye alınma ölçütleri, gelinmeyen randevu ve terapiyi sonlandırma ile ilgili genel kurallar erkekler tarafından konmuştur. Hasta-terapist ilişkisinde cinsel taciz ve kötüye kullanma olgusu çoğunlukla erkek terapist-kadın hasta arasında olmaktadır. Kadın terapistlerin hastalarıyla aşırı empati kurması, kimi zaman bunun sempati düzeyine ulaşması sık rastlanan bir durumdur. Kimi zaman hastaları için aşırı koruyucu ve kolaycıdırlar. Terapi seanslarının zamanında bitirme ve uygun ücreti alma güçlükleri vardır. Hastanın ihtiyaçlarının karşılanmadığını hissettiklerinde suçluluk duyabilirler. Terapinin sonlandırılmasında veya başka bir terapistte gönderme konusunda güçlük yaşayabilirler (Lester 1990; Greatrex 1997).

Erkek terapistler hastaları ile empati yapmakta, onlar gibi düşünmekte güçlük çekerler. Hastanın yoğun duygusal yaşantılarını, çoğu kez, duygusal boyutu ile değil entelektüel boyutu ile anırlar. Terapi esnasında değişen durumlara kolay adapte olamazlar, hastanın duygusal boyutundaki değişikliklerini kolay yakalayamazlar. Bilinç-dışı olarak tehlikeli duygulardan kaçınmaya yönelik olduklarından kadın hastaları ile daha mesafeli ve soğuk ilişki kurabilirler. Erkek hastaları ile ise sıklıkla bilinç-dışı rekabet yaşarlar (Lester 1990; Lasky 1989; Pollack 1992).

Yukarıda ele alınan özelliklerin her biri terapistin kendi bireysel gelişim süreçleri ve geliştirdiği cinsel kimlik ile uyumlu tutumlardır. Ek olarak klinisyenler terapi eğitimi sırasında kadının ve erkeğin rollerine de atıfta bulunan çeşitli teoriler öğrenirler ve karşılaştıkları olguları bu teorik yönelim çerçevesinde değerlendirir, anlamaya çalışırlar. Buradaki tehlike teorik ve klinik eğitimimizin bilinçli ya da bilinçdışı olarak kendi inanç sistemimizde, yerleşmesi, karşımızda bulunan her bireyi bu çerçeveye yerleştirmeye çalışma yanlısıdır.

KARŞI CİNSE AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Freud ve onun ilk dönemlerdeki izleyicileri, psikoanalistin, duygusal olarak katılımcı olmayan ve seksüel açıdan nötr olduğunu düşünüyorlardı. Kadın ya da erkek terapistlerin hastalardan aşağı yukarı benzer tepkiler aldığını kabul etmekteydiler. Yine de hastaların erotik aktarım geliştirebileceklerini ve bunun da terapistte karşı-aktarım problemi ortaya çıkartabilme potansiyeli taşıdığını kabul ediyorlardı (Wolberg 1988; Fenichel 1974; Kernberg 1989; Parman 1996). Bu aşamada yukarıda ele alınan gelişim dönemleri bağlamında terapistin ve hastanın cinsiyeti kaçınılmaz bir şekilde terapiyi etkilemektedir.

Kadın Terapist ve Erkek Hasta

Kadın terapistler deneyimleri artıp, yaşları ilerledikçe, terapiyi daha kolay uygulamaktadırlar. Öte yandan, genç bir kadın terapist, aşırı duyarlılık ve empati problemleri ile karşılaşmaya en yatkın olduğu dönemdedir. Hastalarının çoğu kendisinden yaşça büyüktür ve annesine, babasına karşı geliştirdiği aktarımları eyleme geçirebilecek pek çok uyararla karşı karşıya kalır (Lester 1990; Person 1985).

Erkek hastaların kadın terapistlere, kadın hastaların erkek terapistlere geliştirme sıklığına göre, daha az erotik aktarım geliştirdiği gözlenmiştir (Person 1985; Pollack 1992). Bu daha önce ele alınan erkek çocuğun annesini hem bakım veren hem de seksüel nesne olarak algılaması ve sonuçta geliştirdiği başetme düzenekleri ile açıklanabilir. Ek olarak, kadın terapistlerin uyarıcı olmaktan çok sakinleştirici nitelikteki anaç (maternal) tutumu da bu aktarımı engelleyen bir yön olabilir (Greatrex 1997).

Genç bir kadın terapist ve kendisine yakın yaşta yakışıklı bir erkek hastayı uzamış yas nedeniyle bir süredir takip etmektedir. Hasta bir seansın ortasında, aslında kendisini epeydir iyi hissettiğini ancak terapistini görmek için seanslara devam ettiğini söyler. Terapistinden terapi anlamında çok yararlandığını ve saygı duyduğunu ancak tanıştıkça bu saygıya yoğun bir sevgi de eklendiğini söyleyerek devam eder. Terapiyi sonlandırmak ama terapistiyle dışarıda arkadaşça görüşmek ve kendisini bu ortamın dışında da tanımasını istediğini belirtir. Terapist de, yasin doğal bir süreç olduğunu aslında, bu bireye hasta bile denilemeyeceğini düşünmektedir. Bu terapi sırasında rastlanabilecek kimi zaman hastanın sözelleştirdiği, çoğu zaman da sözelleştirmede bir senaryodur. Terapist ne yapmalıdır?

Terapist olarak hastanın kendisini geliştirebileceği güvenli ve rahat bir ortam oluşturmak terapistlik görevlerinden biridir. Bu kısmen anne-çocuk ilişkisinin özelliklerini taşıyan bir ortamdır. Kadın oluş ve kadın oluşun kazandırdığı özellikler de genç kadın terapistin duyarlı ve empatik bir ilişki kurmuş olma olasılığını arttırmaktadır. Terapist, özellikle kendi kayıplarına aklına geldiğinde, hastasına sempati duymuş ve bunu sözel ve sözel olmayan iletişimiyle hastaya hissettirmiş olabilir. Özellikle hastası kendini kötü hissettiğinde ona daha fazla yardım etme çabasına girmiş ve kimi zaman terapi süresini uzatmış olma olasılığı da yüksektir. Bilinç-dışı olarak, bakım verme, geliştirdiğini görme, acısını paylaşma gibi anne-çocuk ilişkisinde var olan haz da büyük olasılıkla bu genç kadın terapist tarafından hissedilmiştir. Buraya kadar olanlar, kadın terapist erkek hasta arasında cinsiyet farkı nedeniyle çoğu kez rastlanabilen ama genellikle ciddi ve kalıcı erotik aktarımla sonlanmayan durumlardır; sonsansa bile, çoğunlukla, eğer karşı-aktarım yoksa te-

rapisti telaşlandıran bir durum olmaz ve terapist kendi öğrendiği teknikte yer alan aktarımla başetme yöntemlerini kolaylıkla uygular. Öte yandan, eğer terapist, örneğin, bir süredir hastasının kendisine ilgi duyduğunu farketmekte ise ve bu kendisinde hoş bir duygu oluşturuyorsa, artık, karşı-aktarımın da işin içine girdiğini düşünebiliriz. Terapist bu aşamada ister öfke, hayal kırıklığı, şaşkınlık isterse sevinç, cinsel uyarılma hissetsin duygularını kontrol etmeli ve hastaya bu duyguları paralelinde yansıtılarda bulunmamayı becermelidir, ne aktarım bir suçtur ne de, varsa, karşı-aktarımın sorumlusu hastadır. Şimdi ve burada yaklaşımı ile "bu kadar güçlü bir duygusunu aktardıktan sonra kendisini nasıl hissettiği" sorularak seans bitirilip, bir sonraki seansın saati hatırlatılarak, hastanın bu seansa gelmesi sağlanabilir.

Terapist bu aşamada, gerek arkadaşlarından gerekse danışmanından süpervizyon almalı ve özellikle karşı-aktarım duygularını tanımalıdır. Terapist hastayı kendi geçmişinden en çok kime benzetmektedir, neden daha önce hastanın düzeldiğini farketmemiştir, terapistin bitmesini istememekte midir, terapistin kontrolünü hastaya mı bırakmıştır ve bunda geleneksel kadın rolünün kontrolü erkeğe bırakma eğiliminin rolü var mıdır; hastanın kendisini beğenmesini istemiş midir; hastasıyla cinsel fantaziler kurmuş mudur; neden hastanın erotik duygularını farketmesine rağmen bunu gözardı etmiştir; terapi esnasında kendi tutumlarını ve motivasyonlarını yeteri kadar "üçüncü göz" ile monitöze etmiş midir; hangi aşamada terapi esas amacından sapmıştır ve neden; hastayla erkek meslekdaşlarıyla yaşadığına benzer bir rekabet mi yaşamaktadır... gibi soruların yanıtını terapist en azından kendi gelişimi için mutlaka öğrenmek durumundadır. Hiçbir terapist karşı-aktarıma karşı bağışık değildir ve bu tür kendini değerlendirmeler, kör noktalarını tanıma çabaları her terapistin olgunlaşmasında gerekli aşamalardır (Sandler ve ark. 1970).

Kadın terapistler kendilerinden yaşlı erkek hastalarla daha da büyük güçlükler yaşayabilirler. Kadın terapist kolayca, baba aktarımı geliştirebilir ve ilişkinin kontrolünü daha güçlü hissettikleri baba figürüne bırakabilirler. Yaşça büyük erkek hastaya maternal aktarım geliştirme olasılığı, en azından terapistin başlarında, düşüktür. Tersine, genç bir bayan yaşça büyük erkek için uygun bir sevgi nes-

nesidir. Terapide oluş çoğu kez, hasta açısından, bu durumu değiştirmez. Hastanın tutumları genellikle genç bir bayana takındığı tutuma benzerlik gösterir. Bu olgularda erotik aktarım gelişse bile çoğunlukla kalıcı değildir ve hasta taciz edici olmadıkça, belirgin karşı aktarım yoksa kolayca baş edilir. Karşı aktarımın değerlendirilmesi açısından terapistin kontrolü hastaya bırakması, hastanın terapistte kendinden yaşça küçük kadınlara davranıldığı gibi davranması ama bunun gözardı edilmesi, terapistin hastayı ebeveynine benzetmesi, isteklerini kolay kabul etmesi, sınır koyamaması... gibi konular önemlidir (Sandler ve ark. 1970; Lester 1990; Greatrex 1997; Lasky 1989; Pollack 1992).

Erkek Terapist ve Kadın Hasta

Erkek terapist-kadın hasta ikilisi söz konusu oldu mu, karışık buna karşın pek anlaşılmamış bir konuyla karşılaşırız. Gelişim dönemleri açısından pek çok etkileşim söz konusu olabilir. Kadın hastalar erotik aktarımlarını erkek hastalardan daha sık ve yoğun yaşamaktadırlar. Yine de, kadınlar, anne ve kadın rolü çerçevesinde, terapist-hasta sınırlarını korumada erkeklerden daha başarılıdırlar (Person 1985).

Kadın bakış açısının topluma kazandırdığı bir başka yön de birinin diğerine daha bağımlı olduğu, diğerinin ise daha güçlü olduğu ikili ilişkilerde, cinsel sınırların tacizine yönelik farkındalığımızın artmasıdır. Cinsel tacizi erkeğin ve kadının değerlendirdiği, özellikle üst ve orta sosyokültürel yapıda yer alan bireylerde, bu bakış açısını temel almaktadır. 1990 yılında, Boston eyaletinde kurulan bir telefon hattına, 500'den fazla kadın hasta, erkek terapistlerin kendilerine cinsel tacizde bulunduğu bildirmişlerdir. Büyük olasılıkla bu istatistikler uzun yıllardır ve pek çok yerde aynı olmakla birlikte, kız-erkek arkadaşlığında rastlanan tecavüz olaylarında olduğu gibi, terapi sırasında da kadının "yeşil ışık yaktığı" inancı hakim olduğundan, bildirilmemektedir. Adem ve Havva'dan beri, kadının erkeğin seksüel dürtülerini kontrol ettiği ve erkeğin bir kez kadın tarafından uyarıldığında artık kendini durduramayacağı varsayılmaktadır. Kadından bir taraftan "bekçilik" görevi yapması ve erkeği "dönemeyeceği noktaya kadar uyarmaması" beklenirken, diğer taraftan da, tersine, erkeğin ihtiyaçlarını doyurması istenmektedir. Bu hem güç bir görevdir hem de kadının kendi seksüel ihtiyaçlarını geri plana itmesine neden olur. Çoğunlukla ergenlik döneminde "bekçilik"

rolü hakimiyet kazanır. Erotik aktarım yaşayan kadın, gerçekte, incinebilir ve bağımlı bir durumdadır, şöyle ki, terapi esnasında kadın cinsel hayatındaki gizli konuları açık, sansürlü ve tam bir teslimiyetle açıkladığında, artık hem açık olup hem de bekçilik görevini yerine getirmekte çok zorlanmaktadır. İncelenen pek çok olguda, taciz edilen kadının, ortalama bir kadından daha fazla bir baştan çıkarıcı tutum göstermediği de saptanmıştır (Greatrex 1997; Lasky 1989; Pollack 1992).

Öte yandan, erkek tarih boyunca, cinsel olarak her zaman eyleme "hazır ve nazır" olması beklenen bir rol üstlenmiştir. Toplum, erkekten, uygun ortamı aramasını ve bulduğunda da cinsel eylemi gerçekleştirmesini beklemekte ve bunu yapmayana şüphe ile bakmaktadır. Bu toplumsal rol çerçevesinde yetişen erkek terapistler, kadın terapistlere göre daha fazla ve daha yoğun uyarılmakta, bunlardan bazıları da erotik aktarım yapan hastaları ile cinsel deneyimler yaşayabilmektedirler. Bu terapistler genellikle olgun, saygı duyulan ve terapi esnasında koruyucu baba-bakım veren anne rolünü benimsemiş, feminen özdeşimleri sürmekte olan bireyler olup, hastalar bu terapistleri duyarlı ve empatik olarak algılamaktadırlar. Öte yandan, terapistin bireysel motivasyonu ister bilinçli ister bilinç-dışı olsun, profesyonel bir ilişkide terapis eylemlerinden birinci derecede sorumludur ve hastasıyla cinsel ilişki kurmanın tek bir tanımı vardır: ahlaksızlık (Greatrex 1997; Person 1985; Pollack 1992).

Genç bir erkek terapistin karşı-aktarımlarını anlaması, erkek rolünün profesyonel yaşamını nasıl etkilediğini araştırması, kendisini hastanın oğlu mu, kocası mı, erkek kardeşi mi yoksa babası gibi mi değerlendirdiğini gözden gezirmesi, annesiyle nasıl özdeşim yaptığını incelemesi ile mümkün olabilecektir (Sandler ve ark. 1970). Erkek çocukların gelişimi incelenerek seksüel dürtülerin ve bağımlılık gereksinimlerinin nasıl yaşandığını daha iyi anlaşılabilir. Anneden ayrışma sürecinde, bu ayrışmayı travmatik bir kayıp olarak yaşayan erkek çocuklarda, erişkin yaşamda yakın ilişki kurmaktan korkma (fear of intimacy) geliştiği ve cinsellik olarak ortaya konan davranışların, gerçekte, bağımlılık duygularını doyurma amacı güttüğü ileri sürülmüştür (Pollack 1992).

Erkek terapist kadın hastasının ödipal çatışmaları ile uğraşıyorsa, hem hastasından gelecek hem de kendisinde oluşabilecek seksüel dürtüleri kabul

etmeli ve başatmalıdır. Beğenen, onaylanan ve koruyucu bir baba ve sakinleştirici, kabullenici anne olmayı başatmalıdır. Dahası, kadın hastasının seksual aktarımlarını aşmasına yardım ederken, kendisinde ortaya çıkabilecek preödüpal bakım veren anne özdeşimine yönelik korkusuyla da başatmalıdır (Lasky 1989).

SONUÇ

Terapi, satranç gibi, sonu olmayan bir öğrenme sürecidir. Yapılan hamleler, kimi zaman yanlış kimi zaman da eksik olabilir; bugün yapılan ve doğru gözükken bir hamle, yarın yanlış veya eksik gelebilir. Öğrenme ve ustalaşma ise tüm bu hamleleri tekrar tekrar gözden geçirme, eleştirme, geliştirme

ve gerektiğinde meslekdaşlarına danışabilme cesareti gösterme yoluyla gerçekleştirilir. Terapistin en önemli silahı ise sağduyu ve saygıya dayalı, hastanın gelişmesini amaçlayan bir ilişki kurma becerisidir. Terapi esnasında terapistin kendi duygularını sürekli gözlemesi ve hasta bir duygu ortaya koyduğunda bunun o an ve orada ortaya konuşunda kendi davranışlarının etkisini araştırması ise karşı aktarım olgusunun erkenden farkına varmasını sağlayabilecektir. Terapistin kendi gelişim süreçlerinin, anne ve babasıyla özdeşimlerinin, cinsel kimliğinin terapi sırasındaki tutumlarına etkisini anlaması ise terapi sürecinde ortaya çıkabilecek problemlerle daha kolay başatmasına yardım edebilecektir.

KAYNAKLAR

Earls F (1987) Sex Differences in Psychiatric Disorders: Origins and Developmental Influences. *Psych Dev*, 1: 1-23.

Earls F (1980) The Prevalence of Behavioral Problems in Three-Year-Old Children: A Cross-National Replication. *Arc Gen Psychiatry*, 37: 1153-1157.

Earls F, Cook S (1984) Play Observations of Three-Year-Old Children and Their Relationship to Parental Reports of Behavioral Problems and Temperament Characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*, 13: 224-232.

Ehrhardt A, Meyer-Bahlburg HFL (1981) Effects of Prenatal Sex Hormones on Gender-Related Behavior. *Science*, 211: 1312-1318.

Fenichel O (1974) Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (Çev: Tuncer S). İzmir. Ege Üniversitesi Matbaası, s.48-93.

Greatrex TS (1997) Effects of Gender on the Doctor-Patient Relationship. *M.D. Computing*, 14: 266-273.

Hull EM, Nishita JK, Bitran D ve ark (1984) Perinatal Dopamin-Related Drugs Demasculinize Rats. *Science*, 224: 1011-1113.

Kelly DD (1991) Sexual Differentiation of the Nervous System. Kandel ER, Schwartz JH, Thomas MJ (eds) *Principles of Neural Science*, New York, Elsevier Science Publishing Co., Inc., s.959-972.

Kernberg O (1989) The Temptations and conventionality. Cooper AM, Kernberg O, Person ES (eds) *Psycho-analysis; Toward the Second Century*. New Haven. Yale University Press. s.12-35.

Lasky R (1989) Some Determinants of the Male analyst's Capacity to Identify with Female Patients. *Int J Psychoanal*, 70: 404-418.

Lester E (1990) Gender and Identity Issues in the Analytic Process. *Int J Psychoanal*, 71: 436.

Mdevitt SC, Carey WB (1978) The Measurement of Temperament in 3 to 7 Year Old Children. *J Child Psychol Psychiatry*, 19: 245-253.

Parman T (1996) Psikanalitik Çerçeve. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 29-32.

Person E (1985) The Erotic Transference in Women and Men; Differences and Consequences. *J Acad Psychoanal*, 13: 159-180.

Pollack W (1992) Should Men Treat Women? Dilemmas for the Male Therapist: Psychoanalytic and Developmental Perspectives. *Ethics and Behaviour*, 39-49.

Richman N, Graham P (1971) A Behavioral Screening Questionnaire for Use with Three-Year-Old Children: Preliminary Findings. *J Child Psychol Psychiatry*, 15: 5-33.

Rubin Rt, Reinisch JM, Haskett RF (1981) Postnatal Gonadal Steroid effects on Human Behavior. *Science*, 211: 1318-1324.

Sandler J, Dare BA, Holder D (1970) Countertransference. *British J Psychiatry*, 117: 83-88.

Stahl SM (1988) Basic Psychopharmacology of Antidepressants, Part 2: Estrogen as an Adjunct to antidepressant Treatment. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 4): 15-24.

Stoller R (1985) Presentation of Gender. New Haven. Yale University Press.

Swaab DF, Flierg E (1985) A sexually Dimorphic Nucleus in the Human Brain *Science* 228. 1112-1115.

Swaab DF, Hofman MA (1984) Sexual Differentiation of Human Brain: A Historical Perspective. *Prog Brain Res*, 61: 361-374.

Wolberg LW (1988) *The Technique of Psychotherapy*. Philadelphia. Grune and Stratton, Inc. s.224-256, 435.