



T. C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim Dalı

ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TERAPİSİNDE “ANALİTİK
HİPNOTERAPİ”NİN TEORİĞİ VE UYGULAMALARI
HAKKINDA BİR ALAN ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa GÜRSOY

95003041

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem ATAK

İstanbul - 2012



T. C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim Dalı

**ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TERAPİSİNDE
“ANALİTİK HİPNOTERAPİ”NİN TEORİĞİ VE
UYGULAMALARI HAKKINDA BİR ALAN
ARAŞTIRMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Mustafa GÜRSOY**

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

.... /...../.....

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **95003041** numaralı **Mustafa GÜRSOY**un "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TERAPİSİNDE ANALİTİK HİPNOTERAPİNİN TEORİĞİ VE UYGULAMALARI HAKKINDA BİR ALAN ARAŞTIRMASI**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 20.09.2012 tarih ve 2012/12 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

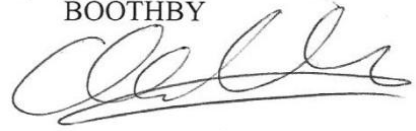
DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. İREM ERDEM ATAK



ÜYE

DOÇ. DR. M. RITA KRESPI
BOOTHBY



ÜYE

YRD.DOÇ.DR.FERZAN CURUN



Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Anksiyete Bozukluğunun Terapisinde Analitik Hipnoterapinin Teoriği ve Uygulamaları Hakkında Bir Alan Araştırması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

[Tarih ve İmza]

Mustafa GÜRSOY

ONAY

Tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

[Tarih ve İmza]

Mustafa GÜRSOY

ÖZET

ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TERAPİSİNDE “ANALİTİK HİPNOTERAPİ”NİN TEORİĞİ VE UYGULAMALARI HAKKINDA BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Mustafa GÜRSOY

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem ATAK

Eylül, 2012 - 157 sayfa

Analitik hipnoterapi anksiyete bozukluklarının oluşumunu geçmiş anılardaki olumsuz somatik duygu bileşenlerinde, çözümünü de bu duygu bileşenlerinin boşaltımında aramaktadır. Bu çalışma anksiyete bozukluklarının oluşum ve terapisine analitik hipnoterapinin kuramsal yaklaşımını incelemek amacıyla tarama modelinde yapılan bir alan araştırmasıdır. İstanbul ilinde psikoterapi yapan 40 uzmana anket uygulanarak anksiyete bozukluğunun oluşumu ve psikoterapisi hakkındaki analitik hipnoterapinin kuramsal yaklaşımları sorularak, bu yaklaşımlarla toplanan psikoterapist görüş ve uygulama verileri arasındaki ilişki ve farklar araştırılmış, ulaşılan sonuçlar istatistiksel analizlerle raporlaştırılmıştır.

Araştırma sonucunda analitik hipnoterapinin anksiyetenin oluşumuna ve terapisine ilişkin yaklaşımlarının diğer psikoterapilerle bileşenleri açısından ilişkileri ve ortak yönleri olduğu ancak bütünü itibari ile farklı ve özgün olduğu görülmüştür. Yüksek lisans tezi olarak 9 aylık sürede tamamlanan bu çalışma 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalında gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete bozukluğu, analitik hipnoterapi, hipnoz, regresyon, duygu

ABSTRACT

A FIELD STUDY ABOUT THE THEORY AND APPLICATION OF “ANALYTICAL HYPNOTHERAPY” FOR ANXIETY DISORDER THERAPY

Mustafa GÜRSOY

Postgraduate Thesis, Department of Psychology

Advisor: Assistant Professor Dr. İrem Erdem ATAĞ

September, 2012 – 157 pages

Analytical hypnotherapy investigates the development of anxiety disorders from negative emotional components in past memories, and the remedy of such disorders in the removal of these emotional components. This field study is conducted using the screening model, and for the purpose of examining the theoretic approach of analytical hypnotherapy in the development and treatment therapy of anxiety disorders. By conducting a survey with 40 psychotherapy experts in the Istanbul province in which they were asked about the development of anxiety disorders and the theoretic approach of analytical hypnotherapy in psychotherapy for anxiety disorders, the relationships and differences between the psychotherapists' opinions and the application data collected using this approach were examined, and the conclusions reported using statistical analysis. In its conclusion, the study shows that there are relationships and commonalities between the analytical hypnotherapy approach and components of other psychotherapies in regards to the development and treatment therapy of anxiety, but that it is different and unique when considered as a whole. This study, which was completed over a period of 9 months during the 2012-2013 academic year, was conducted as a Postgraduate thesis at the Arel University Social Sciences Institute Department of Psychology.

Key Words: Anxiety disorder, analytical hypnotherapy, hypnosis, regression, emotion

ÖNSÖZ

Daha etkin, kalıcı ve kısa sürede sonuçlar alabilme amaçları psikoterapi yöntemlerinin gelişme, değişme ve çeşitlenme nedenleri arasında sayılabilir. Psikoterapiler hastalığa müdahale alternatifleri arasında kimyasallara göre daha doğal ve yapısal çözümler sunan ancak daha fazla emek isteyen yöntemlerdir. Psikoterapi eksik kaldığında ilaç tedavisine rağmen yaş ilerledikçe kaygı bozukluklarının kronikleşmiş hale gelmiş olması hastalarda gözlenebilen bir durumu yansıtmaktadır. Yaşam boyu toplumda görülme sıklığı %25'leri bulan ve adeta bir toplum sorunu haline gelmiş kaygı problemlerinin çözümüne bir katkısı olursa bu çalışma amacına ulaşmış sayılabilir.

Bu çalışmanın gerçekleşmesi sürecinde e-mail ve soru yağmuruma sabırla katlanan destekleri ile yanımda olan tez danışmanım, değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem Atak'a,

Analitik Hipnoterapi konusunda verdiği yabancı kaynak kitaplar için analitik hipnoterapiyi Türkiye'ye tanıtan Sayın Kadın Doğum Uzmanı Dr. Bülent Uran'a ve alan çalışmalarındaki desteklerinden dolayı Sayın Psikiyatri Uzmanı Dr. Mustafa Solmaz'a, araştırmama katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby'e,

Başta hocalarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nevzat Uçtum Muhtar ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Gül Çörüş olmak üzere anketi yanıtlayarak görüşlerini paylaşan tüm uzmanlara,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tez aşamasında nitelikli bilimsel yaklaşımları ve paylaşımlarıyla bu tezin altyapısını oluşturan katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Yılmaz Özakpınar'a, Sayın Prof. Dr. Artun Öncel'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ferzan Curun'a ve dersime giren tüm hocalarıma içtenlikle teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2012

Mustafa GÜR SOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
EKLER LİSTESİ.....	xi

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Kapsamı.....	3
1.4. Sayıtlar	3
1.5. Problem Cümlesi.....	4

2.BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. ANKSİYETE OLGUSU	5
2.1.1. Etiyoloji.....	6
2.1.2. Klinik Görünüm.....	11
2.1.3. Tedavi.....	12
2.1.4. Sınıflandırma Sistemleri ve Tanı	14
2.1.5. Birliktelik (komorbidite) Durumları	16
2.2. ANALİTİK HİPNOTERAPİ (AHP).....	18
2.2.1. Analitik Hipnoterapiye Genel Bir Bakış	18
2.2.2. Tarihçesi	19

2.2.3. AHP'nin Psikopatoloji Paradigması	19
2.3. AHP'NİN HİPNOTİK PROSEDÜRLERLE İLİŞKİSİ	23
2.3.1. Hipnotik Kavramlar	23
2.3.2. Hipnotik Yöntemlerin Analitik Hipnoterapi de İşlevi	24
2.3.3. Hipnotik Yatkınlık ve Derinlik	25
2.3.4. Hipnotik İndüksiyon	26
2.3.5. Direkt ve Dolaylı Telkin	27
2.3.6. Hipnotik ve Posthipnotik Telkin	27
2.3.7. AHP'de Öne Çıkan Hipnotik Fenomenler	28
2.4. AHP'NİN PSİKOTERAPİ KURAMLARI İLE İLİŞKİSİ	31
2.4.1. Psikanalitik Terapi İle İlişkiler	31
2.4.2. Gestalt Terapi İle İlişkiler	33
2.4.3. Bilişsel-Davranışçı Terapi İle İlişkiler	34
2.4.4. Diğer Kuramlar	36
2.5. AHP'DE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ OLUŞUMU	37
2.5.1. Semptomların Oluşumu	37
2.5.1.1. İlk Başlatan Olay ve Çocukluk	38
2.5.1.2. Güçlendiren ve Tetikleyen Olaylar	40
2.5.2. Bilinçaltının İşlevi	41
2.5.3. Duygular	43
2.5.3.1. Yarım Kalan Hesaplar	44
2.5.3.2. Karşılansmayan İhtiyaçlar	44
2.5.3.3. Duyguları Bastırma	45
2.5.4. Algı ve İnançlar	46
2.6. AHP'DE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TERAPİSİ	48
2.6.1. Görüşme ve Bilgilendirme	48
2.6.2. Hipnotik İndüksiyon	48
2.6.3. Hipnotik Telkin	49
2.6.4. Duygu Köprüsü	49
2.6.5. Regresyon Geçmişe Gidiş	50
2.6.5.1. Sorunu güçlendiren olaylar	51
2.6.5.2. Sorunu ilk başlatan olay	52

2.6.6. Duyguları Boşaltmak	53
2.6.7. Bilinçli Bakış Kazandırmak	54
2.6.7.1. Çocuğun Bilgilendirilmesi.....	55
2.6.7.2. Yetişkinin bilgilendirilmesi	55
2.6.8. Af Süreci.....	56
2.6.8.1. Başkalarının Affı.....	56
2.6.8.2. Kendinin Affı.....	57
2.6.9. Parça (Ego Durumları) Terapisi.....	57
2.6.10. Geleceğe yönlendirerek Sorunun Çözümünün Testi	59
2.6.11. Yöntemleri Bütünleştiren 5-Path Sistemi.....	59
2.7. AHP’NİN ELEŞTİRİSİ.....	60
2.8. KONUYA İLİŞKİN ARAŞTIRMALAR VE SONUÇLARI.....	61

3.BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	63
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	63
3.3. Veri Toplama Aracı Anket Formu	64
3.4. Kullanılan İstatistikî Yöntemler.....	73
3.5. Araştırmanın Süreci	74

4.BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler.....	76
4.2. Fark Analizleri	80
4.3. İlişkisel Tarama Analizleri	81
4.4. İlişkisel Frekans Analizleri.....	86
4.4.1. Anksiyetenin Oluşumuna İlişkin Frekanslar	86
4.4.2. Anksiyetenin Terapisine İlişkin Frekanslar.....	93
4.4.3. Geleneksel Yaklaşımlar AHP Karşılaştırması.....	101

5.BÖLÜM

TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA.....	105
5.1.1. Bir Problem Olarak Anksiyete Bozukluğu.....	105
5.1.2. AHP'nin Hipnotik Araçlarla ilişkisi	113
5.1.3. Anksiyetenin Oluşumunda İlişki ve Farklar.....	116
5.1.4. Anksiyetenin Terapisinde İlişki ve Farklar	121
5.1.5. Sınırlılıklar.....	133
5.2. SONUÇ	134
5.3. ÖNERİLER	139
5.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	139
5.3.2. Uygulamacılara Yönelik Öneriler.....	140
KAYNAKÇA	141
ÖZGEÇMİŞ	157

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHP	: Analitik Hipnoterapi
APA	: (American Psychiatric Association) Amerikan Psikiyatri Derneği
Bkz.	: Bakınız
BTA	: Başka türlü adlandırılmayan
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı
ICD-10	: Dünya sağlık örgütünün hazırladığı ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzu
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
PB	: Panik bozukluğu
SPSS	: (Statistical Package for the Social Sciences) Toplum bilimleri için istatistiksel paket
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
Vb.	: Ve benzerleri
Vs.	: Vesaire
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
5-PATH	: 5 Phase Abreactive Therapeutic Hypnotherapy. 5 Fazlı duygu boşaltıcı iyileştirici hipnoterapi

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1 ICD-10 ve DSM-IV-TR sınıflandırmalarında anksiyete bozukluklarının karşılaştırılması.	15
Tablo 3.1 İlk pilot uygulama sonrasında (1-14 sorular) veri toplama aracının güvenilirliği	65
Tablo 3.2 İlk pilot uygulama sonrasında madde çıkarıldığında (1-14 sorular) Cronbach alfa değerleri.	65
Tablo 3.3 İlk plot uygulama sonrasında (1-14. sorular) veri toplama aracından ilk madde çıkarıldıktan sonraki güvenilirlik istatistiği.	66
Tablo 3.4 İlk pilot uygulamada (15-27. sorular) güvenilirlik istatistiği.	66
Tablo 3.5 Anketin ikinci pilot testi (1-14. sorular) güvenilirlik istatistiği	67
Tablo 3.6 İkinci pilot uygulama sonrasında (1-14. sorular) veri toplama aracından madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri.....	67
Tablo 3.7 İkinci pilot uygulama sonrasında (1-14 sorular) veri toplama aracının güvenilirlik istatistiği.....	67
Tablo 3.8 İkinci pilot uygulama sonrasında, veri toplama aracının (15-27. sorular) güvenilirlik istatistiği.	68
Tablo 3.9 Anksiyetenin oluşumu kısmı (1-14. sorular) anket sonuçları korelasyonu.	68
Tablo 3.10 Anksiyetenin terapisinde (15-27. sorular) yöntemler kısmı için anket sonuçları korelasyonu.	69
Tablo 3.11 Anket Alan Uygulaması Faktör Analizi Toplam Açıklanan Varyans	69
Tablo 3.12 Anket Alan Uygulaması Faktör Analizi Dönüştürülmüş Bileşen Matrisleri	71
Tablo 3.13 Anket alan uygulaması güvenilirlik istatistiği.....	72
Tablo 3.14 Anket alan uygulaması (1-14. Sorular) madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri.....	72
Tablo.3.15 Anket alan uygulaması veri toplama aracı (1-14, sorular) madde silindiğinde ulaşılan Cronbach alfa değeri.....	72
Tablo 3.16 Anket alan uygulamasının (15-27 arası) sorularından oluşan veri toplama aracı güvenilirlik istatistiği.	73
Tablo 3.17 Araştırma Süreci Takvimi.....	74
Tablo.4.1 Anket katılımcılarının eğitim durumları, çalıştıkları kurumlar ve psikoterapi deneyimlerine göre dağılımları.....	76
Tablo 4.2 Ortalama seans süre ve sayılarını gösteren betimleyici (tanımlayıcı) istatistik tablosu	77
Tablo 4.3 Anket katılımcılarının çoktan seçmeli işaretledikleri uygulan ve önerilen psikoterapi yaklaşımları frekansları.	78
Tablo 4.4 Uygulanan hipnoterapi yaklaşımları ve hipnotik indüksiyonlar frekansları.....	79
Tablo 4.5 AHP ile geleneksek yaklaşımlar arasında ki terapi süresi ortalamaları farkı	80
Tablo 4.6 AHP ile geleneksek yaklaşımlar arasındaki terapi süresi farkları için bağımsız örneklem t – testi sonuçları.....	80
Tablo 4.7 Toplam görüşler tanımlayıcı istatistiği	81

Tablo 4.8 Uzman görüşlerine göre uygulanan psikoterapi yöntemleri ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları arasındaki korelasyon.	82
Tablo 4.9 Uygulanan Hipnoterapi Yaklaşımları ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal görüşleri arasında ki korelasyon tablosu.	83
Tablo 4.10 Geleneksel yaklaşımlar ile AHP'nin terapi yöntemleri arasındaki ikili korelasyon.	84
Tablo 4.11 AHP'nin kuramsal yaklaşımları ile AHP uygulayan psikoterapist görüş ve uygulamaları arasındaki korelasyon.	85
Tablo 4.12 Analitik hipnoterapistlerin AHP'nin kuramsal varsayımlarına ilişkin görüşlerinin frekansları.....	86
Tablo 4.13 Geleneksel terapistlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkındaki görüş frekansları	87
Tablo 4.14 AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında psikanalitik terapistlerin görüş frekansları	88
Tablo 4.15 AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında bilişsel terapi yapanların görüş frekansları	89
Tablo 4.16 Bilişsel-davranışçı terapi yapanların AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları.....	90
Tablo 4.17 Varoluşçu yaklaşımı benimseyenlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları.....	91
Tablo 4.18 Geştalt terapiyi benimseyenlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları.....	92
Tablo 4.19 AHP'nin anksiyetenin terapisine ilişkin önerdiği yöntemlerin (15. madde) uygulanma frekansları (tekrar etme sıklıkları).....	93
Tablo 4.20 AHP yöntemlerinin (16.ve 17. madde) uygulanma frekansları ...	94
Tablo 4.21 AHP yöntemlerinin (18. madde) uygulanma frekansları.....	95
Tablo 4.22 AHP yöntemlerinin (19, 20. maddeler) uygulanma frekansları ..	96
Tablo 4.23 AHP yöntemlerinin (21, 22. maddeler) uygulanma frekansları ..	97
Tablo 4.24 AHP yöntemlerinin (23, 24. maddeler) uygulanma frekansları ...	98
Tablo 4.25 AHP yöntemlerinin (25. madde) uygulanma frekansları.....	99
Tablo 4.26 AHP yöntemlerinin (26. ve 27. madde) uygulanma frekansları	100
Tablo 4.27 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 15, 16, 17. yöntemlerin frekansları.....	101
Tablo 4.28 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 18, 19, 20. yöntemlerin frekansları.....	102
Tablo 4.29 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 21, 22, 23, 24. yöntemlerin frekansları	103
Tablo 4.30 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 25, 26, 27. yöntemlerin frekansları.....	104

EKLER LİSTESİ

EK-1 PSİKOTERAPİSTLER ANKET FORMU.....	155
--	-----

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Bu tez çalışmasının konusu analitik hipnoterapinin anksiyete bozukluğunun oluşumuna ilişkin görüşlerinin ve önerdiği uygulama yöntemlerinin alanda araştırılmasına ilişkindir. Bu çalışmada analitik hipnoterapinin anksiyete semptomlarının oluşumlarına ilişkin varsayımları alanda uygulama yapan psikoterapistlerce ne ölçüde kabul görmektedir? Tedavisi için önerdiği uygulama yöntemlerinin bilinirliği ve uygulanma yaygınlığı nedir? Bu kuramsal varsayımların alanda uygulaması yapılan geleneksel yaklaşımlarla ilişkisi ve farklılaştığı noktalar nelerdir? Araştırma bu sorulara kendi sınırlılıkları içinde yanıt almak için alanda uygulama yapan farklı psikoterapi yaklaşımlarını benimsemiş psikoterapistlerin görüş ve uygulamalarını içeren verileri bir anket formu ile toplamış ve toplanan verilerle analitik hipnoterapinin teorisi ve yapılan araştırma sonuçlarını karşılaştırarak bütüncül bir bakış sağlayacak bir sonuç elde etmeye çalışmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Analitik hipnoterapi için literatüre bakıldığında ABD ve İngiltere gibi batılı ülkelerde üzerinde daha çok hipnoanaliz ve hipnoterapi tanımlamaları ile akademik çalışmalar ve alan uygulamaları bulunan bir yaklaşım olduğu görülmektedir (C.Uzuner ve S.Uzuner, 2009:6-7). Öte yandan yaklaşımın diğer kuramlara dayanan uygulamalara göre yaygın olmayıp yeni bir ilgi sürecinde olması nedeniyle, gerek teoride, gerekse pratikte neler önerdiği, anksiyete semptomlarının oluşum sürecine ilişkin görüşlerinin ve terapi önerilerinin psikoterapistlerce hangi yaygınlıkta kullanıldığı, varsayımlarının ne düzeyde paylaşıldığı etkinliği ve içeriği tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle bu çalışmada, anket ile ulaşılan nicel verilerin analizi ile AHP yaklaşımının kuramsal temelleri ve uygulama için önerdiği yöntemleri, psikoterapist uygulamalarında anksiyete örneği üzerinden incelenmiş ve açıklanmıştır.

Anksiyete bozuklukları ilaç tedavisine dirençli ve eğer tedavi edilmez ise diğer birçok probleme zemin oluşturan kronikleşmeye eğilimli çözüm bekleyen bir problem olarak varlığını sürdürmektedir (Dilbaz, Darçın ve Çavuş, 2011). Bu bağlamda araştırmada klinik uygulamalara terapist tarafından bakılarak, AHP'nin anksiyete bozukluğunun oluşum ve tedavi sürecine kuramsal yaklaşımının psikoterapi uygulamalarında ki yeri psikoterapi kuramları ile ilişkileri ve farklılıklarının araştırılması şeklinde yürütülmüştür. Bu yönleri ile bu tez çalışması hipnoterapi ve psikoterapi bileşenlerini bünyesinde kombine ettiği düşünülen analitik hipnoterapinin psikoterapi uygulamalarında ki yeri, uygulanışı, ne olduğu, ne olmadığı, diğer geleneksel psikoterapi yaklaşımları ile ilişkisi ve farkları, çalışılabilirliği, etkinliği, anksiyete bozukluklarının oluşumuna, kökenlerine ve terapisine ilişkin tespit ve çözümlerini bu olguların gözlemlendiği alanda bu olgularla direkt karşılaşan ve uygulama yapan farklı ekollerden beslenen psikoterapistlerin görüş ve yaklaşımları üzerinden ilişkisel incelemelerle ve bu sonuçları AHP'nin teoriği ile karşılaştırarak anksiyete bozukluklarında analitik hipnoterapinin yaklaşımlarının ne olduğunu ortaya koymaya çalışmıştır.

Konunun Türkiye'de ilk kez bir tez çalışması ile araştırılıyor olması sağlık çalışanlarına katkı sağlayacak, konuya ilgi duyan akademisyen ve araştırmacılar için de bir öncü çalışma olacaktır. Kamuoyu ile paylaşılan sonuç raporu sonrasında AHP'nin Türkiye kültürüne adaptasyonu, anksiyete bozukluklarının anlaşılmasına bir katkısının olup olmayacağı, anksiyete bozukluklarının terapisine ilişkin yaklaşımlarının, başka terapi yöntemlerine adapte edilip edilemeyeceği, hipnotik yöntemlere ilgi duyarak sadece hipnotik telkin ile sonuç almaya çalışan psikoterapistlere, hipnotik yöntemlerin psikoterapide nasıl kullanıldığı hakkında batıdaki son gelişmeler ışığında bilimsel nitelikte fikir verecek olması vs. bir çok konuda tartışma ve yeniden düşünme dinamiği oluşturması beklentisinin gerçekleşmesi çalışmanın en somut katkı göstergesi olacaktır.

1.2. Araştırmanın Önemi

İç sıkıntısı, bunaltı, uygun bir nedeni olmayan korku olarak da tanımlanan anksiyete, bireylerin zihinsel ve fiziksel sağlığını etkileyen, yaşam kalitesini düşüren önemli bir bozukluktur (Işık ve Işık Taner, 2006:4; Yüksel, 2001:120). Her ne kadar günümüzde anksiyete bozukluğuna ilişkin pek çok terapi prosedürü geliştirilmiş olsa da bu alanda probleme daha sistemli yaklaşan etkin ve kalıcı sonuçlar alabilecek yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Araştırma anksiyete bozukluğuna ilişkin yeni bir terapi modelinin uygulanabilirliğini araştırması ve görüşlerini tartışmaya açması bakımından önem arz etmektedir.

Bunun yanında bu araştırma ilgi gösterilmeye başlanılan fakat akademik olarak yeterli alt yapı çalışması bulunmayan bir alanın aydınlatılmasına öncülük etmesi açısından da önem arz etmektedir. Bu nedenle psikoterapi uygulamaları ile AHP arasındaki ilişki ve farkların ortaya konması bu konuda atılmış bir adım olacaktır.

1.3. Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın kapsamını AHP'nin anksiyete bozukluğunun oluşum ve terapi sürecine kuramsal yaklaşımının psikoterapi uygulamaları açısından incelenmesi oluşturmaktadır. Kapsam içinde anksiyete bozuklukları, AHP'nin anksiyete semptomlarının oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları, hipnotik yöntemlerin psikoterapide uygulanma şekli, AHP'nin anksiyete bozukluklarının terapisinde uyguladığı yöntemlerin diğer psikoterapi yöntemleri ile ilişkisi ve farkları bulunmaktadır.

1.4. Sayıtlar

Araştırmada ankete yanıt veren psikoterapistlerin anksiyete olgularına ilişkin anket sorularını benimsedikleri psikoterapi yaklaşımları ve uygulamaları doğrultusunda cevaplandıracakları varsayılmıştır. Anket sorularının AHP'nin kuramsal yaklaşımlarını kapsayacak ve araştırma problemlerine yanıt aranan verileri toplayacak kapsamda oluşturulduğu varsayılmıştır.

1.5. Problem Cümlesi

Araştırmada, AHP'nin anksiyete bozuklukları için öngördüğü oluşum ve terapi yöntemlerine ilişkin teorik ve pratik yaklaşımların incelenmesi amacıyla temel olarak aşağıdaki problem cümlesi üzerinde durulmuştur.

Anksiyete bozukluklarının oluşum ve terapi sürecine analitik hipnoterapinin teoriği ve uygulama yöntemleri ile alandaki psikoterapistlerin görüş ve uygulamaları arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmada anket ile toplanan verilerle aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır:

1. AHP'nin anksiyete bozukluğunun oluşum sürecine yönelik kuramsal varsayımları ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasında bir ilişki var mıdır?
2. AHP'nin anksiyete bozukluğunun terapisi için önerdiği yöntemler ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist uygulamaları arasında bir ilişki var mıdır?
3. AHP uygulayanlar ile geleneksel terapileri uygulayanların görüş ve uygulamaları arasında bir fark var mıdır?

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. ANKSİYETE OLGUSU

Anksiyete olgusunu anlayabilmek için bu olgunun oluşumundaki etkenler, belirtileri, tedavisi için getirilen yaklaşımlar, sınıflandırılma şekilleri ve başka ruhsal bozukluklarla birliktelikleri boyutlarına bu kısımda temas edilmiştir.

Anksiyete uygun bir nedeni olmayan korkudur. Anksiyete de kötü bir şey olacakmış duygusu ile birlikte hoş olmayan bir duygusal durum söz konusudur (Yüksel, 2001:120). İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle de tanımlanmaya çalışılan anksiyete bir tehdit algısı karşısında ortaya çıkan duygudur. Anksiyete sözcüğü darlık ve sıkışma anlamına gelen “angh” kökünden türetilmiştir. Anlamı farklı dillerde boğulmak, sıkılmak, nefes düzensizliği, iç daralması, sıkıntı gibi benzerlikler göstermektedir (Tıp Terimleri Sözlüğü, 2012; Işık ve Işık Taner, 2006:4).

Anksiyete bozuklukları toplumda görülmesi oldukça sıktır ve yaşam boyu görülme oranları %25'i bulmaktadır. Yalnızca bu yaygınlık oranı bile anksiyete bozukluklarının bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve etkin çözüm arayışları gerektirdiğini ortaya koymaktadır. DSM-IV-TR' de sınıflandırmaları yapılmış bazı anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklıkları şu şekildedir. Özgül fobiler %11, panik bozukluğu %3, sosyal anksiyete bozukluğu %13, OKB %2, travma sonrası stres bozukluğu %3, yaygın anksiyete bozukluğu %5'tir (Alkın ve Onur, 2007:301). Çocuk ve ergenlerde de anksiyete bozukluklarının %5-18 oranında görüldüğünü birçok epidemiyolojik (hastalıkların toplumdaki görülme sıklığı ve yayılımını inceleyen) çalışmalar desteklemektedir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu daha sık görülmektedir (Şenol, 2007:889).

Normal anksiyete organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olarak tehlikelerden sakınması ve yaşamını sürdürmesi için gerekli iken eğer anksiyete bir tehlike durumu olmaksızın da sübjektif değerlendirmelerle yaşam kalitesini düşürüyorsa anormal anksiyete söz konusudur ve bu durumda tedavi gerektiren patolojik bir olgudur (Uzby, 2009:125).

Dış dünyadan gelen tehditlere yanıt olarak ortaya çıkan anksiyete beklenmeyen dalgalanmalar göstermez iken iç uyaranlar sonucu oluşan anksiyete belirtileri ataklar şeklinde ortaya çıkar ve inişli çıkışlıdır. O anda o durumda yaşanan gerginlik anksiyetenin durumluluğunu gösterirken sürekli ve kronik biçimde yaşanan anksiyete ise sürekliliği gösterir (Işık ve Işık Taner, 2006:18).

2.1.1. Etiyoloji

Anksiyete olgusunun etiyojisi (oluşum neden ve etkenleri), görülen belirtilerin arkasındaki süreci açıklama çabalarıdır ki bu konunun genetik, biyolojik, nörobiyolojik ve beyin kimyası yönü ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır. Ayrıca oluşum nedenlerini çocukluk çağı olayları, gelişimsel etkenler, olumsuz yaşam olayları, önceden yaşanmış travmalar ve mizaç özelliklerine bağlayan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bunların yanı sıra anksiyetenin oluşumuna psikodinamik görüş, öğrenme kuramları, bilişsel davranışçı ve varoluşçu yaklaşımlar da kuramsal açıklamalar getirmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006:16-17).

Anksiyetenin zihin beden ilişkisi anksiyetenin fizyolojik boyutunu göstermektedir (Coats ve Feldman, 2011:360). Psikolojik olan her şey aynı zamanda nörolojiktir, çünkü zihinden bahsedildiğinde beynin işlevlerinden ve süreçlerinden bahsedilmektedir. Davranış ve beyin patolojisi arasındaki bağlantıları aramanın klinik hedefi hastalıkların fiziksel nedenlerini anlama çabasıdır (Solso, M.K.,MacLin, ve O.H., MacLin, 2009:41-44).

Anksiyete bozukluğunun fizyolojik boyutunu anlamak için beyin yapıları incelendiğinde burada en önemli rolü oynayan alan temporal lob'da bulunan

amigdala ve ilişkili kısımlarıdır. Otonom sinir sistemi ve beyin yapısı içinde amigdala korku ağının temel noktasını oluşturur. Hayvanlarda amigdala bölgesinin uyarılması korkuya benzer davranışları ortaya çıkarırken, tahrip edilmesi de onların türlerine özgü korkularının ortadan kalkmasına neden olmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006:16-17).

Davranış, sinir sisteminin belirli bir bölümünün değil, tümünün fonksiyonudur. Bununla beraber heyecanlar, bilinçdışı motor, duysal dürtüler gibi sinir sistemi fonksiyonları beyin temel bölümüne yerleşmiş olan yapılar tarafından yürütülür. Beynin bu bazal (temel) yapılarından hipotalamus ve limbik sistem hem duygu ve dürtü davranışlarını hem de vücudun birçok iç koşullarını kontrol ederler (Guyton, 1989b:971). Tehlike durumunda bedende hipotalamus (ısı, yeme, uyuma ve endokrin sistemi düzenleyen kısım) adrenal yolu harekete geçerek altındaki hipofiz bezine ileti gönderir. Buradan salgılanan ACTH (Adreno Cartico Tropic Hormonu) etkisi ile böbrek üstü bezlerden stres hormonları salgılanır (Uran, 2006:40-41). Sonuçta parasempatik sistemin düzenlemeleri ile anksiyete de izlenen mide barsak, idrar yolları ve cinsel organlarla ilgili belirtiler ortaya çıkar. Sempatik sistemin aktivasyonu ise anksiyete de izlenen kan basıncı ve kalp hızı artışı, terleme, tüylerin diken diken olması, gözbebeklerinin genişlemesi vb. belirtileri ortaya çıkarır (Işık ve Işık Taner, 2006:18).

Bu değişiklikler bedeni sanki bir savaşa veya kaçıya hazırlar (Uran, 2006:40-41). Bu yaklaşımı ilk defa bu yüzyılın başlarında Harvard Üniversitesinin Fizyologlarından Walter B. Cannon '*kaçış ya da mücadele*' (Coats ve Feldman, 2011:356) olarak açıklamıştır. Bedenin bir tehditle karşılaşması karşısında adrenalin ve diğer '*stres hormonlarını*' üretmesi, kalp ritmini ve kan basıncını birlikte hızlı bir şekilde yükseltir ve kandaki şeker seviyesi de ani bir enerjiyi ortaya çıkarır kan ise iç organlardan kollara ve bacaklara çekilir. Bu fizyolojik değişimler tehditle mücadele edebilmek ya da kaçabilmek için hayati öneme sahipken (Coats ve Feldman, 2011:357) anksiyetenin sürekliliği bu organların fonksiyonunu olumsuz etkiler.

İnsanlarda korku duygusunun başlamasına amigdaladaki kanın hareketinde aktivite artışının eşlik ettiği izlenir (Işık ve Işık Taner, 2006:16-17). Kanın aktivite artışıdaki değişiklikten immün sistem (bağışıklık sistemi) de etkilenir. Çünkü stres hormonları bağışıklık sistemini baskılayarak acil durum için kullanmak istediği enerjiyi tasarruf etmeye çalışır. Bu nedenle kanın yaşamı kurtaracak reflekslerin yerleştiği merkez olan arka beyne akması ön beyin kısmına giden kan akımını azaltır. Kansızsız kalan ön beyindeki bilinçli aktivite merkezinin düşünme yetisi azalır. Kısa süreli stres ve tehdit kaynaklarına göre tasarlanan bu sistem sürekli kaygı uyarıları karşısında mantıklı ve bilinçli düşünceyi engeller. Tehdit kaynağı dışarıda değil de içeride olduğunda gerçekte şu an için bir tehdit oluşturmayan yıllar önce yaşanan bir olaydaki korku nesnesi hala bir tehdit olarak algılanıyorsa ve bu nedenle de içeride duygu üretilmeye devam ediyorsa bu sürekli tehdit algısı bedende anksiyete belirtileri meydana gelecektir (Uran, 2006:43-91).

Anksiyete bozukluklarının oluşumuna açıklama getiren yaklaşımlardan biri de anksiyete duyarlılığı kavramıdır. Korku beklentisi modelinin ana dayanağını oluşturan anksiyete duyarlılığı görüşüne göre insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde “*anksiyete beklentisi*” süreçleri yani anksiyete belirtilerinin sonuçlarından aşırı korku rol oynamaktadır. Bu durum anksiyete bozuklukları için bir risk etkeni oluşturmakta anksiyete belirtilerinin şiddetinde ve sürmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (Mantar, Yemez, ve Alkin, 2011).

Anksiyete bozuklukları için genetik etkenlere bakıldığında ise anksiyete de genetik yatkınlık için panik bozukluğun ve agorafobinin aynı ailede görülme sıklığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Aynı ilişki diğer anksiyete bozuklukları için gösterilememiştir (Işık ve Işık Taner, 2006:35).

Gelişimsel Etkenler incelendiğinde ise yapılan araştırmalarda panik bozukluğu bulunan hastaların çocukluk dönemlerinde normal kontrol gruplarına göre daha fazla anksiyeteli oldukları çevresel koşullarındaki patolojinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Agorafobik hastaların

çocukluklarında aşırı ebeveyn koruyuculuğu, yoksunluğu ya da sevgi eksikliği de görülmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006:35).

Kaygıyı bağlanma tarzlarına bağlayanlar bağlanma kuramından yola çıkarak kaygının kişinin içselleştirdiği özdeğer duygusunu yansıttığını, kendilerini değersiz görmenin sunucu sevmeye layık olmadıkları inancıyla terk edilme korkusuna bağlarlar. Bu durum çocukken sunulmayan güvenli bir model olmayışından kaynaklanır ve yetişkin dönemlerinde stres verici olaylara tepkilerini belirlemede etkili olur (Burger, 2006:226-231).

Psikodinamik açıdan anksiyete, bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan ve diğer ego savunmalarının yetersiz kalmasıyla kişi tarafından deneyimlenen uyarıcı sinyaldir (Alkın ve Onur, 2007:27). Freud'un takipçilerinde Otto Rank'a göre her tür nevrozun baş kaynağı ise doğum travmasıdır ve bu tip otomatik hissedilen iç anksiyeteler '*id*' anksiyetesi olarak anılır (Ersevım, 2008) Freud ise üç tip kaygı belirlemiştir. Birincisi gerçeklik kaygısı yada nesnel kaygıdır ki gerçek dünyada algılanan ve farkına varılan gerçek bir tehlikeye verilen tepkidir. Freudun asıl üzerinde durduğu kaygı ise bilinçli kaygının ötesindeki nevrotik kaygı ve ahlaki kaygıdır. Bu iki kaygı türündede insanlar kaygının kaynağından haberdar değildir (Burger, 2006:201). Anksiyetenin dinamik kökenleri açıklanırken anksiyete yoğunluğuna göre iki ayrı forma ayrılmıştır. Bunlardan ilki sinyal anksiyete tehlikeye karşı uyarı görevi yapar ve ikincisi travmatik anksiyete ise tehlike olarak algılanan güçlü seksüel ve saldırganlık dürtüsü karşısında ego'nun tehlike tarafından ezilip kontrolünü kaybetmesi olayıdır (Almond 2007:193-194; Ersevım, 2008:280).

Sosyal öğrenme yaklaşımının kurucusu Skinner'e göre kaygının nedeni ortama verilen koşullanmış tepkidir ve öğrenmenin ürünüdür. Watson ise nedeni bilinmeyen ve anlamsız görülen korkuyu uyarıcı tepki ilişkisi içinde açıklamış ve fobi türü pekçok korkunun geçmişteki koşullanmanın sonucu olduğunu ileri sürmüştür (Burger, 2006:538). Sosyal öğrenme yaklaşımının kaygının nedeni hakkında öne sürdüğü bir başka fikir ise kontrol odağı kavramıdır. Yaşamının kontrolünü kendinden çok dış etkenlere bağlayanların

daha fazla kaygı duyacakları (Burger, 2006:599) şeklindeki görüştür ancak bu yaklaşım neden sonuç ilişkisi konusunda tartışmalı durumdadır.

Anksiyetenin oluşumunu korku ile farkını ortaya koyarak izah eden bir bilişsel yaklaşıma göre anksiyet duygusal bir sürece işaret ederken, korku bilişsel bir süreç olması ile ayırt edilebilir. Korku tehdit edici bir uyarana karşı zihinsel bir değerlendirmeyi içerirken, anksiyete bu değerlendirmeye verilen duygusal tekkiyi içerir (Beck ve Gary, 2006:49). Yine bilişsel yaklaşımın öncülerinden Kelly'e göre gelecek kestirilemediği ve olaylar anlamlandırılmadığı zaman kaygı ortaya çıkar (Burger, 2006:613). Bilişsel psikologlar kaygıyı benlik farklılığı kavramı ile de açıklamaya çalışmışlardır. Bu kavrama göre gerçek kendilik ile olunması gerektiği düşünülen kendilik arasındaki uyumsuzluk gerginlik, kaygı ve suçluluk duygularına neden olabilir (Burger, 2006:625-626). Bilişsel terapiyi ilk savunan insanlardan biri olan ve akılcı duygusal terapiyi geliştiren Albert Ellis'e göre ise insanlar yanlış akıl yürütme ve akılcı olmayan inançlarından dolayı kaygı ve sıkıntı yaşamaktadırlar (Burger, 2006:628).

Biliş ve duygu arasındaki ilişkiyi inceleyen David H. Barlow ise anksiyeteyi yüksek derecede olumsuz duygu öğeleri ile dereceleri değiştirilmiş olumsuz bir geribildirim döngüsü içeren yaygın bir bilişsel-duygusal yapı, beklenmedik, kontrol edilemeyen biçimde hissedilen ve devam eden içsel ve dışsal olaylar ve bu dikkate yönelik uyumsuz çözümler olarak tanımlamaktadır (Hofmann ve DiBartolo, 2007:89)

Varoluşçu psikoterapi varoluşçu kaygıya yani kişinin yaşamında hiçbir anlam olmadığını düşünmesinin ardından yaşadığı panik ve korku duygularına odaklanır (Burger, 2006:417). Varoluşçulara göre ölüm korkusu ilk anksiyete kaynağıdır ve psikotik reaksiyonlar, psikofizyolojik reaksiyonlar ve nörotik reaksiyonlar anksiyete ile başa çıkma çabalarıdır. Ayrıca varoluş anksiyetesinden bahsedilir yani hayat tatmini ne kadar az ise anksiyete o kadar fazladır (Yalom, 2001:49-332).

İnsancıl psikolojinin kurucusu Rogers ise kaygıyı oluşturan şeyin kendilik kavramı ile gerçeklik arasındaki uyumsuzluğun büyümesinden kaynaklandığını ileri sürer, düzensizlik adını verdiği bu duruma göre tutarsız bilgilere karşı korunma sistemi çöker ve ortaya aşırı kaygı çıkar. İnsancıl yaklaşımın bir başka temsilcisi Maslow ise kaygıyı ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklamaktadır. İnsanların ihtiyaçları karşılandıkça daha üst düzey gereksinimler için kaygı yaşarlar (Burger, 2006:427-439).

2.1.2. Klinik Görünüm

Algı; çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, çevredeki nesnelerin olduğundan uzak ya da bulanık görülmesi, aşırı uyanıklık hali, aklın sisli bulanık olması, kendini aşırı gözlem ve gerçek dışı hisler (Işık ve Işık Taner, 2006:26).

Biliş; önemli şeyleri hatırlayamama, takıntılı düşünceler ve düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksama ve kesintiler, objektif düşünme güçlüğü ve nedenselleştirme güçlüğü, istemsiz flashbackler (travmatik geriye dönüş) (Alkın ve Onur, 2007:298; Çetin, 2009:67; Işık ve Işık Taner, 2006:26).

Düşünce; korkuya eşlik eden, kontrolü yitirme, başa çıkamama, fiziksel zarar görme, aklını yitirme, başkalarınca olumsuz değerlendirilme ve felaketleştirme düşünceleri (Alkın ve Onur, 2007:298; Işık ve Işık Taner, 2006:26).

Duygu; korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumu, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (Işık ve Işık Taner, 2006:27).

Davranış; kaçma kaçınma ve güvenlik davranışları, yardım arama, huzursuzluk ve motor huzursuzluk, donakalma, inhibasyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu, kompulsiyonlar (Alkın ve Onur, 2007:298; Işık ve Işık Taner, 2006:27).

Bedensel Fizyolojik Belirtiler: Kalp damar sistemi ile ilgili olarak çarpıntı, kalp hızında artma, arteriyel kan basıncı değişiklikleri, aritmi, bayılma hissi ve

bayılma, yüz kızarması. Solunum sistemi belirtileri; solunum sayısında artma, göğüste sıkışma ve yanma, nefes almada zorluk, nefesin yetmemesi, kesik soluma, boğazda düğümlenme. Kas iskelet ve sinir sistemi belirtileri; kaslarda gerginlik, spazm, refleksler de artış, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, ağrılar ve yalancı ağrılar, titreme, yüzde ve gözde seğirmeler, uyku bozuklukları. Sindirim sistemi belirtileri; karında gerilme ağrı spazm, iştahsızlık, bulantı kusma ve ishal, yutma güçlüğü ve hava yutma, ağız kuruluğu ya da sulanma, nöbetler şeklinde acıkma ve susama. Boşaltım ve genital sistem belirtileri; sık idrara çıkma ve idrarda artış, cinsel güçsüzlük soğukluk ve erken boşalma. Ciltle ilgili belirtiler; terlemeler, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri. Diğer fiziksel belirtiler için ise gözbebeklerinin büyümesi, kılların diken diken olmasını sayabiliriz (Alkın ve Onur, 2007:298; Işık ve Işık Taner, 2006:26-29).

2.1.3. Tedavi

Anksiyete bozukluklarının tedavisi ağırlıklı olarak ilaç ve psikoterapi uygulamaları ile olmaktadır. Depresyon tedavisinde %85 düzeyinde iyileşme görülürken anksiyete bozukluklarında bu durum %50'yi geçmemektedir. Anksiyete bozukluklarının farmakolojik tedavilerinde PA'larda antidepresan ilaçlar, benzodiazepinler (Alkın ve diğerleri, 2004:7-16), SAB'larda Beta blokerler, monoamin oksidaz inhibitörleri, seçici serotonin gerilim inhibitörleri, antidepresan ve benzodiazepinler (Gökalp, 2004:91-96) kullanılmaktadır.

Patolojik anksiyete günümüzde halen ilaçla tedavisi güç bir hastalıktır. Bu nedenle bağımlılık yapmayan ve etkilerine tolerans gelişmeyen yeni ve etkili anksiyolitiklerin geliştirilmesine çalışılmaktadır (Uzbay, 2009:125). Anksiyete bozukluğunun tedavisini olumlu yönde artıracak olan etken anksiyete bozuklukları ile ilgili artış, erken teşhis ve erken tedaviye başlamadır (Karamustafaalioğlu, 2009:33).

Anksiyete bozukluklarının yalnız ilaç tedavisi ile semptomları bloke edilen panik atak hastalarında hastalığın tekrar nüksetme oranı %50'leri

bulabilmektedir (Alkın ve Onur, 2007:33). Sosyal anksiyete bozukluklarında olguların %35-65'i ilaç tedavisine yanıt vermedikleri, yanıt veren olgularda ise tortu belirtilerinin sürdüğü (Gökalp, 2004:99), bu nedenle tedavilerin psikoterapilerle mutlaka desteklenmesi (Gökalp, 2004:99), gerektiği, ayrıca, agorafobi gibi ev ödevi gerektiren durumlarda gerçek yaşamda alıştıırma tekniğinin de tedavi şemalarında yer alması gerektiği (Alkın ve Onur, 2007:33) belirtilmektedir.

Anksiyete bozuklukları için geliştirilen psikodinamik yaklaşımlar uzun yıllar klinisyenler üzerinde etkinliğini sürdürmüştür. Ancak psikodinamik psikoterapilerin etkinliği ampirik olarak test edilememiş (Alkın ve Onur, 2007:27) olsa da erken yaşam dönemlerinde yaşanmış istismar öyküsü verenlerde, ayrılma güçlükleri, öfke, cinsel uyarılmanın yattığı tehlike algısı gibi dinamiklerin olduğu vakalarda etkinliği gösterilmiş olan diğer terapilere psikodinamik psikoterapi eklenebilir (Alkın ve Onur, 2007:27-28). Psikodinamik yaklaşımların zihinsel yapıların işlevlerini tanımlamadaki eksikliğini bilişsel terapilerin zihnin işlev bozukluklarını belirlemesi tamamlamıştır. Bunların yanı sıra davranışçuların ve davranışsal terapilerin katkıları olan korku koşullanması ile ilişkili açıklamalar ve üstüne gitme teknikleri bu günkü modern tedavinin esasını oluşturmaktadır (Abay, 2009:143). İlaçların rolünün çok sınırlı olduğu özgül fobilerin tedavisinde de davranışçı yöntemler ağırlıklı kullanılmaktadır (Tükel, 2004:11). Öte yandan tedavide tercih edilen yaklaşımın hangisi olduğuna bakıldığında genel olarak anksiyete bozukluklarının tedavisinde bilişsel-davranışçı modellerin yaygın ve ön planda olduğu görülmektedir (Tükel, 2004:11).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılan terapötik yaklaşımlara özet olarak bakacak olursak bunlardan öne çıkanların maruz bırakma teknikleri (Tunschen ve Fegenbaum, 2007:61-89) bilişsel terapi teknikleri (Hofmann ve DiBartolo, 2007:89-116), progresif relaksasyon (kademeli gevşeme) (Lehrer ve Carr, 2007:117-152), otojenik eğitim (Beasley ve DeMaso, 2007:153-188), psikodinamik terapiler (Almond, 2007:189-214), bilişsel-davranışçı terapiler

(Gruber ve Heimberg, 2007:245-286; Wilhelm ve Jürgen, 2007:287-319) olduğunu görebiliriz.

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde öngörülen yaklaşımlar ile uygulamalarda ki farklılıkları gidermek için karar vermeye yardımcı tedavi algoritmalarının hazırlanmasının gerekliliğinden bahsedilmektedir (Alkın ve Onur, 2007:34). Tükel ise (2004:11-12) anksiyete bozukluklarının tedavisinde yol gösterici özellikler taşıyan bu tedavi algoritmalarının uygulamada yararlı olabilecek bilgileri sürekli güncelleştiren değişime açık esnek, hastaya ait özelliklerin önemini göz ardı etmeyen, modeller olması gerektiğini ileri sürmektedir.

2.1.4. Sınıflandırma Sistemleri ve Tanı

Psikiyatrik bozukluklardaki sınıflama sistemi üzerindeki çalışmalar 1840'lardan günümüze kadar uzanmakta ve tanı kategorileri sürekli artış ve değişim göstermektedir (Özen ve Temizsu, 2010). En son Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2000 yılında yayınladığı sınıflama sistemi olan DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı), anksiyete bozukluklarını şu şekilde sınıflandırır: Agorafobili panik bozukluğu, agorafobisiz panik bozukluğu, panik bozukluğu öyküsü olmayan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu ve karışık anksiyete-depresif bozukluğu kapsayan başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007:617).

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı ICD-10 sınıflandırma sisteminde ise bazı tanımlar örtüşürken bazı tanımlarda değişik gruplandırmalar yapıldığı görülmektedir. İki sınıflandırma arasındaki karşılaştırma, bağlantı ve farklar aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 2.1 ICD-10 ve DSM-IV-TR sınıflandırmalarında anksiyete bozukluklarının karşılaştırılması.

ICD-10 Sınıflandırma Sistemi	DSM-IV-TR deki karşılığı
<i>Fobik anksiyete bozukluğu</i>	
Panik bozukluğu olmaksızın	Panik bozukluğu olmadan agorafobi
Panik bozukluğu ile birlikte	Agorafobi ile birlikte panik
Sosyal fobi	Sosyal fobi
Özgül fobi (izole fobi)	Özgül fobi
Diğer fobik anksiyete bozukluğu	(-)
Tanımlanmamış fobik anksiyete bozukluğu	(-)*
<i>Diğer anksiyete bozuklukları</i>	
Panik bozukluğu (epizodik, paroksizmal anksiyete)	Agorafobi olmadan panik bozukluğu
Yaygın anksiyete bozukluğu	Yaygın anksiyete bozukluğu
Mikst anksiyete bozukluğu	(-)*
Diğer özgün anksiyete bozuklukları	(-)
Tanımlanmamış anksiyete bozuklukları	BTA anksiyete bozukluğu
<i>Obsesif kompulsif bozukluklar</i>	
Obsesif kompulsif bozukluklar	Obsesif kompulsif bozukluk**
Obsesif düşünce ve ruminasyonlarla giden	(-)
Kompulsif davranışlarla giden (ritüeller)	(-)
Mikst obsesyonel düşünce ve davranışlarla giden	(-)
Diğer obsesif kompulsif bozukluklar	(-)
Stres reaksiyonları ve uyum bozuklukları	
Akut stres reaksiyonu	Akut stres bozukluğu***
Travma sonrası stres bozukluğu	Travma sonrası stres bozukluğu***
Uyum bozuklukları	Uyum bozuklukları****
Diğer stres reaksiyonları	(-)
Tanımlanmamış stres reaksiyonları	(-)

Tablo (Işık ve Işık Taner, 2006:38-39)'dan alınmıştır.

*Bu tanımlar DSM-IV-TR sınıflandırmasında, başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozuklukları tanısı içinde yer alır.

**DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde OKB'nin yalnızca "içgörüsü az olan" alt tipi vardır.

***Bu tanımlar DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde "anksiyete bozuklukları" içinde yer alır ve tanı ölçütleri farklıdır.

****DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları içinde yer almazlar ayrı bir tanı grubu olup, depresif duygu durumu ile giden, anksiyete ile giden, karışık anksiyete ve depresif duygu durumu ile giden, davranım bozukluğu ile giden, karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden ve de belirlenmemiş olarak 6 alt gruba ayrılır.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yenileme ve gözden geçirmelere devam ettiği ve 2013 yılında onaylanması planlanan DSM-5 teki taslakta ise anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması; ayrılık kaygısı bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi) yaygın anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu, başka bir medikal durum atfedilen anksiyete bozuklukları, başka yerde sınıflandırılmayan anksiyete bozuklukları ve panik atak olarak geçmektedir. Yine bu taslakta OKB'nin, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun ayrıca sınıflandırılmasının planlandığı görölmektedir (APA, DSM-5 Development, 2012).

2.1.5. Birliktelik (komorbidite) Durumları

Anksiyete bozukluklarına sıklıkla depresyon, somatoform bozuklukları, anksiyete bastırma amacıyla alkol ve madde kötüye kullanımı ve diğer anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir (Karamustafaalıoğlu, 2009:33; Yağmur ve Arzu, 2009) Depresyon ve anksiyete belirtilerinde ki ortak noktaların çokluğu nedeni ile anksiyete bozuklukları ve depresyon arasında geçerli bir ayırımı olup olmadığı tartışmalı bir konudur (Özen ve Temizsu, 2010). Ve çoğu kez eş tanıli bozuklukların varlığı tedaviye direnç durumlarına neden olmaktadır (Alkın ve diğerleri, 2004:3).

Birçok hastalığa eşlik edebilmesi nedeniyle sadece belirtinin olması anksiyete teşhisi için yeterli olmayabilir. Örneğin panik hastalarının en az %70'ine ek bir psikiyatrik tanı konulmakta, 2/3'ünde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu ya da duygulanım bozukluğu görölmekte, en sık karşılaşılan ruhsal bozukluk eştanısı ise major depresyon olmaktadır (Alkın ve diğerleri, 2004:3).

Roth'da (2007:16) panik bozukluğuna sahip hastaların çoğu depresyon, madde istismarı, sosyal fobi, özgül fobi olmak üzere bir veya daha fazla ek tanıya sahiptirler diyerek bu durumu teyit etmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu birlikteliği de sık görölmektedir. Genel olarak sosyal anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluklarından daha erken

başlayıp major depresyonunda işaretçisi olmaktadır (Binbay ve Koyuncu, 2012).

Anksiyete bozukluğu bazen diyaliz hastalarında olduğu gibi süre giden bir fiziksel hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Krespi ve diğerleri, 2008). Ülser, astım, ürtiker gibi bazı psikosomatik hastalıklarda da anksiyetenin rolü olmakta bazen de somatik bir hastalıkla birlikte ortaya çıkıp bu durumun kalkması ile kaybolmaktadır. Örneğin memede bir kitle olduğunu öğrenen kişi kanser fobisi geliştirebilmekte, sonra bunun bir yağ bezesi olduğunu öğrendiğinde ise bu korku kendiliğinden kalkmaktadır (Özakkaş, 1993: 483). Araştırmalar madde bağımlılığının kökeninde ruhsal nedenlerin de olduğunu belirtmektedir (Güveli ve Saatçioğlu, 2008). İlaç ve alkol yoksunluk belirtilerinde panik ve YAB görülebilmekte ya da anksiyete belirtilerini azaltabilmek amacıyla alkol ve madde kullanımı gibi yollara başvurulabilmektedir. Örneğin panik bozukluğu bulunan ortalama üç hastadan birinde alkol sorununa rastlanırken, alkol bağımlılarının %60'ında fobi ve anksiyete belirtileri izlenmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006:40-41; Karamustafaalioğlu, 2009:33). Epidemiyolojik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları arasında yüksek oranlarda birliktelik saptamışlardır (Evren, 2010).

Psikotik hastalarda ise hastalığın başlangıç dönemlerinde daha yoğun olmak üzere anksiyete belirtilerine rastlanmaktadır. Kişilik bozuklukları ile birlikteliklerine gelince sınırda kişilik bozukluklarında kısa süreli anksiyete belirtileri gözlenebilmekte ve çekingen kişilik bozukluğunun sosyal fobik tutumlar göstermesi nedeni ile ayrımlarda güçlükler yaşanabilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006:44).

2.2. ANALİTİK HİPNOTERAPİ (AHP)

Bu bölümde genel olarak AHP tanıtılmış, tarihsel gelişimi içinde şekillenişine ve psikopatoloji paradigmasına değinilmiştir.

2.2.1. Analitik Hipnoterapiye Genel Bir Bakış

Analitik hipnoterapi (AHP) anksiyete olgusu da dâhil ruh hastalıklarının oluşumunda problemin kökenindeki duygu algı ve inançlarla ilgilendiğinden sınıflandırmalar ve tanımlara öncelik vermez (Morison ve Philips, 2001:7-15). Çünkü AHP' ye göre tanı koymak için sınıflandırılan tüm belirtiler ve bunların altında yatan fizyolojik ve kimyasal etkenlerde hastalığın gerçek nedenleri değil oluşmasına giden yolda bir ara değişken ve aslında daha altta yatan duygu, algı ve inançlarla ilgili problemler çözüldüğünde de kaybolacak sonuçlardır (Morison ve Philips, 2001:7-15). Örneğin anksiyete bozukluklarının oluşmasında immün sistemin (bağışıklık sistemi) baskılanması bedenün çalışma düzenini etkilediği için bir etkendir (Özatic, 2010). Panik bozukluklarda ve birçok psikiyatrik hastalıkta immün sistem anormalliğine dair bulgulara ulaşılmaktadır (Yolaç ve diğeri, 2008). Semptomaya yönelik tedaviler bu tür bulgulara dayanarak immün sistem yada diğeri ara değişkenleri düzenlemeye çalışırken AHP anksiyete bozukluklarını başlatan döngü içinde immün sistemdeki ve diğeri ara değişkenlerdeki anormalliklerin bir neden değil bir sonuç olduğunu varsaymakta ve anksiyete bozukluklarını oluşturan bu döngüdeki ara değişkenlere öncelik veren bir tedavi ile belirtileri kontrol altına almaya çalışmak yerine daha geri plandaki duygularla ve inançlarla ilgili temele inerek hasta ile çalışmaktadır (Uran, 2006:30-36).

Bedenün kendini iyileştirme gücü vardır ve iyileşme yönünde çalışır. Yapılması gereken bu doğal iyileşme eğiliminin önünde ki engelleri kaldırmaktır. Engelleri kaldırmakta kişinin zararına olan inançların ve birikmiş duyguların temizlenmesi ile olur. Bu şekilde geçmiş temizlenirse hastalık belirtileri de kendiliğinden ortadan kalkacaktır (Uran, 2011:208). Yoksa sınıflandırmalar ve tanı ölçütleri sürekli değişmektedir. Şu anda DSM-IV' ün yerine DSM-5'in (APA, DSM-5 Development, 2012) hazırlanması ve burada

anksiyete bozuklukları sınıflandırmasının da tekrar değişmesi bu görüşü desteklemektedir. Bu nedenle AHP anksiyete bozukluklarına müdahale sistematüğini tanı ve sınıflandırmalara göre ayarlamak yerine sadece duyguları takip ederek olayın temeline iner bu sınıflandırmalar ve tanı kriterlerinden yararlınsa da çalışma sistematüğini bunlara göre ayarlamaz (Morison ve Philips, 2001:7-15).

2.2.2. Tarihçesi

AHP, literatürde regresyon hipnoterapisi, hipnoanaliz, ya da psikodinamik hipnoterapi şeklinde de geçmektedir. Kökleri 1895 yılında Sigmund Freud ve Joseph Breuer'in hastaların erken yaşlarında ki bastırılmış anılarına ulaşarak bu anılarda ki bastırılmış duyguyu dışı vurarak rahatlama elde etmek için hipnotik bir fenomen olan regresyon tekniğini kullanmalarına kadar dayanır. Yine o dönemde Freud psikanaliz lehine hipnotik yöntemleri aşamalı olarak terk ederken, Fransız rakibi Pierre Janet kendisinden birkaç yıl daha erken bir tarihte hipnotik psikoterapide yaş gerilemesinin nasıl kullanılacağını anlattığı bir vaka çalışması yayınlamıştır (C.Uzuner ve S.Uzuner, 2009:6-7). Sonrasında ise '*travma sonrası kaygı bozukluğu*' diye adlandırılan savaş bunalımlarının tedavisinde psikanalize göre hızlı bir alternatif olarak psikoterapistlerce '*hipnoanaliz*' başlığı altında kullanılmıştır. (C.Uzuner ve S.Uzuner, 2009:7).

Günümüze gelince Gill Boyne, Gerald Kein, E. A. Barnett, gibi yazarların konu ile ilgili araştırma, uygulama ve kitapları (Banyan ve Kein, 2001; Boyne, 1989) ile tekrar ilgi görmekte Calvin Banyan tarafından sistematize edilerek 5-path sistemi olarak tanıtılmaktadır (Banyan Hypnosis Center, b.t.). Bu araştırmada da AHP' ye sistematik bir yaklaşım getirdiği için 5-path sistemine de değinilmiştir.

2.2.3. AHP'nin Psikopatoloji Paradigması

Analitik hipnoterapinin (AHP) psikopatolojiye bakışının temelinde duygusal tıkanıklıklar bulunmaktadır ve terapist bu tıkanıklıkları açacak yolu gösterdiğinde insanlar iyileşme yönünde hareket edecektir (Uran, 2006:38). Bu

bakış açısı yeni değildir. Bundan 2500 yıl önce tedavi sanatını kuran Hipokrat'ın öncelikle zarar verme (primum non nocere) deyişine de temel oluşturan, hastalıkların doğal iyileşme eğilimleri olduğuna ilişkin görüşleri (Koloğlu, 2005:32-34), ve astım hastalarına kızgınlıktan uzak durmalarını tavsiye etmesi (Uran, 2006:38) yaklaşımın aslında ne kadar eskiye dayandığını da göstermektedir.

Yüzyıllar sonra Rene Descartes'in yöntemli kuşkuyu bir metot olarak uyguladığı tümdengelim yani bütünden hareketle bütünü küçük parçalara ayırarak anlama yöntemi (Altuner, 2011:1-5) pozitif bilimi etkisi altına almıştır. Kanıta dayalı tıp bu yaklaşımın etkisi ile uzmanlık alanlarını gün geçtikçe daha küçük parçalara ayırmasının yanında teşhis ve tedaviyi standartlaştırma ve böylece herkese uygulanabilir hale getirme çabasındadır. Oysa AHP bakış açısı ile bir bütün, o bütünü oluşturan parçaların toplamından daha fazla anlam ifade eder. İnsanı da ancak insan yaşamının tüm boyutlarını birlikte göz önünde bulundurduğumuz zaman anlayabiliriz (Corey, 2008:214).

Bugün psikiyatride hâkim olan yaklaşım, geçerli ve güvenilir bir ölçme yapabilmek için psikometrik ölçeklerle (Güleç, 2009) teşhis ve tedaviyi standartlaştırma çabasındadır ki bu standartlaştırma sistematığı sonucunda üretilen ilaçların milyonlarca kutusunun, yine geliştirilen ölçekler ve sınıflandırmalarla milyonlarca hastaya, benzer şekillerde kullanılmasının mahzurlarından biri en azından Sosyal Güvenlik Kurumları'nı önleyici tedbir almaya itecek kadar aşırılaşan gereksiz ilaç tüketimine yol açmasıdır (sgkrehberi, 2012).

Ayrıca ilaç kullanımının önünde gebelikler gibi ciddi engeller de bulunmaktadır. Çünkü gebelik dönemi çalkantılı bir evre olduğundan OKB gibi anksiyete bozuklukları alevlenebilmekte psikotrop ilaç kullanımının kısıtlanması psikiyatrik bozuklukların artmasına, ilaçla tedavi ise fetal anomaliler ve otizm-spektrum bozuklukları gibi risklere neden olabilmektedir (Çetin, 2011). Bunun yanı sıra antidepresanların kullanılmasında maniye kayma kesilmesini takiben çekilme reaksiyonu, ani kesilmelerde ise manik ya

da hipomanik sendromlar görülebilmektedir (Altıntoprak ve diğerleri, 2006). Antidepresanlar, sıklıkla cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkiler gösterebilmektedir. Bu cinsel yan etkiler içinde temel olarak libido kaybı, anorgazmi ya da gecikmiş orgazm ve ejakülasyon bozukluğu hastaların %50'sinden fazlasında görülmektedir (Uluocak ve diğerleri, 2006). Psikotrop ilaç tedavilerinin diğer hastalıklarla olabilecek olumsuz etkileşimlerinin yanı sıra mükemmeliyetçilik gibi kişilik yapılarından kaynaklanan depresyon (Gül, Yılmaz, ve Berksun, 2009) ve ona eşlik eden anksiyetenin belirtilerinin giderilmesinde geçici olarak etkili olsa bile bu durumun oluşmasında asıl etken olan kişilik yapısını değiştirmeyeceği öngörülebilir bir durumdur. Ancak ilaç kullanımının bütün bu olası risklerinin yanında ağır kişilik bozuklukları ya da başka faktörlerle hasta ile iletişim kurmanın zor olduğu durumlar için psikoterapi yerine ilaç tedavisinin bir zorunluluk taşıyacağı durumlarda unutulmamalıdır (Morison ve Philips, 2002:10-13).

AHP Geştalt terapiden aldığı bakış açısı ile insanı bir bütün olarak ele alır ve hastaların yalnızca düşünce, duygu, davranış ve beden boyutlarına değil bunlar arasında ki etkileşime ve bütüne de bakarak (Corey, 2008:214-215) hastaya yaklaşır. AHP'nin bakış açısıyla sınıflandırmalar tıbbi tedavi için gerekli olmakla birlikte, DSM-5'te OKB'nin anksiyete bozukluklarından çıkarılmasının tasarlanması (APA, DSM-5 Development, 2012) örneğinde olduğu gibi sınıflandırma kıstaslarının değişmesi sonucunda birden o kişinin dâhil olduğu hastalık gurubunun da değişmesine dikkat çekilmektedir. AHP'nin bakış açısıyla belirtiler bir hastalığın şemsiyesi altına alındığında sonuçtan nedene döner, gerçek olan ise sistemdeki işleyişin bozukluğudur (Uran, 2006:42-43). Kaygı ile ilişkili bulunan değişkenlerin kaygı için bir öncül mü olduğu yoksa kaygının bir sonucu mu olduğu tartışmalıdır (Akça, Şahin, ve Vazgeçer, 2011). Sorunların kendisini gösterdiği kısım belirtilerdir. Teşhiste belirtilere göre konur ve ona göre bir tedavi geliştirilir. Hâlbuki belirtiler sonuçlardır. Olayın özündeki duygu ve inançlara inilerek geçmiş yani sorunun kökü temizlenmediğinde yapılacak müdahaleler belirtiyi (septomu) kaldırırsa bile problemi çözmeyecektir çünkü bozukluk (septom) hastalığın kendisi değil sonucudur (Uran, 2006:87).

AHP hastayı Geşalt ve varoluşçu terapilerde olduğu gibi (Corey, 2008:522) etiketlemez ve belirtilere göre bir sınıflandırmanın içine kaymaz. Psikoterapi sürecinde insanların ruhsal sorunlarından kurtulmalarına, duygusal acıların, davranışsal sorunların giderilmelerine, kendilerini geliştirmelerine yardımcı olacak, insanların değişmesini amaçlayan, gerçek bir öğrenme yaşantısıdır (Koroğlu ve Türkçapar, 2009:4). Sorunların temelinde halledilmemiş duygular ile öğrenilmiş sınırlılıklar bulunmaktadır. Bütün bu önceki öğrenmelere, bir yönü ile kabul edilmiş telkinler ve hipnoz denebilir. AHP’de yeni bir hipnoz yapma değil bütün bu öğrenilmiş hipnozları bozma çalışmasıdır. Bu da ancak bilinçaltının, algı inanç ve duyguların yeni baştan hastanın yararına düzenleneceği yeni bir öğrenme süreci ile olur (Uran, 2011:377-378).

AHP uygulaması yapacak terapist uyguladığı yöntemler bütünü nedeni ile eklettik bir bakış açısına sahip olmalıdır. AHP kişinin kendine güvensizliği veya küçük endişe sorunlarıyla başa çıkmak gibi konularda kullanılabileceği gibi dayanılmaz travmatik ve psikolojik rahatsızlıklarda da kullanılabilir (Morison ve Philips, 2001:7-15). AHP felsefesi bireyin kendine has amaçları olduğunu ve kendi kendine gelişecek kadar yetenekli olduğunu varsaymaktadır. AHP’nin tedavi edici önermesi ise bireyin geçmişteki tecrübelerinin travmatik, çelişkili ve üzüntülü yönlerinin çözümünde bireyin nazıkçe yönlendirilebileceğini savunma şeklindedir. AHP uygulayan bir terapist bireyin hayat mücadelesinde, hayatın anlamını kolaylaştıracak, mantıksız düşüncelerini değiştirmesi, gerçekçi olmayan varsayımlarını düzeltilmesi konusunda yüreklendirici insancıl ve bilişsel uygulamaları da içine alarak bireyin gelişmesini ve gerçek potansiyeline ulaşmasını sağlamayı hedefler (Morison ve Philips, 2001:7-15).

2.3. AHP'NİN HİPNOTİK PROSEDÜRLERLE İLİŞKİSİ

AHP'de hipnotik araçların önemli bir yer tutması ve işlev görmesi nedeni ile bu kısımda ilgili kavramlara açıklık getirilmiştir. Hipnotik trans AHP uygulamalarında terapi hedeflerine ulaşmada bir kolaylaştırıcı olarak kullanılmaktadır.

2.3.1. Hipnotik Kavramlar

Hipnotik kavramlara ilişkin literatüre bakıldığında bu kavramların çerçevesini net bir şekilde çizen bir ittifak olmadığı görülmektedir. Hem hipnoz, hem de hipnotik trans, hipnotik telkin ve yönlendirmeler aracılığı ile elde edilen uykuya benzeyen yapay bilinç durumu olarak adlandırılmakta (Budak, 2005:363) ve bu durum bilincin tüm fonksiyonları çalışırken istekle elde edilen içe dönük bir yoğunlaşma ve çevre farkındalığından uzaklaşma hali olarak nitelenmektedir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91).

Uran ise (2011:5-8) hipnotik trans ve hipnoz kavramlarını birbirinden ayırmaktadır. Bu yaklaşıma göre trans kişinin belli bir şeye odaklandığı ve çevreden gelen uyarılara az yanıt verdiği bir durumdur böyle bir odaklanmışlık halinde zihin odaklanılan şey dışında ki her şeyden ilgisini kesmektedir ve bu durum günlük hayatta zaten doğal olarak yaşanmaktadır. Bu odaklanma eğer dışa dönük olursa buna konsantrasyon denmekte tam tersi içe dönük bir iç uyarılarla meşguliyet durumuna ise trans hali denmektedir. Telkinle elde edilebilen bir zihinsel durum olan hipnotik trans hali hipnoz değildir. Hipnozun oluşup oluşmadığını belirleyen ve hipnozu hipnotik trans durumundan ayıran ölçüt en basit şekliyle verilen telkinin kabul halidir. Bir duruma hipnoz denilebilmesi için kişiye verilen telkine göre bir değişimin yaşanması gerekir.

Amerikan Tıp Birliğinin kabul ettiği resmi hipnoz tanımı ise Dave-Elman'ın hipnoz tanımıdır ve şu şekildedir; "Hipnoz bilincin eleştirel düşünme faktörünün aşılması ve bilinçaltında kabul edilebilir seçici bir düşüncenin kabul edilmesi halidir" (Elman, 1964:25; Uran, 2011:5-8).

İngiltere Tıp Cemiyetinin hipnoz tanımı ise sözsözsel ve diğer uyarılarla değiştirilmiş algının geçici durumunda bilinçte ve hafızada değişiklikler, telkine yatkınlık ve zihinsel durumun normalin dışında cevaplar vermesidir şeklindedir (Burrows ve Stanley, 2005:14).

Sonuçta bu tanımlamaların ortak bir çıkarımı olarak hipnoz birtakım doğal etkilerle ya da telkinler sonucu oluşan zihinsel ve fiziksel bir durumdan zihinsel kabul ya da davranışsal bir değişime kadar farklı durumları tanımlayan soyut bir kavram olarak kullanılmaktadır.

2.3.2. Hipnotik Yöntemlerin Analitik Hipnoterapi de İşlevi

AHP uygulayıcıların bireysel tarzlarına göre farklılaşabilen ya da uygulayıcının kendi bireysel tarzı ile bütünleşen birçok hipnoterapi yaklaşımına bünyesinde yer vermekte olan eklektik bir yapı arz etmektedir. Hipnoterapi en genel anlamıyla hipnotik yöntemlerin psikoterapi amacıyla (ağırlıklı veya yardımcı olarak) kullanılmasıdır. Bu yönüyle hipnoterapi genel olarak hipnotik araçlar kullanan psikoterapi yöntemlerinin bütününe verilen genel bir addır (Budak, 2005:363).

Hipnotik fenomenler AHP'de önemli bir rol üstlenmektedir. Psikoterapist yaş geriletme gibi bir hipnotik fenomeni elde ederek kekemelik gibi bir semptomla başvuran danışanın probleminin altından yaş geriletmesi ile çocukluk dönemine ait bir cinsel tacize ulaşabilmektedir. Bu sonuç semptomların hasta için ne anlama geldiğini ve bu semptomu oluşturan bilinçaltı çatışmaları tespit etmeyi sağlayabilmektedir (Kaya, 2011:156-157) .

AHP çalışmalarında duygularla temasa geçilen ve bir duygusal durumun yaşandığı anları hipnotik durum olarak görür çünkü bu gibi durumlarda bilincin kritik eden faktörü aşılmıştır (Uran, 2011:8). Bir şekilde bilinç devre dışı bırakılarak psikodinamik süreçler daha sansürsüz incelenebilmekte ya da bazı psikoterapi teknikleri hastaya hipnotik şartlar altında uygulanabilmektedir. Hipnotik trans sansürü azaltarak bilinçsiz materyalin ortaya çıkmasında bir avantaj sağlasa da ego tamamen işlevsiz değildir. Ama savunma mekanizmaları

konusunda daha az dikkatlidir ve bilinçli farkındalık bilinçdışı materyali daha iyi kavrayabilmektedir (J. Watkins ve H.Watkins, 2006:113). Hipnotik yöntemlerin AHP'deki bir başka işlevi ise savunma mekanizmalarını aşabilme veya farklı yollarla ona duyulan ihtiyacı ortadan kaldırmada sağladığı kolaylıktır. Anne Freud'un savunma mekanizmaları aşılabilir ancak üzerinde çalışılabilir, hipnotik uygulamaların terapötik etkileri de sadece geçicidir şeklinde ki eleştirisine karşın AHP psikanalitik yaklaşımdaki gibi düşman siperi (savunma mekanizmaları) ile uğraşmaz, askeri bir taktik örneğindeki gibi hipnotik yöntemlerle savunma mekanizmaları arkasına inen paraşütçü askerler tarafından devre dışı bırakılır ve arkadan (bilinçdışının içi) hucum edilir. Bu şekilde bastırılmış etkilenimler dışarı atılıp gücü yok edilince savunma hasta tarafından yıkılır ve etkisini yitirir. Anna Freud'un iddia ettiği gibi savunma hastanın içinde bastırılmış veya dağılmış değildir. Yani daha sonra ortaya çıkıp terapide kazanılanları sıfırlayamaz. Savunma üzerindeki bu çalışmanın sonuçları psikanalizde olduğu kadar kalıcıdır (J. Watkins ve H.Watkins, 2006:136-137).

2.3.3. Hipnotik Yatkinlık ve Derinlik

Hipnotizabilite hipnotik transa yatkinlık demektir (Özakkaş, 1993: 479). Hipnotizabilite hipnotik derinlik ile bu derinliğin elde edildiği süre arasındaki olumlu ilişkiyi gösteren bir kavramdır. Hipnotik derinliğe duyulan ihtiyaç konusunda AHP uygulamalarında farklılıklar gözlenmektedir. Örneğin hipnotik trans düzeyi derinleştirildikten sonra rahatsızlık veren duygu, bir köprü gibi kullanılarak geçmişteki bir olaya gidilebildiği gibi (Uran, 2011:254) hastanın duygu ile bağlantı kurduğu durumlar hipnotik trans kabul edildiğinden herhangi bir derinleştirme işlemi uygulanmadan direkt (Churchill, 2008:30) bu duygu ile bağlantılı geçmişteki olaylara da gidilebilmektedir.

Hipnotik derinliğin elde edilmesinde hastanın yaşı, kullanılan indüksiyon yöntemi, yatkinlık gibi birçok faktör rol oynayabilir. Bu konuda hipnotize edilebilirliği etkin bir şekilde ölçen klinik ortamlarda kullanılabilen psikopatoloji hakkında da bilgi veren Hipnotik İndüksiyon Profili testinin

Türkçe uyarlamasında yaş hipnotik yatkınlıkta negatif eğitim pozitif, cinsiyet ise ilişkisiz bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hipnotik indüksiyon profili ile psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş hipnotik yatkınlık skorları şizofreni ve psikotik bozukluklarda en düşük, dissosiyatif bozukluklarda ise en yüksek oranda çıkmıştır. Yine yatkınlık, şizoid, paranoid, OKB kişilik bozukluğunda en düşük histrionik kişilik bozukluğunda en yüksek olarak gözlenmiştir (Çetin, 2009:67: Çobanoğlu, 2002).

J. Watkins ve H.Watkins, (2006:136) ise hipnotik transın aktifleşmesi veya derinliğini terapist ile hasta arasında ki güvene, terapi için geçirilen zamana, o anın atmosferine, hastanın problemin çözümüne duyduğu ihtiyacın derecesine ve hastanın hipnotik transa yatkınlığı gibi faktörlere bağlamaktadır.

Hipnotik derinlik, hipnotik transın ilk evresi olan hafif trans (laterji), orta trans (kataleptik) evre ve derin trans (somniaambulistik) evre olarak sınıflandırılabilir, bu trans düzeylerinde hafiften derine doğru gidildikçe elde edilebilen fenomenlerin sayısı da artmaktadır (C.Uzuner, ve S. Uzuner, 2007:101-104).

2.3.4. Hipnotik İndüksiyon

Hipnotik indüksiyondan amaç telkinin kabul edilebilirliğini sağlamaktır. Bu nedenle indüksiyon ile eleştirel düşünme yetisi aşılmaya çalışılır. Çünkü indüksiyon uygulanan kişi duygusal ve ahlaki açıdan kendine ters gelmediği sürece trans dışında imkânsız bulacağı bir önermeyi (örneğin, ağrıyı herhangi bir kimyasal kullanmadan anestezi önermesi gibi) bu eşik aşıldığında kabul edecektir (Elman, 1964:9-16).

Hipnotik indüksiyon uygulamalarında temelde iki farklı yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki klasik indüksiyonlardır. Klasik indüksiyonların temel özellikleri otoriter, doğrudan ve biçimsel olmalarıdır. Bu yaklaşıma en iyi örnek Dave-Elmandır. Elman yöntemini bu alanın klasiklerinden olan hipnoterapi (Elman, 1964) kitabında açıklamıştır.

Diğer yaklaşım doğal, dolaylı olarak tanımlanan ve klasik indüksiyonlarda olan standart transa sokma işlemlerine başvurmadan uygulanan (Zeig, 2005:12) indüksiyon yöntemleridir ki bunda da amaç zihnin kritik eden yapısını aşmak olsa da yöntemde farklılıklar içermektedir. Bu yaklaşımı ilk defa geliştiren ve dünyaya tanıtan Milton H. Erickson'dur (Zeig, 2005:19).

2.3.5. Direkt ve Dolaylı Telkin

Hipnotik telkin uygulaması yönüyle direkt ve dolaylı telkinler şeklinde sınıflandırılabilir. Banyan ve Kein'e göre (2001:213) direkt telkin bilgiyi bilinçaltına sözlü ya da başka bir iletişim yöntemiyle hipnotik trans altında doğrudan yerleştirme sürecidir. Hipnotik telkinler bilinçaltının hedeflendiği hastanın yararına daha çok sözlü mesajlardır. Uran da (2011:147-207) telkini bir değişim amacıyla kullanılan sözcükler, yapılması istenilen durum ilişkin bilinçaltına kabul için sunulan bir fikir olarak tanımlamakta ve direkt telkinde bir otorite ve güçlü bir istek söz konusu olmaktadır demektedir.

AHP'de hem direkt hemde dolaylı telkinler kullanılabilir (Churchill, 2002:63-72). Dolaylı telkinde çevre, hikayeler, oluşturulan ilişki terapistin giydiği elbise, bu elbisenin rengi, terapi ortamında ki nesnelere, duruş, hareketler gibi bir çok şey dolaylı telkin aracı olabilir. Dolaylı telkinlerin mimarı Milton H. Erickson'un kullandığı en önemli telkin aracı hikaye anlatma şeklindedir. Çünkü hikayeler bir çok dolaylı telkinler için araç sağlamaktadır. Dolaylı telkinlerde stratejik olarak bir planlama ve amaca göre ne yaptığını bilme, dil kalıplarının kullanımına dayalı, dil ve sözcüklerle oynamalar bulunmaktadır (Frykman, 2008:243-253).

2.3.6. Hipnotik ve Posthipnotik Telkin

Hipnotik telkin hipnotik trans altında verilen telkindir. Telkinin posthipnotik olması ise ileriye dönük olması ve etkisini hipnotik transtan çıkıp bilinçli durumdayken de göstermesidir (Özakkaş, 1993, s. 482).

Hipnotik telkinin etkilerini ölçmek için spor yapanlar üzerinde yapılan deneysel bir çalışmada, hipnotik telkinin genel yorgunluk ve kan glukoz-laktat metabolizması üzerine etkileri araştırılmış ve pasif dinlenme sonunda deneklerin kendilerini yorgun bitkin ve halsiz hissettikleri halde hipnotik telkin altındaki dinlenme sonunda denekler kendilerini sağlıklı, zinde ve güçlü hissettiklerini belirtmişlerdir (Kaya, 1995).

2.3.7. AHP’de Öne Çıkan Hipnotik Fenomenler

Fenomen görüntü ve olay demektir. Hipnotik fenomen ise hipnotik transta yaşanan ve görülen insan davranış biçimlerini konu edinmektedir (Özakkaş, 1993: 479). Hipnotik fenomenler, hipnotik trans altında telkinle oluşturulabilen bazı fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri içerir. Bu fenomenler herhangi bir telkin olmadan doğal trans fenomenleri olarak farklı durumların birer göstergesi olarak gözlemlenebilir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91).

Katalepsi: Sözlük anlamı donup kalma demektir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91). Hipnotik trans altında bu donup kalma haline irade kaybı eşlik eder. Hipnotik derinlik aşamasının ikinci evresi orta trans durumunda elde edilen bir fenomendir. Katotoni şizofreniklerde de bir belirti şeklinde görülmektedir (Özakkaş, 1993:479).

Amnezi: Hafıza kaybı demek olan amnezi derin trans durumunda kendiliğinden oluşabildiği gibi hipnotik telkinle de elde edilebilir. Hipnotik amnezinin normal amneziden farkı unutilan bilgilerin normal geri çağırma ve kontrol mekanizmalarına göre kısa sürede ve hızlı bir şekilde hatırlanmasıdır (Özakkaş, 1995:68-337). Bu nedenle hipnotik transla geçici amnezi elde edilebildiği gibi amnezinin tam tersi bir durum olan hiperamnezi fenomeni ile de hatıralar tekrar canlandırılabilir. Araştırmalar çoğul kişilik vakalarını, çocukluk yıllarında yaşanan kötü olayların bastırılmasını, yetişkinlerin uyum sorunlarını (J.Watkins ve H. Watkins, 2006:77-81) ve kafa travmalarını (Erdoğan ve diğerleri, 2011) kendiliğinden oluşan amnezi ile ilişkili göstermektedir.

J.Watkins ve H. Watkins'e göre ise (2006:77-81) hipnotik yöntemler sadece mevcut zamanı değil, çocukluk ve büyüme çağında ki hatıraları da hatırlamayı sağlar. Hipnoanalitik uygulamalarda amnezi, çözülmemiş ve bilinçdışında yatan hayati bir problemin semptomu olarak görülür ve hasta amnezinin oluştuğu yaşa götürülerek o dönemde yaşadığı olayların detayına ulaşılır.

Hipermnezi: Geçmişini aşırı derecede hatırlama, hafızanın keskinleşmesi demektir (Özakkaş, 1993:479; Özakkaş, 1995:508). Hipnotik trans altında geçmişe götürülen hasta daha önce hatırlayamadığı şeyleri hatırlayabilecektir bu özellik AHP'de yaş geriletmesi fenomeni ile olayların hatırlanmasında önemli bir işlev görmektedir (Banyan ve Kein, 2001:214). İngilizce Türkçe Psikoloji Sözlüğünde (2006) ise aşırı hatırlama yetisi olarak tanımlanan hipermnezinin içeriği hakkında şu bilgiler verilmektedir: Bazen ölümle burun buruna gelen normal insanlarda da görülse de sıklıkla yüksek ateş, organik beyin sendromu, hipnotik trans, amfetamin ve halusinojen türü ilaç alımı, hipomani, gibi vakalarda geçmiş yaşantıları, olayları, ya da belli nesnelere ve yerleri, olağanüstü bir netlikte ve en ince ayrıntısına kadar hatırlama yetisi.

Ekmnezi: Geçmişini motor ve psişik olarak tekrardan aynen yaşamaktır (Özakkaş, 1993: 479). Bazı TSSB vakalarında travmatik geriye dönüş (flashbacklar) veya travmatik olayı bir süre boyunca disosiyasyon durumunda kalıp anımsamalar, hipnotik transla elde edilen aynen ve yeniden yaşama ve halüsinasyonların patolojik versiyonudur (Çetin, 2009:67).

Hiperestezi: Aşırı uyarılabilir olma halidir (Özakkaş, 1993: 479). Hipnotik telkinle vucutta oluşacak çeşitli duyuşal değişikliklere karşı oluşturulan duyarlılık halidir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91). Hiperestezi beş duyunun algılama eşiklerinin artması ve alçalması ile mi, yoksa dikkatin odaklanması nedeni ile mi olduğu konusunda tartışmalar vardır duyuların keskinliği konusunda objektif bir kıstas olmadığı için yönlendirilmiş ve artmış dikkat sonucu duyulardaki hassaslaşma ile fenomen açıklanabilir (Özakkaş, 1995:363).

Halüsinasyonlar: Halüsinasyon gerçek bir duyuusal uyaran kaynağı olmadan, olmayan bir nesnenin, sesin, kokunun vs. algılanması ya da olan bir nesnenin algılanamamasıdır (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:113). Hipnotik telkinlerle yapay olarak elde edilen soğuk, sıcak, ağrı, işitme, görme, tad, koku gibi olan bir şeyi algılayamamak negatif halüsinasyon, olmayan bir şeyi algılamak ise pozitif halüsinasyondur (Özakkaş, 1993: 243-294; Özakkaş, 1995:510). Negatif ya da pozitif halüsinasyonlar bir hastalık belirtisi olarak en çok şizofrenlerde görülmektedir. Şizofren hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların % 46'sında halüsinasyonlara rastlanmıştır (Saraçlı ve diğerleri, 2012).

Rüyalar: Verilecek uygun telkinlerle hipnotik trans altındaki kişilere uykudaki rüyalara benzer rüya gördürülebilmektedir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:114). Özakkaş, (1995:353) hipnotik trans esnasında derin transta bir telkin ile rüya gördürülebileceğini belirtmekte ve paylaştığı bir rüya çalışmasında trans altında rüyasında koşan bir vakanın gerçekten koşuyor gibi solunumunda ve kalp atışında artış gözlendiğini dolayısı ile organizmanın bunu yaşadığına inandığını aktarmaktadır. AHP seanslarında ise rüya fenomeninden regresyon çalışmalarında yararlanılabilmektedir (Churchill, 2002:400-403).

Zaman Distorsiyonu (Çarpıtma): Hipnotik trans altında telkinle elde edilen zamanın yanlış ve çarpık algılanması durumudur (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:116). Verilen telkin zaman algısını etkileyebilmekte zaman daha uzun ya da daha kısa olarak algılanabilmektedir (Özakkaş, 1995:425-430).

Somnanbulizm: Derin trans fenomenidir. Somnanbul uykuda kalkıp gezen kişi demektir (Özakkaş, 1993:483). Latince somnus uyku, ambulae yürümek demektir. Somnanbulistik kelimesi bu iki Latince kökün birleşmesinden meydana gelmiştir. Uyurgezerler gibi somnambulistik trans düzeyinde ki kişi hareket eder, konuşur, sınırlı bir şekilde dış dünya ile iletişim kurar, tıpkı uyurgezerlerdeki gibi önüne konan bir sandalyeden sakınır (Özakkaş, 1995:68-69). Bu durum en derin trans evresi olarak adlandırılan somnambul durumunda dahi bilinçaltının kişiyi koruma işlevini sürdürmekte olduğunu göstermektedir (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:112).

2.4. AHP'NİN PSİKOTERAPİ KURAMLARI İLE İLİŞKİSİ

Ortaya çıktığı dönemden itibaren kendi ayırt edici nitelikleri olan psikanalitik, davranışçı varoluşçu, hümanistik, ve diğer psikolojik kuramların, sonraki yıllar içinde birbirleriyle kavram ve yöntem alışverişine girdikleri eklektik görüşün bir yansıması olarak görülmektedir (Topses, 2012). Eklektik özellikler taşıyan AHP'nin de tarihsel gelişimi içinde kendi konumunu oluştururken etkilendiği, beslendiği ve farklılaştığı psikoterapi yaklaşımları bulunmaktadır.

Bu etkileşimlerin odağında olan psikoterapi ve psikoterapist kavramlarına bakıldığında danışanların düşünsel çarpıtmalarının düzeltilmesi, çektikleri çökkünlük ve bunaltı gibi ruhsal sıkıntıların ve duygusal acıların giderilmesi, davranışsal işlev bozukluklarının onarılması ve baş etme becerilerinin artırılması bütün psikoterapilerin ortak amacını oluşturmaktadır. Bu amaca ulaşmak için kullanılan daha çok görüşmeye dayalı etkileşim süreçleri ise psikoterapilerin farklılaştıkları noktaları içermektedir (Köroğlu ve Türkçapar, 2009:3-4).

2.4.1. Psikanalitik Terapi İle İlişkiler

1918 yılında Budapeşte'de yapılan uluslar arası psikanaliz kongresinde Freud'un psikanalitik anlayış çerçevesinde telkin ve hipnotik tekniklerden yararlanmanın gerekliliği konusunda bir konferansı olmuştur (Federn, 2006:9-10). Psikanalitik terapidaki bilinçdışı süreçlerin mevcut davranışlarla ilişkili olduğu (Corey, 2008:511) ve hastaların kendilerini rahatsız eden ilk yaşantılarını ortaya çıkarmak ve bastırılmış iç çatışmalar üzerinde çalışmak (Corey, 2008:516) gerektiği şeklindeki yaklaşımlar bazı hipnotik tekniklerle harmanlanarak AHP'nin önemli bir boyutunu oluşturmuşlardır.

Psikodinamik bilim dalının bilinçdışı süreçlere yaklaşabilmek için geliştirdiği prosedürler uzun zaman almaktadır. Sonraları serbest çağrışım lehine Freud tarafından reddedilse de, hipnoanaliz bu süreçleri anlamak için birçok keşif yolu sunmuş ve bu yeni yaklaşımlar psikanaliz kavramlarının

hipnotik modellerle birleşmesi sonucu oluşmuştur (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:100). Psikoanaliz ve AHP'nin ortak hedefinde hastanın istenmeyen reaksiyonlarına çözüm getirmek için probleme kaynaklık eden travmatik hadiselerin ortaya çıkarılması bulunmaktadır. Hipnotik trans hastanın bilincindeki tecrübelerin detayına gerek kalmaksızın hastanın durumunu zorlaştıran emosyonel olarak depolanmış önemli deneyimlerin oldukça etkili olarak açığa çıkmasını sağlar. Bu nedenle AHP bilinçaltı materyallere serbest çağrışımlar veya diğer psikanalitik tekniklerden daha direkt yaklaşır (Özakkaş, 1995:236).

Freudyen terapistlere göre nevrotik insan psikolojik olarak durumundan memnun olmayan, içsel çatışmaları ile başa çıkamayan ve bunu görmezden gelemeyen insandır. AHP'nin hastaya yaklaşımında da bu çatışmaları bilinç düzeyine çıkararak hastanın kendi durumuna daha bilinçli bir şekilde yaklaşmasını sağlama ve daha iyi bir psikolojik duruma ulaşması için sorunun köküne inmek ve duygusal boşalma önem kazanmaktadır (Morison ve Philips, 2001:20). AHP psikanaliz ile bilinçaltının incelenmesi, ruhsal çatışmalara yol açan geçmiş tecrübelerin araştırılıp ortaya çıkarılması, hastanın kendi doğrularını kendinin bulması gibi konulardaki hedef birliği kullanılan yöntemlerde ayrılmaktadır. Bu hedeflere ulaşmada bazen yıllar sürebilecek terapiyi AHP hızlandırmakta ve daha efektif sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. AHP bilinçaltının bireyi yönlendirmesi konusunda psikanalizle ortak bir düşüncüyü dile getirirse de psikanaliz bilinçaltı dürtülere önem verirken AHP daha çok bastırılmış duygulara önem vermektedir. Freud'un ön plana çıkardığı cinsel istekler ve saldırgan tepkileri ise yıkıcı motivasyonların sadece bir parçası olarak görmektedir (Morison ve Philips, 2001:3-14).

Bireyin kendi iç dünyalarına ve yaşam şekillerine bakmaları analitik psikolojide de önemlidir. Carl Gustav Jung Freud'un temelini attığı fikirleri devam ettirmiş ve buna Adler'in öğretici tutumunu da eklemiştir. Jung'a göre bireylerin kendi sorunlarını kendilerinin bulması terapistin onu bulmasından önemlidir (Morison ve Philips, 2001:15-29). Psikodinamik terapinin dallarından biri olan Alfred Adler'in çalışmalarına dayanan bireysel psikolojiye

göre ise her birey yaşadığı tecrübelerden kendine özgü algılar ve sonuçlar çıkarır (Morison ve Philips, 2001:36-46). AHP'nin bireylere yaklaşımına paralellik gösteren bu görüş Adler'i, Freud'un biyolojik ve içgüdüsel teorilerinden de ayıran görüştür.

Farklı bir psikoterapi yöntemi olan Ego Durumları Terapisi ise AHP seanslarında kullanılan bir modeldir. Parça (parts) terapisi olarak da adlandırılan bu yaklaşımın temeli ilk defa ego durumları terapisi olarak Freud'un kızı Anna Freud tarafından tanımlanmış ve bireylerin dünyayla başa çıkması için tasarlanmış mekanizmalara odaklanmıştır. Bu görüş Freud'un tam tersi bir bakışı içermektedir (Morison ve Philips, 2001:47-56).

Freud, Ego ve İd (1923) kitabıyla ego psikolojisini başlatmasına rağmen ego'nun kaygı yoluyla tehlikeleri fark etme ve sentezleme fonksiyonlarının çoğunu gerçekleştirebildiğini iddia etmek düzeyinde kalmış, Anna Freud bu fonksiyonları savunma mekanizmasına Hartman ise adaptasyon fonksiyonlarına kadar genişletmiştir (Federn, 2006:9-10).

Psikodinamik terapilerin hipnotik yöntemlerle desteklenmesi terapi için ayrılan zamanı önemli ölçüde kısaltmaktadır. Örneğin hipnoanalizin bir uzantısı olan yoğun ego durum terapisi, ömür boyu süren bozuklukların çözümünü de içeren uygulamalarda 8-12 saat içinde kalıcı, yapısal kişilik değişikliklerin oluşmasını başarmakta etkili ve kısa çözümler önerebilmektedir (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:16).

2.4.2. Gestalt Terapi İle İlişkiler

Gestalt'ta da AHP'de olduğu gibi duygu uyarım teknikleri kullanılmaktadır. Duygulanım engelli kişilerin bir kuşatma içinde olduğu ve bu kuşatma yarılarak hastanın duygularını tutan baraj havaya uçurulduğunda sağlık ve bütünlüğün coşarak geleceği düşünülmektedir (Yalom, 2001:487-491). Bu nedenle gestalt terapide duygulanımı ortaya çıkarmak önemli fakat tek başına terapötik bir değeri olmayan işlemdir (Yalom, 2001:487-491). Aynı durum AHP için de geçerlidir. AHP uygulamalarında duyguyu ortaya

çıkarmaktan amaç sadece duygu boşaltmak değil, onu bir köprü gibi kullanarak olayın yaşandığı zamana giderek o zaman dilimindeki algı ve inançlar üzerinde çalışmak ve yeni bir bilinçli bir bakış geliştirmek içindir (Morison ve Philips, 2001:7-15). Geştalt'ta da Fritz Perls duyudan duygulanıma geçmek için teknikler uygular. Örneğin baş ağrısı olan vakaya bu ağrıya daha çok odaklanmasını ve her adımda neyin farkında olduğundan söz etmesini ve yavaş yavaş duyguyu sonuçta hastanın isteklerini fark etmesini sağlar (Yalom, 2001:487-491).

AHP'nin hesabı kapatılmamış yarım kalmış olaylar anksiyeteye neden olur yaklaşımı Geştaltın geçmiş deneyimlerde bitirilmemiş işlerin şimdi üzerinde yansımaları olduğu (Corey, 2008:216) varsayımına dayanmaktadır. Geştalt terapiye göre bugünün sorunları çözümlenmemişse bireylerin küskünlük, öfke, nefret, acı, kaygı, keder, suçluluk, ve vazgeçme gibi açığa vurulmamış duygularında kendini gösteren bitirilmemiş işleri kalmıştır (Corey, 2008:217). Bu yarım kalmış işler tamamlanmayı bekler ve hesap kapatılmadığı için güçlü hale geldiklerinde birey zihinsel karmaşa, takınlı davranışlar, agresiv enerji tarafından kuşatılır. Bu bitmemiş işler bireyin açıklayamadığı duygularla yüzleşip hesabın kapatıldığı ana kadar etkilerini bedende bir takım fiziksel belirtiler kaslarda gerilme, derin nefes alamama, (Corey, 2008:219) gibi anksiyete belirtileri şeklinde kendilerini gösterirler. Geştalt terapinin hastaları duyguları ile başbaşa kalmaya, onları tekrar yaşamaya, yüzleşmeye, duygunun derinine inmeye teşvik etmesi (Corey, 2008:234) AHP uygulamalarında benimsenen bir yaklaşımdır (Morison ve Philips, 2001:7-15).

2.4.3. Bilişsel-Davranışçı Terapi İle İlişkiler

Yeni gelişmelerden etkilenen davranış terapistleri zamanla biliş-davranış terapistleri olmuşlardır. Ancak bu değişim sürecinde bile bilinç düzeyinin altında kalan fonksiyonlara yeterince önem verilmemiş daha çok hastanın açık objektif tepkileri incelenmiştir. Halbuki doğrudan gözlemlenemeyen ve hastanın da farkına varamadığı halde davranışlarına temel oluşturan bilinçaltı

algıların, güdülenmelerin ve duyguların incelenmesi de Freud'a kalmıştır (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:101-102).

Davranış terapisinin fobiler gibi anksiyete bozukluklarında etkili olduğu bir çok araştırma tarafından doğrulanmıştır (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:262). Bilişsel terapi ise yeni bakış açıları kazandırmada, hastanın zaten farkında olduğu parçaları anlamlı hale getirmede etkili olabilse de sorunlu ve baskılı bir çocukluk döneminden kaynaklanan, ve hastayı yaşam boyu etkisi altına alan sorunlarda henüz bu etkiyi sağlayamamıştır. AHP ise bilişsel terapinin sorgulamadığı hastanın daha önceden bilincinde olmadığı olayları sorgulayarak bunların derinine inmektedir (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:262).

Bilişsel terapinin biliş düzeyinde kalması, sorunların asıl kaynağına ulaşılması sürecini uzatacağı gibi derindeki anlam ve duygulara ulaşmaya da engel olabilmektedir. Bunun sonucunda da anlayış zihinsel düzeyde kalmakta ve içsel anlamda başarıya ulaşmak için değişim yavaş ilerlemektedir (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:102). Hastanın kendi içinde yeni bir kendilik anlayışı geliştirmesine içebakış (insight) denir. Freud, içebakışın gerçek ve kalıcı iyileşme getirdiğini söylemiştir. Oysa sadece bilişsel veya zihinsel olan bir içebakış bir kişinin yüksek bir tepeden aşağıdaki vadide bulunan evini izlemesine benzer. Bu ev dıştan bir nesne olarak gözlemlendiği sürece bir değişiklik olmayacaktır. Gerçek değişim için vadiye inilmeli, yaşanılanlar tekrar tecrübe edilmeli, evin içi yani yaşamın ve acının olduğu mekanlar gezilmeli ve tekrar hissedilmelidir. Birşeyleri değiştirmek için orada olayların geçtiği yerlerde olmalıdır. Tedavi eden ve psikodinamik anlayıştan sonuçlanan içebakış bu çeşit bir içebakıştır (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:102-103).

Öte yandan bilişsel ve çoğu zaman bilişsel davranışçı yaklaşımlarda terapötik bir araç olarak kullanılan anksiyeteyi azaltan gevşeme eğitimleri (Demiralp ve Oflaz, 2007), AHP'de uygulanan trans işlemlerinin temel amacı olmasa da direkt telkin verileceği zaman kullanılabilen bir durum olarak görülebilir, duygu ve düşünceleri izleyerek yeniden düzenleme ve çerçeveleme,

şeklinde kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri (Demiralp ve Oflaz, 2007), uyumsuz inançlar üzerinde değişim çalışmaları (Corey, 2008:311) AHP’de bilinçli bakış kazandırma amacıyla kullanılabilir. Anksiyeteye neden olan durumun görüntüsünü canlandırma ile derin kas gevşemesinin birlikteliğinden oluşan sistematik duyarsızlaştırma (Demiralp ve Oflaz, 2007) farklı bir şekilde AHP’de bedende duyumsanan hisler kaybolana kadar anıyla yüzleşip duyguyu boşaltmaya bir yönü ile benzetilebilir. AHP Beck’in bilişsel üçlemesindeki hastaların kendileri ile ilgili olumsuz düşünce içinde olmaları, deneyimlerini olumsuz bir tutumla yorumlamaları, gelecek hakkında endişeli bir bekleyiş içinde olmaları (Corey, 2008:311-318) şeklinde ki kuramsal yaklaşımlarından gelecek ile ilgili endişeli bekleyişi olduğu gibi kabul etmekle ancak olumsuz düşünce boyutunu geçmiş anılarda yaşanan olumsuz duygu birlikteliğinde ve yine geçmişte yaşanan olumsuz algı ve inançların içinde aramaktadır. AHP’ye göre deneyimlerin olumsuz bir tutumla yorumlanması hastalıklar için bir temel değil geçmişte yaşanan olaylar sonucu öğrenilmiş inançların bir sonucudur (Uran, 2006:53-65).

Bunların dışında davranışçı terapinin, davranışın öğrenmenin ürünü olduğu görüşünü analitik hipnoterapistler benimsemektedir. Ancak öğrenme boyutunun bilinçaltı fonksiyonlarına da önem vermektedirler. Bilişsel davranışçı terapinin problemlerin kökü çocuklukta olsa dahi bulunulan zamanda etkilerini gösterir ve yanlış algılamalar incelenip bunları etkili inançlarla değiştirmek gerekir (Corey, 2008:509-512) şeklindeki yaklaşım ise AHP’nin uygulama yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4.4. Diğer Kuramlar

Adler terapisinde bulunan anılar ve geçmiş yaşantıların önemi, geştalt ve varoluşçu yaklaşımdaki gibi teşhiste ve dış ölçümlerde bulunmama, birey merkezli terapide görülen duyguların yaşanması ve ifade edilmesi gerektiği görüşleri ile AHP’nin kuramsal yaklaşımları arasında benzerlikler görülebilir (Barnett, 1989:72-83; Corey, 2008:511-522; Morison ve Philips, 2001:164-175).

2.5. AHP'DE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ OLUŞUMU

AHP anksiyetenin oluşumuna ilişkin bazı kuramların görüşlerinden de destek alarak anksiyete kavramına geniş bir perspektiften yaklaşmaktadır. Bu yaklaşımın içinde çocukluk döneminde öğrenilen davranış düşünce kalıpları, yaşanan deneyimlerde edinilen algılar, bu algıların yol açtığı duygular, duygu inanç ilişkileri, duyguların birikmesi ve bastırılması gibi açıklamalar ön plana çıkmaktadır (Uran, 2006:53-65).

AHP'nin temellerini atan psikoterapistler semptom oluşmasında çocukluk döneminde yaşanan olayların edinilen bilgilerin zihinsel, psikolojik ve fizyolojik etkilerine değinmekte ve dış uyaranlara bağlı oluşan bu öznel tecrübelerin semptomatik etkileri ile ilgilenmektedirler (Morison ve Philips, 2002:3). Geçtan (1976) anksiyete bozukluklarının oluşumunda yaşamının erken yıllarındaki aksak ana-baba, çocuk ilişkilerine dikkat çekmekte ve anksiyeteyi sürekli alarm ve gerginlikle belirlenen bir varoluş biçimi olarak tanımlamaktadır.

2.5.1. Semptomların Oluşumu

Hem Freud'un hem de Piaget'in kuramları, "sıkıntı" temelli gelişim kuramlarıdır. Freud için ise fiziksel dünya hakkında ki nesnel bilgidен çok duygu yüklü düşünceler dengesizliğe yol açar. Piaget yeni deneyimler yaşadıkça sürekli olarak özümleme ve uyma gerçekleştiğinden söz ederken, Freud mantıksal dengesizliklerden çok psikolojik acıyla, zihinsel eylemlerden çok içerdeki enerjiyle ilgilenmiştir (Miller, 2008:189). AHP insan gelişimi için gerekli olan bu kaygının nasıl bozukluğa dönüştüğünü açıklarken, bilişsel, duygusal, varoluşsal ve psikanalitik tüm yaklaşımlardan yararlanmaktadır. Örneğin Freud'un çatışma ve psikolojik bozuklukların kaynağı olarak gördüğü dışsal engellenme, bastırma, sevilen nesneyi kaybetme korkusu (Miller, 2008:189-190) AHP'yi etkileyen görüşlerdir.

Konunun zihin boyutuna bakıldığında zihnin insanın anlamlı geçmiş yaşantılarının birikimli etkisi ile oluştuğu görülmektedir. Bu oluşumda

yaşantılara anlam veren duygular ve bu yaşantıların saklandığı bellek ön plana çıkmaktadır. Çünkü pek çok bozukluğun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde duygular ve bellek işlev görmektedirler. Bu nedenle bu iki özelliğin gelişimsel olarak nasıl şekillendiğini anlamak bozuklukları ortaya çıkarıcı mekanizmaları anlamakta yardımcı olacaktır (Sarp ve Tosun, 2011).

AHP' ye göre anksiyete semptomları kişilerin gelişim sürecindeki negatif etkilerin sonucudur (Morison ve Philips, 2001:17). Anksiyetenin yaşamlarına olan etkisinden hastalar her ne kadar rahatsız olsalar da bu sorunlarının neyin kaynaklık yaptığını tespit edemeyebilirler. Bireyin sorununun kaynağını bilinçli düzeyde bilememesinin nedenleri arasında çocukluk çağında yaşanan fiziksel veya cinsel kötüye kullanımın disosiyatif süreçleri harekete geçirmiş olabileceği varsayılmaktadır. Çetin'e göre (2009:68) tekrarlanan travmalar karşısında hipnotizabilite ve bunun yol açtığı disosiyasyon hastalar tarafından bir savunma mekanizması ve mücadele aracı olarak sıklıkla kullanılabilir. Bu nedenle hastanın sorununun oluşumu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersiz kalabilmektedir (Uran ve Çalık, 2011:33; Uran, 2006:40-41).

2.5.1.1. İlk Başlatan Olay ve Çocukluk

Erişkin dönem ruhsal sorunların pek çoğunun temellerinin çocukluk dönemine dayandığı ya da çocukluk dönemine ait öncülleri olduğu kabul edilmektedir (İşeri, 2009:271). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile psikopatoloji arasında ki ilişkiyi bulgulayan araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu konuda Örsel ve diğerleri (2011) tarafından yapılan bir araştırmada çocukluk çağında duygusal, fiziksel, cinsel istismara uğramış olma sıklıkları psikiyatrik bozukluklar için bir risk etkeni olarak gözlemlenmiştir. Bu gözlemlerine dayanıklık, psikiyatri örnekleminde hastaların çocukluk çağında duygusal ihmal %81,6 fiziksel ihmal ise %72,1 sıklığında saptanmış, tanı dağılımı açısından duygusal istismar bildiren grupta duygudurum ve anksiyete bozukluk oranları istatistiksel olarak yüksek çıkmıştır.

AHP anksiyete problemlerine kaynaklık ettiği varsayılan olayların köklerini, ilk hassaslaştırıcı ve soruna duyarlı hale getirici olayları, çocukluğa hatta bebekliğe kadar uzanan hasta geğmişinde ki deneyimlerde arar. Çocuklar büyüdükçe, psikolojik gelişim süreçlerini etkileyecek biçimde çevrelerinin özellikle ailelerinin kendilerini yetiştirme tarzına bağlı öğrenilmiş davranışlar geliştirirler (Morison ve Philips, 2001:16). Ailenin korumacılığı, mali zorluklar çalışma nedeniyle yalnız bırakılma, kayıplar, anne babada fiziksel-ruhsal sorunlar (İşeri, 2009:272-273) gibi faktörlerle bireyin psikolojik gelişimi ve sosyal uyumu etkilenir. Bu dönemde kişinin bu durumlara olan tepkisi onun kendine olan güvenini, duygusal durumunu, çevreyle olan uyum ve iletişimini etkiler (Morison ve Philips, 2001:16).

Hastalar için bazı olayların kökenleri çocukluk anılarında gizlenmiş ve bu olayların bir kısmını bilinçli olarak unutmuş olsa da bu olaylarda yaşanan duyguların bedensel izleri, hisler ve rahatsız edici duygular olarak devam etmektedir. Bunlara Young, Klosko, ve Weishhar, (2009:29) toksik çocukluk deneyimleri ve erken dönem uyumsuz şemaların temeli demekte ve çocukluktan gelen bu dramların çocuğun gelişimi sırasında gittikçe daha önemli hale geleceğinden ve temelleri çocuklukta atılan bu şemaların daha sonraki dönemlerde edinilen şemalardan daha güçlü olacağından bahsetmektedirler.

Bir nesne, konu, ya da herhangi bir olgu için ilk kanı, algı ve kanaate AHP literatüründe ilk başlatan olay denilmektedir. İlk olay bir bitkinin kökü, ya da tohumu gibidir. Uran (2006:87) bunu algı, olay ve yaşanan duygulardan oluşmuş ters çevrilmiş bir piramide benzetmiştir. Bu nedenle problemlerin bir anda oluşmadığını anksiyetenin oluşumunda bir ilk başlatan, sonra güçlendiren ve sonunda da tetikleyen birçok olayın olduğu ileri sürülmektedir (Barnett, 1989:72-83; Uran, (2006:86). Klinik vakaların geğmişlerine bakıldığında da bu durumu destekleyen, fiziksel cezalara çarptırılmak gibi erken travmatik deneyimler sıklıkla gözlenmektedir (Çetin, 2009:68).

Çocukluk travmalarının yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcı sonuçlar üretmesinin zihnin bilgiyi işleme süreçleri ile ilgisi de görülmektedir. Bu yaklaşıma göre bir konuda zihne giren ilk bilgi zihinde bu konuda başka bir kayıt yoksa daha az sorgulanarak daha fazla kabul görme potansiyelindedir. Bu ilk bilgi eğer travmatik etkilere sahip ise duygu ile desteklendiğinden daha güçlü bir şekilde kayıt edilmekte daha sonra edinilen bilgiler bu kayıt ile karşılaştırılmakta bu ilk kaydı destekleyen yeni bilgiler daha kolay kabul görmekte ve desteklemeyen iletiler ise dirençle karşılaşmaktadır. Bu nedenle regresyonda da amaç bu ilk olayı bulmak ve bu olayın negatif etkisini değiştirmek ya da kaldırmaktır (Uran, 2006:86).

2.5.1.2. Güçlendiren ve Tetikleyen Olaylar

İlk olaylar her ne kadar çocuklukta gerçekleşse de bunlar genellikle soruna zemin hazırlayıcı ve hassaslaştırıcı olaylardır. Asıl sorun benzer olumsuz duyguları, ilk algıyı ve inancı destekleyici olayların tekrar etmesi ile ilk kanaati güçlendiren sonradan kaydedilen olaylar sonucunda zamanla duygunun olayın önüne geçmesi ile olur. Çünkü AHP'nin bakış açısı ile problem bir anda oluşmaz, semptomların geçmişteki olumsuz duygusal yaşantılarla bağlantıları vardır çünkü zihin ve bedenin öğrendiği tepkiler duygularla kodlanarak saklanır (Uran, 2006:87-95). AHP ise olayların bireylere olumsuz etkilerini inceler ve bireyi ruhsal üzüntüleriyle bağdaştırdığı anılarını, hayallerini, düşüncelerini, inançlarını, kanaatlerini, tavırlarını ve emellerini incelemeye davet eder. Bireyin çocukluğundan itibaren psikolojik, gelişimsel ve duygusal ihtiyaçlarının tatmin edilip edilmediğine bakar (Morison ve Philips, 2001:14).

Kişilerin gelişim sürecinde bazı negatif olaylar bardağı taşıran son damla şeklinde semptomlara neden olur. Bu semptomlar yaşanan psikolojik acılarla direkt bağlantılıdır. İnsanların yaşadıkları bazı acı verici olaylar karşısında kendine güvenleri azalabilir, olaylara kötü yanından bakmaya başlayabilirler, eleştirilere karşı hassaslaşabilir, endişe duyabilir ya da saçma sapan alışkanlıklar geliştirebilirler (Morison ve Philips, 2001:17). Eğer problemlerini bir noktadan sonra çözemez duruma gelirlerse bilinçaltıları kendilerine çözüm

olarak anksiyete semptomlarını sunar. Bulamadıkları çıkış yolunu semptom üreterek çözerler. Geçmişte yaşanan ruhsal durumlar bedendeki fiziksel değişikliklerle birlikte bilinçaltına kodlandığından sonraki benzer olaylarla bu hisler tekrar edildiğinde zihne tanıdık gelir ve duygusal sistemde aynı frekansta tepkiye yol açar. Bunun yanı sıra gelecekle ilgili endişelerde geçmişle ilgili benzer hissi olaylarla rezonans (titreşim ve tınlaşım) yapar. Bütün bunların üstüne bardağı taşıran son damla geçmişte benzer duyguların yaşandığı bir tetikleyici olay tekrarlanırsa bilinçaltının şimdiye kadar inanmış olduğu algı desteklenmiş ve anksiyete hastalık düzeyinde bireyi etkilemeye başlamış demektir (Uran, 2006:93-103; Uran, 2011:248-249).

2.5.2. Bilinçaltının İşlevi

İnsan fizyolojisinde insanın canlı kalmasının devamını sağlayan mekanizmaların acıkma, üşüme ve korku gibi tepkileri kontrol dışı otomatik olarak hareket eden robotlar gibi gerçekleştiğinden bahsedilir (Guyton, 1989:3). Fizyolojinin bu şekilde canlıdaki yaşamın fonksiyonlarını açıklarken bedensel duyum ve hislerin insanı kontrolsüz otomatik davranışlara yöneltmesi işlevi (Guyton, 1989:3) ile bilinçaltının işlevi otomatik tepkiler olması yönüyle benzerlik göstermektedir. Bilinçaltı, davranışın bu fizyolojik boyutuna benzer bir şekilde zihnin arka planında hangi mekanizma ile çalıştığını ve insan davranışlarına etkilerini açıklamaya çalışan bir kavram olarak dikkat çekmektedir. AHP' ye göre de kaygı probleminin oluşumunu anlamak için bilinçaltının çalışma sistemini anlamak gerekmektedir.

Bilinçaltı, bilinç şeklindeki Freud tarafından yapılan ilk ayırım zihnin farklı işlevlerini tanımlayan soyut bir ayırımdır. Freud bu ayırımdan sonra bilinçaltını da kendi içinde ikiye ayırmıştır bunlardan biri bastırılma nedeni ile bilinç düzeyine çıkamayan materyalden oluşan bilinçaltıyken ikincisi bilinçaltından bilinç düzeyine çıkabilecek her şeyi içeren bilinç öncesidir (Jones, 1982:88-89).

Bilinçaltı, bilinçdışı, bilinçli olmayan zihin gibi kavramların ortak yönü genel olarak bilinçli farkındalığın arkasında ki zihinsel süreçlerdir. Bilişsel

psikolojiye göre bilinçli olmayan zihin Freud'un bahsettiği sadece bastırılmış arzu ve anıların dışarı taşıdığı bir bilinçdışı zihni değildir. Bu yeni bilinçdışı kavramının rasyonelliği de vardır. Ve insan bilişinin bir uyarıcıya tepki verme etkinliğinde ki ilk aşamasında yer alır. Bilinçdışı öğrenme ve bilgi işleme sürecinin önemli bir bölümüdür ve çeşitli kontrollü deney formları yoluyla araştırılabilir (P. Schultz ve E. Schultz, 2007:712).

Bilişsel bilinçdışının psikanalitik teorideki bilinçdışından “habersizlik, uyku veya koma gibi fiziksel hallerinden” ayırt etmek amacıyla bazı psikologlar bilinçli–olmayan (nonconsciousness) terimini tercih etmişlerdir. Bu kavrama yüklenen yeni fonksiyonlarla bilinçdışı eskisinden daha “zeki” gözükmekte ve artık sadece dürtü ve içgüdülerin toplandığı basit bir havuz olmaktan çıkmakta, problem çözme, hipotez test etme ve yaratıcılıkta da aktif rol oynamaktadır (P. Schultz ve E. Schultz, 2007:712). Milton Erickson ise bilinçdışı zihnin “çoğunu unuttuğumuz fakat hatırlanmasa da ihtiyaç halinde otomatik olarak kullanılan bir ömür boyunca öğrendiğimiz her şeyden” oluştuğunu ifade etmiştir (Gordon, 2008:100). Bu yönleri ile bilinçdışı kavramı bilinçaltından daha geniş bir kavramdır.

Bilinçdışı bilişi bilinçli zihinsel süreçlerden bağımsız ve arka planda çalışma ve bilgiyi daha karmaşık ve hızlı bir şekilde işleme işlevinin (P. Schultz ve E. Schultz, 2007:713) anlaşılması sadece anksiyete gibi problemlerin oluşumunu değil yaşamın tümüne yön veren boyutlarının da anlaşılmasını sağlar. Anksiyetenin oluşumunda da AHP'nin önermesi duyumun algıya, algının düşünce ve duyguya, bununda inanca dönüşmesi ve bu inancın tekrarlanarak pekişmesi ile bilinçdışı yeni bir gerçekliğin bir hipnoz, oluşması şeklindedir. Anksiyete belirtileri de bu şekilde yapılanan bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur (Uran, 2006:49-117; Uran, 2011:43-44).

Banyan ve Kein'e göre (2001:135-151) hastanın şu anki problemi bilinçaltının geçmişte sorun olarak gördüğü bir probleme sunduğu çözümdür. Bu çözümden de problemle ilgili algı yanlışlığı zaman içinde bu çözümün

probleme dönüşmesine neden olmaktadır. Bilinçaltı insanın hayatta kalması için çok güçlü öğrenmelerle şekillendiği için irade ile çatıştığında iradenin üstesinden gelemediği davranış sorunlarına kaynaklık eden bir yapıdadır. Değiştirilmek istenen bir davranış mantıksız geldiği halde değiştirilemiyorsa bunun altında bilinçaltının kişiyi koruma amacıyla geçmişte geliştirdiği bu yapının olmasındandır. Endişenin ardında yatan neden de bu koruma güdüsü ile bilinçaltının benzer olaylarda öğrendiği benzer duygusal tepkileri vermesi bulunmaktadır (Uran, 2006:65-153; Uran, 2011:42).

2.5.3. Duygular

Duygular yaşantılarımıza eşlik eden, onlardan etkilenen ve onları etkileyen önemli psikolojik bileşenlerden biridir. Bu nedenle yaşantıların kayıt edilmesinde duyguların nasıl çalıştığını anlamak anksiyete bozukluklarının oluşumunu anlamada önem kazanmaktadır. Sarp ve Tosun (2011) duygular ve anılar arasında ki bu bağlantıları, çağrışımsal ağ, benlik bellek sistemi, duygu düzenleme ve bağlamsal kuramların incelediğini belirtmektedir. Bu kuramlar ışığında Sarp ve Tosun'un (2011) duygu ve otobiyografik bellek üzerine yaptıkları araştırmada duyguların otobiyografik bellek ile karşılıklı etkileşim içinde olduğuna ve bu etkileşimin bazı patolojilerde önemli rol oynadığına ilişkin bulgu çıkarımları bulunmaktadır.

Duygulara ilişkin analitik hipnoterapinin bakış açısını yansıtan Uran (2011:247) duyguların insanı daha doyurucu bir yaşam için yönlendirdiğini, iç zekânın ürünleri olduğunu, ihtiyaç arzu ve isteklere bağlı olarak geliştiğini belirtmektedir. Duygunun kötü olarak nitelendirilmesi hissedilen acıdan dolaydır. Gerçekte ise korku, kızgınlık, suçluluk gibi her bir duygu özel bir ihtiyaç için mesajlar taşımakta, bilgi sağlamakta ve harekete geçirici bir uyarı işlevi görmektedir. Yine bu yaklaşıma göre bir kısım anksiyete belirtileri ve psikosomatik rahatsızlıklarda hislerin bedensel duyumlarıdır.

2.5.3.1. Yarım Kalan Hesaplar

AHP anksiyetenin oluşumuna kaynaklık eden duygu ve hislerin oluşum ve birikim mekanizmalarını Geştalt kuramından aldığı hesabı kapatılmamış yarım kalmış olaylarla açıklamaktadır (Boyne, 1989:226-234; Corey, 2008:217; Uran, 2006:91; Uran, 2011:40-43). Geçmişte hesabı kapatılmamış, yarım kalmış duygusal olaylar bilinçaltında birikmiş bir enerji oluşturarak kişiyi baskı altına alır ve boşaltılana kadar rahatsız etmeye devam ederler (Corey, 2008:216-217; Morison ve Philips, 2001:118-125).

Uran (2006:85-97) yarım kalmış, kapatılmamış hesapları şu şekilde açıklamaktadır: İnsanlar duygusal yoğunluk içeren bir olayı algıırken doğru ve yanlış şeklinde nitelendirmelerde bulunur. Yanlış şekilde bir algı ve nitelendirme olduğunda olumsuz bir duygu ortaya çıkar. Bu duygunun ortaya çıkmasında haksızlık ve adaletsizlik nitelendirmeleri de rol oynayabilir. Bu kişinin kendi yaptıklarının bir değerlendirmesi olabileceği gibi bir başkasının davranışı da olabilir. Eğer kaynak kendisi ise kendisine kızar ve suçluluk duyar, bir başkası ise o kaynağa öfke duyulur ve suçlamada bulunulur. Kızgınlık ve öfke insanı bir şeyler yapmaya adalet aramaya iter. Ancak bu hakkın yerine geldiğine ikna olursa kendini emniyette ve güvende sayar. Eğer hak yerini bulmamışsa bu hesap açık kalır ve sürekli duygu üretmeye devam eder (Uran, 2006:85-97).

2.5.3.2. Karşılanmayan İhtiyaçlar

İnsanlar yaşamları boyunca birçok olay yaşar. Bu olaylardan bazıları kişi için daha derin izler bırakır. Bu olayın kişi için etkili olma ölçüsünü belirleyen bilinçaltının o anda o olaya yüklediği anlam ve acıdır. Acının derecesini belirleyen ise kişinin o olay esnasında hissettikleri ve bu hesabın kişi için kapatılıp kapatılmamasıdır (Uran, 2006:89).

Karşılanmayan ihtiyaçların oluşturduğu duygular da kişilerin yaşamında izler bırakabilmekte ve anksiyete nedeni olabilmektedir (Morison ve Philips, 2001:80-92; Uran ve Çalık, 2011:114). İnsanların çocuklukta istenmeme değer

verilmeme ve ihmal sonucunda sevgi ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlardan kaynaklanan duygular sonrasında her uygun zeminde üremeye ve anksiyeteye zemin hazırlamaya devam ederler. İstenmiyorum, sevilmiyorum şeklindeki algılarla değersizlik inancı gelişebilmekte ve bu inancı her destekleyen olayda aynı duygu pekişerek üremeye devam edebilmektedir. Bağlanma kuramlarına göre de, çocukların bu duygusal ihtiyaçları daha doğumdan önce başlamakta, annenin bedeninde meydana gelen değışimleri benimseyip benimsememesi sonucu oluşan olumlu ya da olumsuz duyguları bebeğine aktarması çocuğun yaşamı boyunca ilişkilerinde, kaygılı, kaçınan ya da güvenli bir şekilde davranmasının ilk temellerini oluşturmaktadır (Karateke, 2010:35-42). Bağlanma kuramına göre bebeğin anneyle doğum öncesinde başlayan ilişkisi ilerleyen dönemlerde ayrılık kaygısı, dikkat eksikliği, çeşitli davranış bozuklukları, kayıp ve yas süreçlerini yaşama şekillerini de belirlemektedir. Bu dönemde çocuğun kendini güvende hissetmemesi, terk edilme ve reddedilme kaygılarını oluşturacak olaylar yaşaması yaşam boyu etkisini gösterecektir (Solmuş, 2010:13-23).

2.5.3.3. Duyguları Bastırma

Freud ve Breuer histeri üzerine incelemeler (1895) adlı kitapta histerinin travmatik deneyimlerle ilişkisine dikkat çekmiş ve bunun bastırılmış duyguların sonucu olduğunu belirtmişlerdir (Barnett, 1989:9). Freud'a göre bastırma psikanalizin temel taşıdır ve savunma mekanizmalarının en önemlisidir (Burger, 2006:82). Bastırma mekanizmasını inceleyen araştırmacılar duygularını bastıran insanların bastırmayanlara göre stresli ortama daha güçlü fizyolojik tepki verdiklerini, kalp atışları ve kan basınçlarında ani yükselmeler görüldüğünü belirtmektedirler (Burger, 2006:647-648).

Birikmiş duyguların kaygı ile ilişkisi en temelde duyguların bastırılarak biriktirilmesi ile başlamakta bu nedenle de anksiyete şikâyetlerinin temelinde bastırılmış bir duygu söz konusu olmaktadır (Barnett, 1989:79-104; Morison ve Philips, 2001:7-15; Uran ve Çalık, 2011:32-39; Uran, 2006:50-103). Freud

duyguların bastırılmasının nedenini korku gibi tehdit edici materyali bilinçdışında tutma ve bilince ulaşmasını engelleme çabası olarak açıklamaktadır (Burger, 2006:82). Bastırmanın nedenini açıklayan bir başka yaklaşım ise duygularını yaşaması kısıtlanan çocukların duygularını bastırmayı öğrenmesi şeklindedir. İnsanlar duygularını ifade etmenin tehlikeli olduğunu, ya da yanlış olduğunu öğrenmişlerse ifade ederek gösteremedikleri bu duygular birikir. İnsanlar kendilerini içinde buldukları topluma kötü göstereceğini düşündüğü duyguları da gömmeye, saklamaya çalışırlar (Uran, 2006:50-103; Uran, 2011:42-49).

Hâlbuki duygu harekete geçirici psikolojik bir motivasyondur. Bastırma ise sürekli ve aktif bir süreç olduğu için benliğin sürekli enerji harcamasına neden olur ve kişiyi yorgun düşürür (Burger, 2006:82). Çünkü bir anı bastırılırsa o olayın içindeki duyguda yani enerji de bastırılmış olur. Ve bu olumsuz duygu içeren olay üzerinden yıllar geçse de içerdiği duygu boşaltılmadıkça insanı etkilemeye devam eder (Uran, 2006:50-103).

2.5.4. Algı ve İnançlar

Dış dünyadaki enerjinin ilk tespitine duyum denir. Buna karşılık algı terimi duyuşsal bilginin yorumlanması için gerçekleşen daha yüksek düzeyde bir biliş kapsar. Duyum uyarının ilk olarak tespitini, algı ise hissedilenlerin yorumlanmasını içerir (Solso, M.K., MacLin, ve O.H., MacLin, 2009:88).

Bilişsel modeller anksiyete bozukluklarının hatalı, yanlış ya da olumsuz düşünme biçimleri ve yanlış bilgi işleme süreçlerinden kaynaklandığını varsaymaktadırlar (Yağmur ve Arzu, 2009). AHP ise bu varsayımları daha çok bilinçaltı programlar şeklinde nitelemekte ve biliş boyutunun daha çok algı ve inançlar kısmına odaklanmaktadır. Çünkü insanlar dış dünyanın içsel yorumları ile zamanla farkında olmadıkları inançlar geliştirirler. Daha sonraları birçok deneyimle bu inançlar pekişir ve adeta gittikçe daha da güçlenen bilinçaltı programlara dönüşür (Uran, 2006:53-65).

Duyum sonucu oluşan algı, geçmişte öğrenilen bilgilerden, kurulan hipotezlerden ve önyargılardan etkilenecek bilgiye dönüşür. Daha sonra gelen her yeni bilgi önceki bilgilerle karşılaştırılıp yapılan değerlendirme sonucunda kabul veya reddedilir (Solso, M.K., MacLin, ve O.H., MacLin, 2009:88). Daha sonra kişinin bilinci bu yolla oluşmuş algıları ya kuvvetlendirir ya da azaltır. Bu şekilde çocukluktan itibaren yerleşmiş olan inançlar ve değer yargıları birçok kalıp meydana getirir. Bu kalıplar zihnin bilinçli olmayan kısmında işlemeye ve insanlar farkında olmasa da hayatlarını etkilemeye devam ederler (Uran, 2006:53-65). Anksiyete semptomlarının oluşumunda etkisi olduğu düşünülen sınırlayıcı inançlar ve hatalı düşünce kalıplarını bilişsel model, durumu daha fazla tehlikeli ve tehlikeyle başa çıkmada kendi yeterliliklerini daha düşük bulma ve sistematik düşünce hataları olarak görülen felaketleştirme, seçici soyutlama, aşırı genelleme ve kişiselleştirme şeklindeki olumsuz bilişler olarak nitelemektedir (Yağmur ve Arzu, 2009).

Temelde duyguların oluşumuna algılar kaynaklık etse de (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Uran ve Çalık, 2011:96-99) anksiyete belirtilerinin oluşumunda ki algı ve inançların gerçeklikle ilişkisi zamanla bozulabilmektedir (Uran ve Çalık, 2011:74; Uran, 2006:146; Morison ve Philips, 2001:14). Çünkü gerçek bir tehdidin algısı sonucu oluşan korku duygusu korunmak için bir gerekliliktir ve tehdit bittiğinde de ortadan kalkması gerekir. Fakat sempatik sinir sistemi, bilincin kontrol alanı dışında çalıştığından (Coats ve Feldman, 2011:360) ortada böyle bir tehdit olmasada bilinçaltı tehdit'in devam ettiğine inandığı sürece kalp atış hızını, kan basıncını ve kas yoğunluğunu düşürmez. Bu nedenle fobilerde olduğu gibi tehdit bilinç tarafından mantıksız bulunsa da zaman kavramı olmayan bilinçaltının inançları doğrultusunda gerçek olarak algılanır ve o tehdit inancı değiştirilmediği sürece içerdeki kazan kaynamaya devam eder (Boyne, 1989:226-234; Uran, 2006:56-93; Uran, 2011:40-43). Sorunların oluşumununun algı ve inanç boyutunu zihnin fizyolojik fonksiyonlarda (bedende) yaptığı değişimler üzerine yapılan araştırmalarda doğrulamaktadırlar (Coats ve Feldman, 2011:360).

2.6. AHP'DE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TERAPİSİ

Analitik hipnoterapi insanların iç dünyasındaki travmaların, çatışmaların, üzüntülerin, rahatsızlıkların ve yanlış anlaşılmalarnn çözücü bir bakış açısı ile ele alınmasıdır. Bunu başarmak için birçok yazılı olmayan kurala uyulması ve AHP'nin kapsadığı tekniklerin uygulanması gerekir (Morison ve Philips, 2002:3). Bu kısımda anksiyete bozukluklarının terapisinde analitik hipnoterapiye ilişkin işlemler ve yöntemler incelenmiş bu bileşenlerin ne amaçla ve nasıl kullanıldığının sistematığıne değinilmiştir.

2.6.1. Görüşme ve Bilgilendirme

Görüşme ve bilgilendirme bütün psikoterapi yöntemlerinde olduğu gibi AHP'nin de ilk seansta uyguladığı bir süreçtir. Görüşme ve bilgilendirme süreci her terapistin yaklaşımına göre değişebilmekle birlikte Calvin Banyan'ın 5-path sistemi (Uran, 2011:242) bir AHP uygulaması olarak incelenebilir. İlk görüşmede problem ve bu sorun karşısında hastanın istekleri anlaşılır. Sorun ve istenen çözüm somutlaştırılır. Hasta bir sonraki çalışmalar için hazırlanır ve koşullanır. (Uran, 2011:251-254). İlk görüşme, bireyin kendi iç dünyasına, sağlıklı bir şekilde yaklaşmasını ve kendi bilinçaltında kendi yararına bir değişimi gerçekleştirmesini (Morison ve Philips, 2001:14) sağlayacak birçok psikoterapi yönteminin bir sistem içinde uygulanacağı süreç hakkında bir ön bilgi alma ve verme aşamasıdır.

2.6.2. Hipnotik İndüksiyon

Görüşme ve bilgilendirme aşamasından sonra hastaya hipnotik indüksiyon uygulamasına geçilir. Bazı uygulayıcılar hastanın duyguları ile bağlantıya geçtiği durumun zaten hipnotik özellikleri olduğunu öne sürerek özellikle bir indüksiyon uygulamazlar. Fakat 5-path sistemi gibi bazı AHP yaklaşımlarında ilk seansta uygun bir indüksiyon ile hipnotik trans derinleştirilir. Sonraki seanslarda hastanın hipnotik transının daha hızlı derinleşmesi için posthipnotik telkinlerde bulunularak ilerleyen seanslarda hızlı teknikler kullanılır (Uran, 2011:242-243).

2.6.3. Hipnotik Telkin

Uran'a göre (2011:147-207) telkin hasta ile temasa geçilen durumla başlar ve her seansta sürekli kullanılır. Dolaylı ve direkt telkinler birer AHP bileşeni olarak uygulanmaktadırlar (Barnett, 1989:250-258; Churchill, 2002:63-72; Morison ve Philips, 2001:175-180; Uran, 2011:146). Telkin bazen bir yöntemin kullanımına zemin hazırlamak, hastanın egosunu güçlendirmek, hasta tarafından istenilen bir davranışın kalıcılığına destek olmak veya değişim amacıyla kullanılabilir (Churchill, 2002:63-72). Uran (2011:150-155) etkili telkininin dilinin basit ve belirgin, istenilen sonucu olumlu bir dil yapısı ile ifade eden, hastada beklenti oluşturan, vurgulanıp duygu katılan telkinler olduğunu ifade eder. Bu tür telkinler herhangi bir fikrin tohumunu kabul edilebilir bir şekilde zihne sunarken ve bu fikri besleyerek güçlendirirken kullanılabilir.

2.6.4. Duygu Köprüsü

Duygu köprüsü bedendeki rahatsız edici hislerden yola çıkılarak geçmişte bu duyguların yaşandığı olaylarla bağlantı kurma tekniğidir (Barnett, 1989:112). Bu işlemin hedefinde hastanın sorunları ile ilişkili duygularından yola çıkarak geçmiş anılarındaki hesabı yarım kalmış, tamamlanmamış olaylardaki duyguları boşaltmak vardır (Boyne, 1989:226-234; Churchill, 2002:46-57; Morison ve Philips, 2001:7-125; Morison ve Philips, 2002:31-35).

Regresyon çalışmalarında esas olarak duygularla çalışıldığından sorunu oluşturan olayı açığa çıkarmak için duygusal köprü (affect bridge) tekniği (Barnett, 1989:112; Churchill, 2008:30) hasta trans altındayken kullanılabilir. Ya da hasta sorunlarını anlatırken yoğun duygulanım yaşarsa, duygu ile bağlantıya geçtiği bu durumlarda köprü kurmak için kullanılır. Böyle bir duygulanım durumunda “geçmişte bu duyguyu bütünüyle içinde yaşadığın olaylar oldumu şeklinde bir yönlendirmeye” geçmişteki benzer duyguları yaşatan olaylara gidilebilir (Uran, 2011:243-250).

Bir sorun varsa bu sorunun bir kaynağı da vardır. Endişeye neden olan olaylar ise geçmişte olmuştur. Bu nedenle Adler terapisi gibi bir çok terapi geçmişe önem vermektedir (Corey, 2008:522). Fakat insan zihninde milyonlarca anı taşımaktadır. Hangisinin önemli olduğunu belirleyen, işaret eden, ve terapistte yol gösterecek olan şey duygudur (Morison ve Philips, 2001:1). Bu nedenle geçmişe köprü kurmayı sağlayacak regresyonda gidilecek yolu gösterecek olan şey duygulardır. Aynı duygular travmatik olaylarda daha yoğun yaşandığı için bu olayların ayrıntılarına ulaşabilmek için duygularla bağlantıya geçilir ve duygular takip edilir (Morison ve Philips, 2001:19).

Duygu köprüsünde daha çok kullanılan yol ise bedeninde ki hislerin fark edilmesinin sağlanması ve bu hislerin geçmişteki benzer duygulara ve olaylara bir köprü gibi kullanılmasıdır. Duygu köprüsü zihin ve beden arasında bir bağlantı olduğu varsayımı üzerinde kurulan bir yaklaşımdır. Günümüz zihin-beden ilişkisi ve duyguların fiziksel etkilerine ilişkin psikosomatik açıklamalar ile ilgili bilimsel anlayış bu alanda yapılan birçok araştırma ile derinleşmiştir (Coats ve Feldman, 2011:353-367). Bu ilişkiden yararlananlar hastaya duygu köprüsüne hazırlanır. Bu hazırlık çerçevesinde ilk seanstan itibaren hastaya hislerini hissetmesi yönünde telkinler verilir. Bu şekilde hastanın yaşadığı ve kendini rahatsız eden olumsuz duygulardan yola çıkılarak geçmişte aynı duyguların yaşandığı olayları ziyaret edilir. Bu işlem regresyonun ilk adımıdır (Uran, 2006:144).

2.6.5. Regresyon Geçmişe Gidiş

AHP de en önemli kullanılan hipnotik fenomen yaş gerilemesidir (Barnett, 1989:65). Yaş gerilemesi bireyin hafızasını geçmişte belirli bir zamana götürmektir. Regresyonun amacı hastanın sorununun oluşumu ile ilgili algısını inceleyerek yeni bir bilinçli bakış kazandırmaktır (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Barnett, 1989:72-83; Churchill, 2002:34-45; Morison ve Philips, 2001:7-20; Morison ve Philips, 2002:134-139). Regresyon geçmişte yaşanmış olayların zihinde yeniden canlanmasıdır. Regresyonda eğer birey deneyimini sanki şu an gibi yaşıyorsa buna “revifikasyon” denmekte eğer birey gözlemci

durumdaysa buna “hiperamnezi” denmektedir (Banyan ve Kein, 2001:128-131). Yaş gerilemesinde unutulmuş anılar yeniden hatırlanır ve hastanın eski deneyimleri yeniden çerçeveslenir (Battino ve South, 1999:237)

Regresyonun amacı ise problemlere neden olan olayları bulmaktır (Morison ve Philips, 2001:19). Bu olaylara ulaşabilmek için hipnotik telkin ile yaş gerilemesi (age regression) yapılır. Böyle bir durumda hasta gittiği yaşın psikofizyolojik ve motor cevaplarını verir (Özakkaş, 1995:68-69). Regresyonda hasta yönlendirilmez. Eğer belli bir olaydan görüşme esnasında bahsetmiş ise o olaya regresyon yapılabileceği gibi olayları hangi sırayla açacağı bilinçaltının tercihinde bırakılabilir. Churchill, (2002:395) bilinçaltı ile çalışmanın derin bir dönüştürme potansiyeli sağladığını söylemektedir. Bu nedenle tüm geçmişe gidip ve regresyon çalışmaları bilinçaltına ulaşma çabalarıdır. Regresyon çalışmalarında hipnotik transa alınan hasta problemin başladığı ve geliştiği anlara götürülür. Sorunun köküne inmek, duygusal bir boşalma ve tedavi edici bir çözüme ulaşma AHP'nin başlıca adımlarıdır (Morison ve Philips, 2001:19). Hastanın bu günkü sorunlarına temel teşkil ettiği düşünülen bu olaylara gidildiğinde değişim çalışmaları kapsamında çocuğun bilgilendirilmesi, af, duygu boşaltma, algı değiştirme, inançlar üzerinde çalışma gibi diğer işlemlere geçilir. Bu çalışmalar sonunda olay duygusundan arındırıldığından ya da anlamı değiştirildiğinden artık etkisini kaybetmiştir. Bu bilinçaltının yeniden öğrenerek şekillenmesi sürecidir (Uran, 2011:208-216).

2.6.5.1. Sorunu güçlendiren olaylar.

Davranışçı terapi davranışın bir öğrenmenin ürünü olduğunu öngörmektedir (Corey, 2008:509). AHP ise davranışçı yaklaşımın bu öngörülerinin yanısıra engellenemeyen anksiyete davranışlarında bilinçaltı boyutları olan pekiştirmelere, yani sorunu tekrarlayarak güçlendiren olaylara dikkat çeker. Regresyon çalışmalarında asıl hedef problemi ilk başlatan olaya gitmek olsa da genelde hasta ilk önce duyguyu ve inancı güçlendiren daha önce yaşananlarla benzer algıların geliştiği olaylara gider. Her gidilen olayda duygu

boşaltma ve bilinçli bakış kazandırma işlemleri yapılarak bir önceki olaya, sonra tekrar bir önceki olaya gidilerek duygu temizleme işlemi ilk olaya kadar devam ettirilir. Bilinçaltı her olayda duygu boşaltarak rahatladıkça ve duyguları ile tekrar bağlantı kurmayı öğrendikçe işlem kolaylaşır çünkü her duygu boşaltımı sonrasında kazanılan yeni bilinçli bakış ve telkinlerle güçlenen ego sorunları nasıl çözeceğini öğrenmeye başlar (Uran, 2011:254-257).

2.6.5.2. Sorunu ilk başlatan olay

AHP sorunlara geçmişin bir birikimi olarak baktığı için uygulamalarda sorunu tetikleyen olaydan başlanarak semptomları güçlendiren ve en nihayetinde ilk başlatan olay araştırılmaya çalışılır (Churchill, 2008:318-324; Morison ve Philips, 2001:7-15; Morison ve Philips, 2002: 115-127).

İlk olay sorunu başlatan olumsuz duygunun ilk defa yaşandığı, duyguya yol açan algının ve inancın tohumunun zihne yerleştiği ilk olaydır. İnsanlar olumsuz bir olay yaşadığında bir duygu gelişir ve zaman içinde bu duyguya benzer deneyimleri yaşadıkça bu zemin benzer duyguların toplanacağı ve içine atılacağı bir enerji havuzuna dönüşür (Boyne, 1989:152-153). Problemin oluşumuna bu şekilde yaklaşınca her şeyin temelinde algı ön plana çıkmaktadır. Algı teorilerine bakıldığında bu durum insanların uyarıcıları aktif olarak seçip bu duyuları bellek ile birleştirdiği yapısal algıdan çok çevreden elde edilen doğrudan bilgilerden oluşan doğrudan algıya benzemektedir (Solso, M.K., MacLin, ve O.H., MacLin, 2009:125).

Uran (2011:258) ilk olayın özelliklerini hastanın duyguyu yeni olarak tanımlaması, genellikle 7 yaşından önce olması, tekrar geriletildiğinde aynı olaya gitmesi, daha öncesine gidildiğinde sorunun ortadan kalkması olarak tanımlamaktadır. İlk olaya gidilmesinde amaç en temeldeki ilk tohumun (algının) bulunup üzerinde çalışılarak gerekli değişimin yapılmasının sonrasında bu sorunu güçlendiren diğer olayları da etkileyecek bir anlam değişimini sağlayacağına ilişkin görüşür.

2.6.6. Duyguları Boşaltmak

Duygu boşaltma işlemi AHP'nin en temel bileşenlerinden biridir bu uygulamada hesabı yarım kalmış, tamamlanamamış olaylardaki duygular boşaltılarak temizlenir (Boyne, 1989:226-234; Churchill, 2002:46-57; Morison ve Philips, 2001:7-125; Morison ve Philips, 2002:31-35).

Korku, öfke, şaşkınlık gibi temel duygular doğuştan beynin sağ küresinde sinirsel bir temele sahiptir. Amigdala bir uyarana duygusal önem verdiğiğinde kişilerin dikkati uyarana yönelir ve kişinin yaşadığı olaya verdiği bilişsel anlam eğer bir tehdit içeriyorsa kaç, saldır ya da don (hareketsiz kal) şeklinde duruma uygun hızlı yaşamsal tepkiler öğrenme ve bellek süreçlerinde de etkisini gösterir (Schunk, 2009:395).

Birey merkezli terapi'de duyguların yaşanması ve ifade edilmesi uygulanan bir yöntemdir. Psikanalitik terapide ise mevcut sorunlar bilinçdışı süreçlerle ilişkili görülür ve hastaların kendilerini rahatsız eden ilk yaşantılarını ortaya çıkarmak ve bastırılmış iç çatışmaları çalışmak (Corey, 2008:511-516) gerektiği düşünülürken bu yaklaşım AHP'de daha çok duygu boşaltma çalışmalarına dönüşmüştür. Bu yaklaşımları destekler nitelikte duygularını dışa vuranların daha az kaygı ve suçluluk duydukları, travmatik deneyimleri hakkında konuşanların bu deneyimleri sır olarak saklayanlara göre daha iyi durumda oldukları yönünde araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Burger, 2006:328-688).

AHP çalışmalarında hastalar eski anılarını zihinlerinde tekrar yaşadıklarında tekrar hissettiği o zamanki duygularını dışa vurum (abreaksiyon) ile boşaltarak rahatlarlar. Bu işlem hasta bir olayı hatırladığında bu olayda hissettiği duyguya yönlendirilerek yapılır. Hasta duygularını terapistin yönlendirmesi sonucu bedenden dışarı akıtma gibi imajinasyon teknikleri yada yastık yumruklama ile boşaltabileceği gibi gözyaşları ve ifade etme gibi kendi tarzı ile de boşaltırabilir. Sonuçta duyguları boşaltmak hastaya yeni bir içgörü kazandırmak için yapılacak diğer işlemlere zemin hazırlar (Uran, 2011:216-218).

2.6.7. Bilinçli Bakış Kazandırmak

Analitik hipnoterapi bireyler için hayatın anlamını kolaylaştıracak ve onu önemli hayat mücadelelerine hazırlayacak mantıksız düşüncelerini değiştirmesi ve gerçekçi olmayan varsayımlarını düzeltmesi konusunda yüreklendirir (Morison ve Philips, 2001:14). Bunu yaparken sorunun oluşumu ile ilgili algısını inceleyerek hastanın yararına yeni bir bilinçli bakış kazandırmak terapi hedeflerinden birisidir (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Barnett, 1989:72-83; Churchill, 2002:34-45; Morison ve Philips, 2001:7-20; Morison ve Philips, 2002:134-139).

Geçmişte yaşanan olaylar o günün algısı, anlayışı, bakış ve görmeyi sağlayan perspektif içinde oluşmuştur. Ve bu bakış soruna neden olan inançları da içinde barındırabilen hatalı unsurları içerebilmektedir. Duygu boşaltmaktan amaç hastaya kendi yararına yeni bir bilinçli bakış kazandıracak zemini temizlemektir. Olaylar duyguların baskısı ile çoğu zaman bir yönü ile değerlendirilir. Olayda çekilen acı duygular boşaltılarak bir derece hafifletildiğinde olayın bastırılan diğer boyutları ortaya çıkmaya başlar (Uran, 2006:162).

Katarsis ve ruhsal boşalım iç çatışmaların dışarıya aksettirilmesidir ve psikodinamik tedavilerde kullanılan bir tekniktir (Özakkaş, 1993:479). Bilişsel yapılanmayı sağlayan ve katartik müdahaleleri başarıyla atlatan birey kaçınılmaz olarak istenmeyen davranışlarını da değiştirir. Birey terapi ortamında geçmişini değiştiremeyeceğini fakat geçmişteki tecrübeleri hakkında kötümser bakışa neden olan fikirlerini ve inançlarını değiştirebileceğini kavrar. Bu nedenle bireyin içsel çatışmalarını çözecek olan bakışı kazandıracak yeni bir bilişsel yapılanma ile hastanın yararına yeni bir bilinçli bakış kazandırılır (Morison ve Philips, 2001:15). AHP’de bilinçli bakış kazandırmada çocuğun bilgilendirilmesi ve yetişkinin bilgilendirilmesi gibi yöntemlerden de yararlanılmaktadır.

2.6.7.1. Çocuğun Bilgilendirilmesi

Bazı kaynaklarda içsel çocuk yöntemi olarak da tanıtılan bu yöntem hastanın çocuklukta edindiği ve bugünkü hastalığa temel oluşturan yanlış inanç, algı ve düşünceyi araştırıp bu durumla ilgili bilişsel yapıyı hasta yararına değiştirme işlemidir (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Barnett, 1989:72-83; Morison ve Philips, 2001:7-20; Morison ve Philips, 2002:105-122).

Bilişsel davranışçı terapide problemlerin kökü çocuklukta olsa dahi bulunulan zamanda etkilerini gösterir ve yanlış algılamalar incelenip bunları etkili inançlarla değiştirmek gerektiği düşünülür (Corey, 2008:512). Bu terapi hedefini gerçekleştirmenin yollarından biri olarak AHP'de çocuğun bilgilendirilmesi tekniği kullanılır. Bu teknikte hasta probleme neden olan olayın yaşandığı yaşa şimdiki bilgisi, görgüsü ve anlayışı ile geri götürülür. Hastanın bu günkü bilinci çocukluk döneminde o günün şartlarında olayı değerlendiren geçmişteki kendi bilinci ile konuşturulur. Bu hastanın olaya yeni bir anlayışla yaklaşmasına fırsat sağlar (Uran, 2011:218). Çünkü olayı yaşayan bu günkü yetişkin değil yıllar önceki çocukluğudur. Ve hala çocuk bilinci ile geliştirdiği o inanç davranışlarını etkilemekte ve birey yetişkin durumuna gelmiş olsa bile benzer durumlarda tekrar o çocuğun yaşına dönerek davranmaktadır. Yetişkin hipnotik trans altında bu günkü bilgisi, görgüsü ve deneyimleri ile çocuğun yanına gider. Terapist etkileşimi kontrol eder ve yönlendirirken yetişkinin bilinçli bakışı içerdeki çocuğa güvenli bir ortamda aktarılır. Bu işleme AHP'de çocuğun bilgilendirilmesi işlemi denir (Uran,2011:256-257).

2.6.7.2. Yetişkinin bilgilendirilmesi

Her ne kadar çocuk bilgilendirilse ve değişse de bu değişimi yetişkine aktarmalıdır. Yetişkinin bilgilendirilmesi, çocuğun kazandığı yeni algı, bilinç, inanç, bakış ile olayı değerlendirmesini ve benzer olayı tekrar yaşadığında artık aynı derecede olumsuz duygu hissetmeyeceği hissini yetişkine aktarması işlemidir. Çocuğun ağzından yetişkine bu farkındalığı ve değişimi konularında yetişkine telkin de bulunması ve değişimi onunda fark etmesini sağlaması

istenir. Çünkü sorunu her ne kadar çocuk yaşamışsa da bundan etkilenen ve bu etkiyi bilinçli olarak engelleyemediği için sorun yaşayan yetişkindir. Bu aşamalardan sonra içerde değişen çocukla birlikte yetişkinde değişir (Uran,2011:256-257).

2.6.8. Af Süreci

Affin iyileştirici bir etkisi vardır. Hasta suçluluk ve pişmanlık duyduğu bir olaydan kendini af ya da zarar gördüğü bir olaydan dolayı sorumlu tuttuğu kişinin (bir başkasının) affı ile sorunlarını çözebilir. AHP’de affetmek unutmak, ya da yapılanı hoş görmek anlamına gelmez. Derin bir kin duygusu kolayca ortadan kalkmaz. Affetmek hastayı koruma amacıyla yapılan bir işlemdir ve bazen hemen olmaz bir süreç gerektirebilir (Uran,2011:219-220). Af için en doğru yaklaşım terapistin müdahalesi olmaksızın hastanın süreç içinde duygusal arınmalar sonucunda kendiliğinden af etmesi olayıdır (Churchill, 2008:37). Afta amaç yapılanı basitleştirme, ya da masumlaştırma değil yarım kalmış bir hesabı kapatarak buradan sürekli üreyerek rahatsız eden öfke gibi duyguların üretimini durdurarak hastayı rahatlatmaktır. Af sonucunda hasta olaya yeni bir anlayışla yaklaşır ve durumu farklı boyutları ile yeniden kavrar (Uran,2011:219-220).

2.6.8.1. Başkalarının Affı

Af AHP uygulamalarında içerde kapanmayan hesabın kapatılmasını sağlamak ve bu sayede olumsuz duygunun kaynağını kaldırarak kişiyi rahatlatmak için önem verilen bir aşamadır. Af hastanın olumsuz duygu ile suçladığı kişilere karşı duygunun olumsuz etkisini kaldıracak bir bilinçli bakış kazandırma işlemidir (Churchill, 2008:37; Uran, 2011:258-263).

Af işlemi hipnotik trans altında karşılıklı yerleştirilmiş iki sandalyede zarar görülen, öfke duyulan, korkulan, suçlanan kişi ile hayali yüzleşme ile gerçekleştirilir (Uran, 2011:258). Hasta kendini bu yaşadığı olayın içinde incittiğine karar verdiği suçladığı kişiyi karşısında ki sandalyeye oturtur. Onun yüzüne karşı bütün duygu ve düşüncelerini söyler ona karşı hissedilen gerçek

duygular açığa çıkartılır. Hasta burada duygularını ifade ederken bir yandan da her türlü negatif duygu açığa çıkar ve boşaltılır. Bu duygular boşaltıldıktan sonra hasta suçlananın yerine geçer zihninde karşı sandalyeye oturarak suçlananın kimliği ile bu suçlamalara cevap verir. Bu olurken suçlananın gerçek niyeti, pişmanlığı, davranışının arkasındaki farklı boyutlar ve amaçlar ortaya çıkar ve hasta bunları fark ettikçe suçlananın farklı insanlık hallerini görür ve onu affetmesi kolaylaşır (Uran,2011:258-263).

2.6.8.2. Kendinin Affi

Hastanın kendini affi ise hatalı gördüğü suçluluk ve pişmanlık duyduğu olaylar için kendini af ile kendi yararına bilinçli bir bakış kazandırma işlemidir (Boyne, 1989:233; Uran, 2011:263-267). Hasta pişmanlık duyduğu hatalarından dolayı sorumlu gördüğü kendine kızıyor ve kendini suçluluk duygusuyla cezalandırıyor olabilir. Kendini af sırasında hastanın kendisine hata yaptıran parçası karşı sandalyeye oturtularak suçlamalarda bulunulur, hatalı parçaya kendisini savunması istenir. Bu işlemler sırasında olayın iyi yönleri, şimdiye kadar farkında olmadığı iyi niyetler, o zamanki farklı algılar ortaya çıkarılır. Kazanılan yeni içgörü ile suçlayan parça yanlış yapan hatalı kısmını (parçasını) affeder. Hatalı parçaya hastanın yararına yeni bir görev verilir ve bütünleşmeleri sağlanır. Her af hastanın kendini daha rahat ve hafif hissetmesini sağlar ve özgürleştirir (Uran, 2011:263-267).

2.6.9. Parça (Ego Durumları) Terapisi

Analitik hipnoterapinin (AHP) etkilendiği yaklaşımlardan biriside ego durumları terapisi. Parçalar anlamına gelen “*parts*” terapisi de denmekte olan bu işlemde insanın farklı eğilim ve çelişkilerini barındıran parçaları sanki farklı kişiliklermiş gibi ele alınır (J.Watkins ve H.Watkins, 2006; Morison ve Philips, 2001:47-56; Morison ve Philips, 2002:144; Uran ve Çalık, 2011:224; Uran, 2011:222).

AHP’de uygulanan parça (parts) terapisinin temelini oluşturan ego durumları terapisi kısımlara ayrılmış kişilik yapılarına dikkat çekmektedir. Bu

bakış çoğul kişilik durumlarından farklı olarak aynı anda görülmeyen ve hipnoterapi sırasında ulaşılan alt kişiliklere hipnotik, işlemler ve psikodinamik anlayışla yaklaşımı ve çözümlenmeyi içeren bir terapi tarzıdır. Parça terapisinin temelleri Watkinslerin 1950'lerden 1970'lere kadar çok sayıda çoğul kişilikleri tedavi etme sürecinde gizli kalmış kişilik birimlerini anlama ve anksiyete problemlerinin tedavisinde başarılı sonuçlar alınması ile atılmıştır (J.Watkins ve H. Watkins, 2006:11-12).

Ego durum terapisinin kişiliğin bilincinin gizli bastırılmış ve normalde ulaşılması zor olan bölümlerine ulaşılmasını kolaylaştırıcı işlevleri olmaktadır (Morison ve Philips, 2001:47-56). Bu yaklaşım AHP uygulamaları içinde ikincil kazançları anlama, sorunları analiz edip çözüme, gerçek niyetin anlaşılması ve bir çözümde uzlaşılması gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Federn'in ego ve çoğul kişilik üzerindeki çalışmaları AHP uygulamalarında parça terapileri için bir temel oluşturmuştur (Federn, 2006:9-10).

Parça tedavisinde hipnotik yöntemlerle kişiliğin bir parçası üzerine odaklanılabilir, geçici olarak diğer yönlerden uzaklaşıp ayrışılabilir (J.Watkins ve H. Watkins, 2006:72-73). Birbirlerine yakın fikirleri barındıran inançlar hastanın görünür normal kişiliğinin altında belirli duygularla etkileşim içinde birikerek farklı ve birbirine zıt kimlikler şeklinde kümeleşebilirler. Bilişsel açıdan birbirinden farklılık gösteren ve çok zıt amaçları olan bu ego durumları sık sık birbirleriyle de çekişebilmektedir (J.Watkins ve H. Watkins, 2006:64-65). Hipnotik trans esnasında insanların farklı eğilimlerini, yaklaşımlarını belirleyen farklı kişilik halleri ile iletişime geçmeye onları bir kimlik olarak tanıyıp hastanın bu alt kimlikleri ile çözüm yolları aramaya bunları ikna etme, birleştirme, uzlaştırma gibi işlemlere parça terapisi denmektedir (Uran, 2011:222).

2.6.10. Geleceğe yönlendirerek Sorunun Çözümünün Testi

Bu işlem gelecekteki hayali gerçeklikleri şimdi de test etmek amacıyla kişinin kendini geleceğe yansıtmasıdır (Battino ve South, 1999:241). Hasta yaşadığı olaylardaki duyguları boşaltıp af ve diğer algı değişim çalışmaları ile yeni bir bilinçli bakış kazandıktan sonra bu değişimle gelecekte de benzer olaylar karşısında kendini test etmesine izin verilir (Uran,2011:256-257). Bu şekilde yapılan imgelem çalışmaları, gerçek duruma hazırlanmak, olayları bunaltıcılığın uzak test etmek ya da olanaksız durumları test edebilmek için yararlı olabilir (Köroğlu, 2011:237). Hayal olarak yaşatılan senaryoların içinde hasta kendi duygularının etkisini fark eder. Kaygı ve korku içinde ki bir hasta kendini rahat, sakin huzurlu ve problemden arınmış bir durumun içinde görür. Burada hem sorunun çözülüp çözülmediği test edilir hem de gelecekteki kişi şimdiki zihinde bir yer edinerek onu yönlendirmesi için bir kapı açılmış olur (Uran,2011:256-257). Hastanın kendini imgeleme yoluyla gelecekte test etmesi gerçek yaşamda test etmesi için bir hazırlık işlevi görür. Çünkü görsel imgeleme (zihinde canlandırma) ile görmenin aynı şekilde temsil edildiği vurgulayan görüşler bulunmaktadır. Bu yaklaşıma göre bir ağaç görüldüğünde çok özel nöral (sinirsel) süreçler ve temsiller aktive edilmektedir. Aynı şekilde bir ağaç hayal edildiğinde de aynı veya çok benzer süreçler ve temsiller harekete geçmektedir görüşü bilişsel kuramcılar tarafından da ileri sürülmektedir (Solso, M.K.,MacLin, ve O.H., MacLin, 2009:353-354).

2.6.11. Yöntemleri Bütünleştiren 5-Path Sistemi

Hipnoterapi süreci içinde ne zaman ne yapacağımızı sistematik olarak birleştiren, birbirini izleyen beş fazdan oluşan bir AHP programı olan 5-path (5-faz) (*5 Phase Abreactive Therapeutic Hypnotherapy*) beş fazlı duygu boşaltıcı iyileştirici hipnoterapi sistemini Calvin Banyan (Banyan Hypnosis Center, b.t.) hocası Gerald Kein'den (Kein, 1979) öğrendiği teknikleri sistematize ederek geliştirmiştir. 5-Path'ın evreleri şu şekildedir; 1-hazırlık fazı (hipnotik transı yerleştirmek), 2-regresyon fazı, 3-diğerlerinin affi, 4-kendinin affi, 5-parçaların uzlaştırılması fazı (Uran, 2010:77; Uran, 2011:242).

2.7. AHP'NİN ELEŞTİRİSİ

Duygu ile yapılan çalışmalar hem terapist hem de hasta için zorluklar içermektedir. Hastanın duyguları ile bağı çok fazla kopmuş ve duygusunu bedeninde hissedemiyor (Uran ve Çalık, 2011:85-88) olması durumunda tıkanıklığı aşmak için EFT Emotional Freedom Technique (duygusal özgürleşme tekniği) gibi farklı yöntemleri devreye sokmak gerekebilir. Duygu boşaltma çalışmalarıyla ilerleyebilmek terapist için oya ve dantel örmek gibi odaklanma ve sabır gerektiren bir süreci içerebilir ayrıca yöntemler belli olsa bile hastaya göre esneklik gerektiren bu süreç içinde terapistler ustalaşana kadar zorlanmalar yaşayabilirler (Uran ve Çalık, 2011:215).

Analitik hipnoterapinin hipnotik yöntemlerle ilişkisinden dolayı terapistin aktif hastanın da pasif bir şekilde dinleyici kalarak sorunun çözüleceğine dair yanlış beklentiler iyileşme sorumluluğunu hastanın kendi üzerinden terapist atmasına neden olabilir. Oysa AHP uygulamalarında sadece hipnotik telkin yeterli görülmediğinden hasta terapistle birlikte çok aktif olmakta ve çaba göstermesi gerekmektedir. Ayrıca hipnotik transa karşı olası önyargılar, özellikle sınırların ortaya çıkabilir korkusu güven sorununun aşılmasını gerektirebilir.

Hipnotik yöntemler uzun zamandır çoğul kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılsa da (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:76) parça terapisi ile çalışmak disosiyatif hastalarda alt arter kişiliklerin ortaya çıkmasını tetikler (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:76) bu nedenle hipnotik transa daha yatkın olan TSSB'da ayrışma (disosiyasyon) rolü, göz önüne alınarak (Spiegel, 1988) bunların disosiyatif hastalardan ayrımı yapılabilmesi ya da anamnez alınırken eş tanılara dikkat edilmelidir.

AHP geliştirmekte olan bir terapi yaklaşımı olduğundan bilişsel-davranışçı terapiler gibi üzerinde yaygın araştırmalar bulunan ve etkinliği bilimsel nitelikte kanıtlanmış (Alkın ve diğerleri, 2004:23) bir terapi değildir. Bu nedenle analitik hipnoterapinin anksiyete bozukluklarındaki etkisine ilişkin sonuçlara şu an için ancak gözleme dayalıdır denilebilir.

2.8. KONUYA İLİŞKİN ARAŞTIRMALAR VE SONUÇLARI

Hipnotik yöntemler bilimsel anlamda 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren bir tedavi aracı olarak kliniklerde kullanılmaktadır. 1940'lardan itibaren yaygın hipnoterapi çalışmaları 1960'larda bir ara gözden düşse de 1980'li yıllardan sonra Ericksonian hipnoterapi ve son dönemde analitik hipnoterapi psikiyatrist ve klinik psikologlar tarafından ilgi görmektedir. Dr. Tahir Özakkaş "*Dünyada Hipnoz*" başlıklı kitabında (Özakkaş, 1994) bir kısmının özetlerini yayınladığı literatür taramasında 1982-1993 yılları arasında 1600 civarında makaleye ulaşmıştır. Bu makalelerin %50 si hipnotik yöntemlerin tedavide bir araç olarak kullanımları ve özellikle psikosomatik hastalıklarda hipnoterapi uygulamaları ile ilgilidir (Özakkaş, 1995:212).

Hipnotik araçlar diş hekimlerince lokal anestezi ve sonrasındaki diş tedavisi sırasında anksiyeteyi azaltmak için kullanılmaktadır. Bu konu ile ilgili bir çalışmada hipnotik yöntemlerin temel diş hekimliği unsurları ile birleştirilmesi anksiyeteyi yönetmek için tavsiye edilmektedir. Bu araştırmada bu birleşik yaklaşımın çok az zaman aldığı hastaya alternatif sunduğu, güçlendirdiği ve tedavi deneyiminin kalitesini artırdığı paylaşılmaktadır (J.G.Lovas ve D.A. Lovas, 2007).

Hipnotik yöntemlerin kullanıldığı bir psikoterapi ile ilgili yayınlanan bir vaka sunumunda (Lynn ve Cardena, 2007:167-188) TSSB ve akut stres bozukluğu tedavisinde hipnotik yöntemlerin kullanımında kanıtlar incelenmiş ve hipnotik prosedürlerin posttravmatik durumların tedavisinde yararlı bir ek uygulama olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye'de yapılan benzer bir olgu sunumunda da posttravmatik stres bozukluğunda hipnoterapi uygulaması sonucunda vakanın toplam bir aylık sürede 5 seans içinde tamamen iyileştiğinden bahsedilmektedir (Özer ve Özmen, 1999).

AHP'yi diğer hipnotik ve terapötik yöntemlerden ayıran temel özellik hipnotik yaş gerilemesidir. Bu konuda deneysel bir çalışmada (O'Connell, Shor, ve Orne, 1993) hipnotize olanların normal performans ve hatırlama sınırlarının üzerine çıktığı, geçmişteki bir olayı yeniden yaşadığı ve ayrıntıları ile

canlandırdığı yaş gerilemesi bir fenomen olarak dikkat çekmektedir. Hipnotik yaş gerilemesinin geçerliliğinin test edildiği bu çalışmada sonuçları doğrulamak için okul kayıt bilgileri kullanılmış ve araştırma sonunda trans durumuna geçen deneklerin inanılabilir hafıza bilgilerinde kontrol grubuna göre önemli bir artış, kalite ve yoğunluğu yüksek bir şekilde telkin edilen yaşta olma ve karşılaştırılabilecek tecrübeleri tarif etme, ayrıca davranış ölçümlerinde gerçek çocuklarla karşılaştırıldıklarında o yaşa uygun şekilde davranışlarda bulunma görülmüştür.

Yine anksiyete tedavisinde hipnotik yöntemlerin kullanıldığı başka bir araştırmada (Smith, 1990) kendi kendine hipnotik trans eğitimi ve hipnoterapinin sadece kişilerin anksiyete bozukluklarının tedavisinde değil, anksiyete içeren herhangi bir sorunu hafifletmede de başarılı olduğu belirtiliyor. Smith (1990) YAB, fobiler ve TSSB tedavisini gösteren klinik örneklere yer verdiği araştırmasında, zihin ve beden arasında ki bağlantıyı bozan durumlara oto-hipnoz ile yapılan faydalı bilişsel düzenleme yoluyla rahatlama sağlandığı sonucuna varmıştır.

Kaygı bozuklukları için hipnoterapinin etkinliğinin ele alındığı hemşirelik bölümü öğrencilerinin sınav kaygıları üzerinde çalışılan bir araştırmada deneye gönüllü olarak katılan 60 öğrencinin duygusal rahatsızlık ve kendi kendini yenilgiye uğratan davranışların altında yatan irrasyonel inançların yeniden yapılandırılmasına yönelik düzenlemeler sonucunda hipnoterapinin anksiyete ve akıldışı düşünce modifikasyonu için etkili bir tedavi olduğu bulunmuştur (Boutin ve Tosi, 1983).

Bu araştırmalardan elde edilen ortak sonuç hipnoterapi yaklaşımlarının anksiyete bozukluklarının terapisinde etkin bir şekilde kullanıldığı yönündedir. Bununla birlikte literatürde yakın tarihte yapılan ve analitik hipnoterapiyi en güncel haliyle ortaya koyan araştırma sonuçlarına ulaşılamamıştır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmada kullanılan yöntem, veri toplama aracı, kullanılan istatistikler ve araştırma sürecine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma nicel yaklaşımda genel tarama modeline göre düzenlenmiş bir alan araştırmasıdır. Genel olarak tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekli ile betimlemeyi amaç edinen araştırmalar için uygun bir modeldir (Karasar, 2009:77). Bu bağlamda değerlendirildiğinde araştırmada, AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal yaklaşımları ile alanda psikoterapi yapan uzmanların görüşleri ve uygulamaları arasındaki ilişki ve farkların olduğu hali ile ortaya konması için tarama modelinden yararlanılmıştır. Tekrar tekrar gözlenebilen bir olgu ile bir kavram arasında ki bağlantıları ortaya koyma psikolojik araştırmaların bir niteliği olarak görülmektedir (Hyman, 2010:9). Çalışmada da anksiyete olgularını gözlemleyen psikoterapistlerin görüşleri üzerinden kavramlar ile bağlantılar ortaya konulmuş farklı psikoterapi ekollerinden beslenen katılımcıların anksiyete bozukluklarının oluşumuna ve terapisine ilişkin anlayış deneyim ve görüşleri veri olarak değerlendirilmek üzere toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Genel tarama modeli doğrultusunda anksiyete olgusunu gözlemleyen Türkiye genelindeki psikoterapistler araştırmanın hedeflerine ulaşmak için üzerinde tarama düzenlemeleri yapılan örneklemin alındığı evreni oluşturmuştur (Karasar, 2009:79). Örnekleme işlemi evreni temsil edebileceği düşünülen psikoterapi yapan uzmanlara ulaşabilme hedefi doğrultusunda kartopu örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem 2012 yılının Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarında psikoterapi uygulaması yapan ya da

geçmişte yapmış olan, ilgili alanlarda eğitimli, kartopu örnekleme yönteminde olduğu gibi anketi yanıtlayabilecek psikoterapistlerin belirlenmesi ve onlardan alınan yeni referanslar ile süreç ilerledikçe örnekleme yeni psikoterapistlerin eklenmesi ile oluşturulmuştur (Karasar, 2009:111-112).

3.3. Veri Toplama Aracı Anket Formu

Araştırma AHP'nin anksiyete olgusunun oluşumu ve terapisine ilişkin kuramsal yaklaşımını alanda araştırma amacıyla olduğundan öncelikle uzman görüşü alınarak (Şeker ve Gençdoğan, 2006:44) veri toplama aracı olarak anket formu hazırlanmış ve verilerin toplanmasında bu anket formu kullanılmıştır.

Anket formunda AHP'nin anksiyete semptomlarının oluşumu ve terapisine ilişkin kuramsal varsayımları literatür taraması ve uzman görüşü alınarak 27 maddede sınırlandırılarak özetlenmiş, psikoterapistlere bu varsayımlar ve önerilen tedavi yöntemlerine ilişkin görüşleri sorulmuştur.

Anketin ilk bölümünde demografik bilgiler, ikinci bölümünde anksiyete bozukluğunun oluşumuna ilişkin bilgiler üçüncü bölümünde de anksiyete bozukluklarının terapisinde kullanılan yöntemlere ilişkin veriler toplanmıştır.

Anket uygulamasında psikoterapi yapan uzmanlara ulaşmak için mail gurupları, web formları kullanılmış bunun yanı sıra özel olarak web sayfası olan kurumlarla telefonla irtibat kurduktan ve olur aldıktan sonra kendilerine e-mailler ile anketi ulaştırmalar şeklinde de uygulamalar yapılmıştır.

Anket formu EK-1'de verilmiştir. Anket formunun 15-27 arası sorular demografik nitelikli ya da diğer bir ifade ile ölçek teşkil etmeyen sorulardan oluşmakta olup, bu nedenle geçerlilik için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve faktör analizi yapılmamış, ancak bu analizler 1-14 arası maddeler için keşfedici bir yöntem olmasından dolayı görüşler hakkında bir fikir edinmek için uygulanmıştır. Öte yandan araştırma anketinin güvenilirliği için Güvenilirlik Analizi (Cronbach Alfa) (Şeker ve Gençdoğan, 2006:41) kullanılmıştır. Ayrıca araştırma anketi 21 gün ara ile belli bir

örnekleme test tekrar test yöntemi ile uygulanmış ve her iki anket soruları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Test- tekrar test yöntemine göre aynı testin aynı örnekleme iki defa uygulanması sonucu kişilerin test kapsamındaki yanıtlarında bulunan benzerlik oranında güvenilirlik vardır (Şeker ve Gençdoğan, 2006:36). Güvenilirlik ve korelasyon analizi sonuçları bu bölümde tablolar halinde açıklanmıştır.

Tablo 3.1 İlk pilot uygulama sonrasında (1-14 sorular) veri toplama aracının güvenilirliği

Cronbach Alfa	Madde Sayısı
,677	14

Anketin iç tutarlığı (güvenilirlik) Cronbach alfa değerine bakılarak analiz edilmiştir. Literatüre göre Cronbach alfa değerinin en azından 0,70 ve üzeri olması gerekmektedir (Şeker ve Gençdoğan, 2006:41). Tabloda görüldüğü üzere Cronbach alfa değeri bu veri toplama aracı için 0,677 hesaplanmıştır.

Tablo 3.2 İlk pilot uygulama sonrasında madde çıkarıldığında (1-14 sorular) Cronbach alfa değerleri.

	Madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri
Bilinçli algı yetersizdir	,725
Bastırılmış duygu vardır	,667
Gerçekdışı algı ve inanç	,685
Duyguların kaynağı algılardır	,677
Hesabı kapatılmamış olay	,638
Tepkiler öğrenilmiştir	,638
Hatırlanmayan anıların etkisi	,671
Duyguları bastırmayı öğrenme	,674
Çocukluk travmalarının etkisi	,648
Boşaltılmayan duygunun etkisi	,601
Bilinçaltının koruma refleksi	,650
İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen olay	,662
Geçmişin çözülmemiş sorunları	,619
Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	,668

Cronbach's alfa katsayısı ile tüm maddeler arasında ki tutarlılık hesaplanır (Şeker ve Gençdoğan, 2006:41). Cronbach alfa değeri $0,677 < 0,70$ olduğundan bu veri toplama aracını oluşturan 14 maddenin çıkarıldıkları zamanki güvenilirliklerine (iç tutarlılığı) bakılmıştır.

Tablo 3.3 İlk pilot uygulama sonrasında (1-14. sorular) veri toplama aracından ilk madde çıkarıldıktan sonraki güvenilirlik istatistiği.

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,725	13

Bu durumda tablo 3.3'e bakarsak maddelerden (anket sorularından) "hastanın sorunu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersizdir" sorusu çıkarıldığında Cronbach alfa değeri 0,725'e çıkmaktadır. Bu yüzden araştırma bu soru çıkarılarak yürütülmüştür.

Tablo 3.4 İlk pilot uygulamada (15-27. sorular) güvenilirlik istatistiği.

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,868	13

Anketin (veri toplama aracının) diğer bölümü olan psikoterapistlerin uygulamalarını araştıran ve anksiyetenin terapisine ilişkin AHP'nin önerilerini değerlendiren 13 madde güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Bu analiz sonucunda Cronbach alfa değeri 0,868 gibi yüksek sayılabilecek bir değer çıkmıştır. Veri toplama aracının bu kısmı için güvenilirlik yeterli görüldüğünden herhangi bir sorunun çıkarılmasına ihtiyaç olmadığı görülmektedir.

Ardından aynı anket çalışması aynı kişilere 21 gün sonra tekrar uygulanmıştır. Yine bu anketin de iç tutarlılığı her iki araç için aynı şekilde ölçülmüştür.

Tablo 3.5 Anketin ikinci pilot testi (1-14. sorular) güvenilirlik istatistiği

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,683	14

Anket üç hafta sonra aynı örneklem grubuna (İstanbul Arel üniversitesi psikoloji yüksek lisans ve doktora öğrencileri) tekrar uygulandığında veri toplama aracının görüş soran ilk 14 sorusu için yine Cronbach alfa değeri 0,683 çıkmış bu da genel kabul gören 0,70'ten küçük olduğu için madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerlerine bakılma işlemine geçilmiştir.

Tablo 3.6 İkinci pilot uygulama sonrasında (1-14. sorular) veri toplama aracından madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri

	Madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri
Bilinçli algı yetersizdir	,727
Bastırılmış duygu vardır	,672
Gerçekdışı algı ve inanç	,704
Duyguların kaynağı algılardır	,671
Hesabı kapatılmamış olay	,638
Tepkiler öğrenilmiştir	,636
Hatırlanmayan anıların etkisi	,667
Duyguları bastırmayı öğrenme	,676
Çocukluk travmalarının etkisi	,649
Boşaltılmayan duygunun etkisi	,610
Bilinçaltının koruma refleksi	,668
İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen olay	,679
Geçmişin çözülmemiş sorunları	,637
Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	,681

Tablo 3.7 İkinci pilot uygulama sonrasında (1-14 sorular) veri toplama aracının güvenilirlik istatistiği

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,727	13

İlk yapılan test uygulamasında olduğu gibi veri toplama aracından ilk madde olan bilinçli algı yetersizdir şikkı çıkarıldığında 0,727 Cronbach alfa değerine ulaşıldığı için araştırmaya ilk madde çıkarılarak devam edilmiştir.

Tablo 3.8 İkinci pilot uygulama sonrasında, veri toplama aracının (15-27. sorular) güvenilirlik istatistiği.

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,849	13

Uygulamalar veri toplama aracı “15-27. sorular”, AHP’nin anksiyetenin terapisine ilişkin kuramsal varsayımları) için de iç tutarlılık analizi yapılmış ve bu değer 0,849 olarak bulunmuş ve yeterli görülmüştür.

Son olarak iki ayrı zamanda yapılan anket sonuçlarının korelasyonuna bakılmıştır. Bunun için her iki veri toplama aracını temsil edecek bir toplam sayılı ölçek bu veri toplama aracındaki her değişkenin toplanması ile bulunmuştur.

Tablo 3.9 Anksiyetenin oluşumu kısmı (1-14. sorular) anket sonuçları korelasyonu.

	Görüşler1	Görüşler2
Görüşler1	Pearson Korelasyonu	,977
	Sig. (2- kuyruklu)	,000
	N	45
Görüşler2	Pearson Korelasyonu	1
	Sig. (2- kuyruklu)	,000
	N	45

Yukarıdaki Pearson korelasyon değerleri incelendiğinde her iki zamanda yapılan anket çalışmasında ilk veri toplama aracı için (1-14. sorular) güçlü bir pozitif ilişki (Pearson korelasyon katsayısı 0,977) bulunmuştur.

Tablo 3.10 Anksiyetenin terapisinde (15-27. sorular) yöntemler kısmı için anket sonuçları korelasyonu.

		Uygulamalar1	Uygulamalar2
Uygulamalar1	Pearson Korelasyonu	1	,959
	Sig. (2-kuyruklu)		,000
	N	45	45
	Pearson Korelasyonu	,959	1
Uygulamalar2	Sig. (2-kuyruklu)	,000	
	N	45	45

Veri toplama aracının ikinci kısmı için (15-27 arası sorular) Pearson korelasyon katsayısı 0,959 bulunmuştur. Bu da veri toplama aracının ilk kısmı gibi ayrı zamanlarda deneklerin cevaplarının birbirleri ile tutarlı olduğunu göstermektedir. Böylece anketin güvenilirliği için ihtiyaç duyulan iki temel olgu (iç tutarlılık, durağanlık) sağlanmıştır.

Tablo 3.11 Anket Alan Uygulaması Faktör Analizi Toplam Açıklanan Varyans

Bileşen	Başlangıç öz değerleri			Yük karelerinin toplam çıkarımı			Yük karelerinin dönüşümlü toplamı		
	Toplam	Varyans %	Birikimli %	Toplam	Varyans %	Birikimli %	Toplam	Varyans %	Birikimli %
1	3,226	23,043	23,043	3,226	23,043	23,043	2,333	16,665	16,665
2	2,225	15,891	38,934	2,225	15,891	38,934	2,129	15,208	31,874
3	1,656	11,831	50,765	1,656	11,831	50,765	1,760	12,569	44,442
4	1,270	9,074	59,839	1,270	9,074	59,839	1,614	11,527	55,970
5	1,061	7,576	67,414	1,061	7,576	67,414	1,309	9,352	65,322
6	1,003	7,166	74,580	1,003	7,166	74,580	1,296	9,259	74,580
7	,894	6,384	80,965						
8	,846	6,046	87,011						
9	,535	3,818	90,829						
10	,447	3,195	94,024						
11	,309	2,210	96,234						
12	,274	1,954	98,188						
13	,158	1,129	99,317						
14	,096	,683	100,000						

Faktör analizi için çıkarım metodu olarak Temel Bileşenler Analizinin (Principal Component Analysis) kullanıldığı Toplam Açıklanan Varyans tablosuna bakıldığında ölçeğin 6 faktörden oluştuğu ve bu faktörlerin 14 madde ile özetlenen kuramsal varsayımları % 74,580 oranında açıkladıkları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, 1. faktörün, ölçtüğümüz bu maddeleri % 23,043; 2. faktörün % 15,891; 3. faktörün % 11,831; 4. faktörün % 9,074; 5. faktörün % 7,576; 6. faktörün %7,166 oranında ölçtüğü görülmektedir. Ayrıca 6 faktör ve 14 maddeden oluşan bu anket 14 maddede özetlenen AHP'nin kuramsal varsayımlarını % 74,580 oranında ölçmektedir. Modelin açıklayıcı gücü %74.580'dir. Bu da %50'den fazla olduğu için model kabul edilebilir. Faktör analizinde oluşan faktörler birbirine dikey (orthogonal) olduğundan faktörler birbirlerinden bağımsızdır. % 74,580 oranında bir bilgi bu çalışma için yeterli görüldüğünden ankete yeni maddeler eklemeye gerek görülmemiştir.

Bu araştırmada Temel Bileşenler Analizi keşfedici bir yöntem olmasından dolayı kullanılmıştır. Dolayısıyla sadece genelleme yapar. Ölçek noktası sayısı 3 olduğu ve ölçeklerimiz nitelik açısından tercih belirten seçenekler içerdiğinden temel bileşenler analizi yalnızca görüşler hakkında fikir edinmek amacıyla yapılmıştır. Bu yüzden ortaya çıkan faktörlerin iç tutarlılığı (cronbach alpha) tekrar test edilmemiş ve faktörler regresyon analizine dâhil edilmemiştir. SPSS Kaiser prensibine göre öz değeri 1'den büyük olan gruplar önemli olarak nitelendirilmiş ve bir faktör olarak ortaya çıkmıştır

Tablo 3.12 Anket Alan Uygulaması Faktör Analizi Dönüştürülmüş Bileşen Matrisleri

	Bileşenler					
	1	2	3	4	5	6
5. Hesabı kapatılmamış olay	.758	-.027	.255	-.287	.013	.021
8. Duyguları bastırmayı öğrenme	.735	-.004	-.232	.137	.278	-.183
10. Boşaltılmayan duygunun etkisi	.625	.570	.135	-.102	.061	-.038
6. Tepkiler öğrenilmiştir	.624	-.082	.018	.495	-.094	.333
11. Bilinçaltının koruma refleksi	.091	.888	-.050	.056	.032	.189
12. İlk başlatan, güçlendiren, olay	-.188	.835	.246	-.162	.111	-.086
9. Çocukluk travmalarının etkisi	.360	.426	.211	.304	-.425	-.199
2. Bastırılmış duygu vardır	-.154	.110	.805	-.041	.147	.089
13. Geçmişin çözülmemiş sorunları	.333	.295	.633	-.103	.479	-.024
7. Hatırlanmayan anıların etkisi	.282	-.001	.574	.252	-.192	-.195
1. Bilinçli algı yetersizdir	-.022	-.010	.124	.801	-.139	-.056
4. Duyguların kaynağı algılardır	.157	.131	.317	-.636	-.199	.461
14. Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	.148	.101	.133	-.049	.797	.151
3. Gerçekdışı algı ve inanç	-.070	.051	-.056	-.104	.209	.884

Çıkarım yöntemi olarak Temel Bileşenler Analizinin yapıldığı (Principal Component Analysis) Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi (Rotated Component Matrix) tablosu ile her bir maddenin hangi faktör altında en yüksek değere sahip olduğuna bakılmış ve bu maddelerin gruplandırılması ile faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Tablodaki her bir maddenin bileşenler altındaki değerleri incelendiğinde; 5, 6, 8 ve 10. maddelerin 1. faktör, 9, 11 ve 12. maddelerinin 2. faktör, 2, 7 ve 13. maddelerin 3. faktör, 1. ve 4. maddenin 4. faktör, 14. maddenin 5. faktör, 3. maddenin ise 6. faktör altında en yüksek yükleme değerine sahip oldukları görülmektedir. Bu tabloda ayrıca faktörlerin içindeki maddelerin önem dereceleri gözlenmektedir. Örneğin, 1. faktör için en önemli bileşenin “ Hesabı kapatılmamış yarım kalmış olaylar anksiyeteye neden olur (Morison ve Philips, 2001:118-125).” maddesi olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla 1.faktördeki görüşler arasındaki en kritik değerlendirme bu madde üzerinden yapılmaktadır. Yapılan faktör analizi 6 ana öbeği ölçen görüşleri oluşturan maddelerin ortak noktalarını görmemizi sağlamıştır.

Tablo 3.13 Anket alan uygulaması güvenilirlik istatistiği

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,647	14

Pilot uygulamada olduğu gibi anketin alan uygulamasında da (1-14 arası sorular) için Cronbach alfa $0,647 < 0,70$ çıktığından madde çıktığında Cronbach alfa değerlerine bakılmıştır.

Tablo 3.14 Anket alan uygulaması (1-14. Sorular) madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri

	Madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri
Bilinçli algı yetersizdir	,697
Bastırılmış duygu vardır	,632
Gerçekdışı algı ve inanç	,669
Duyguların kaynağı algılardır	,640
Hesabı kapatılmamış olay	,611
Tepkiler öğrenilmiştir	,630
Hatırlanmayan anıların etkisi	,634
Duyguları bastırmayı öğrenme	,638
Çocukluk travmalarının etkisi	,629
Boşaltılmayan duygunun etkisi	,573
Bilinçaltının koruma refleksi	,609
İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen olay	,623
Geçmişin çözülmemiş sorunları	,573
Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	,634

Tablo 3.15 Anket alan uygulaması veri toplama aracı (1-14, sorular) madde silindiğinde ulaşılan Cronbach alfa değeri

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,697	13

Birinci madde “Hastanın sorunu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersizdir” maddesi çıkarıldığında Cronbach alfa değeri $0,697$ çıktığı görülmüştür. Bu değer $0,70$ 'e çok yakın bir değer olduğundan güvenilirlik yeterli bulunmuş başka bir maddenin çıkarılmasına gerek görülmemiştir.

Tablo 3.16 Anket alan uygulamasının (15-27 arası) sorularından oluşan veri toplama aracı güvenilirlik istatistiği.

Cronbach Alfa	N (Maddeler)
,867	13

Anketin ikinci kısmı olan (15-27 arası sorular) için Cronbach alfa 0,867 > 0,70 çıktığından güvenilirliği yeterli görülmüştür.

3.4. Kullanılan İstatistikî Yöntemler

Araştırma sonucunda anket envanterinden elde edilen veriler MS Excel paket programında derlenerek Windows için SPSS 20 programına aktarılmış ve analizler bu programda yapılmıştır. Verilerin analizinde, non-parametrik verilerin dağılımı için Frekans Analizi (MASH, 2011) parametrik verilerin dağılımı için tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. Anket ve ölçek uygulanan örneklemelerin demografik özellikleri betimleyici (tanımlayıcı) istatistik tabloları ve frekansları özetlenmiştir. Fark analizlerinde bağımsız örneklem t-testi, nonparametrik veriler için ilişki tarama analizlerinde korelasyonlar ve ikili korelasyonlar için Spearman's rho analizleri kullanılmıştır.

Analitik hipnoterapinin (AHP) kuramsal varsayımları anksiyete bozuklukları örneğinde iki açıdan araştırılmıştır. Bunlar anksiyete bozukluğunun oluşumuna ilişkin varsayımlar ve anksiyete bozukluğunun terapisine ilişkin önerilen çözümler ve yöntemler şeklindedir. Anket formunda anketi yanıtlayan uzmanın yaklaşımını belirlemeye ve örnekleme tanımaya dönük sorulardan sonra 13'er adet iki grup soru şeklinde sorulmuştur. Asıl görüşler ve terapi uygulamaları hakkında veri toplayan sorular 2-27 arasında ki sorulardır. Bu soruların 2-14 arası anksiyetenin oluşumuna ilişkin varsayımlar hakkında ki görüşlerle ilgili veri toplamak amacıyla. 15-27. sorular arasında ki ikinci kısım ise AHP'nin anksiyete bozukluklarının terapisine için önerdiği yöntemlerinin alandaki uzmanlarca uygulanma ve bilinirlikleri araştırmaktadır.

AHP'nin anksiyete bozukluğunun oluşum sürecine yönelik kuramsal görüşleri ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasındaki ilişki Spearman's rho analizi ile araştırılmıştır. AHP'nin anksiyete bozukluğunun tedavisi için önerdiği yaklaşım ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasında (Sig.) değerleri 0,05'ten küçük çıkan korelasyonlar özetlenmiştir. AHP'nin anksiyetenin oluşumu ve terapisine ilişkin kuramsal varsayımları ile alanda yapılan çalışma sonuçları üzerinde yapılan frekans analizlerinde ise çıkan önemli oranda ilişki ve fark bulguları ayrıntılı bir şekilde özetlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Süreci

Araştırma sürecinin takvimi aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi olmuş araştırma 9 ay sürmüştür.

Tablo 3.17 Araştırma Süreci Takvimi

ÇALIŞMA TAKVİMİ	2012																																			
	OCAK				ŞUBAT				MART				NİSAN				MAYIS				HAZİR.				TEM.				AĞUST.				EYLÜL			
HAFTALAR	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tez önerisi																																				
Yöntem																																				
Literatür taslağı																																				
Literatür																																				
Ölçek																																				
Alan çalışması																																				
Verilerin Analizi																																				
Rapor Yazımı																																				
Sonuç Teslimi																																				

Tablodan da anlaşılacağı gibi, araştırma soruları ve problem cümlesi doğrultusunda genel tarama yöntemi ile alan araştırmasında yoklanacak kavramlar ve yöntemlere ilişkin materyale ulaşılmaya çalışılmıştır (Karasar, 2009:183-184). Bu tarama esnasında ulaşılan bilimsel nitelikteki bilgilerin güvenilirlik ve geçerliğini sağlamak için bir yayından yararlanırken amaca, kaynağa ve gerçeğe uygun olmasına dikkat edilmiş bilgi başka kaynaklarla da

doğrulanmaya çalışılmıştır (Karasar, 2009:192-193). Çalışmanın zgünlüğü için toplanan veriler araştırma problemini çözmeye dönük şekilde sınıflama ve özetleme ve ilişkilendirmelerle işlenmiştir (Karasar, 2009:197-198).

Araştırmanın alan uygulamasını bu literatür taramasına ve uzman görüşlerine dayanarak hazırlanan anket formunun psikoloji öğrencileri üzerinde bir ön test ile güvenilirliğine bakıldıktan sonra alanda uygulama yapan psikoterapistlere ulaşma, anketi doldurmaları için gerekli iletişimleri kurma ve toplanan anket formlarındaki verileri SPSS 20 programına işleyip istatistiksel analizlerle bulguları çıkarma ve bu bulguları bütünsel bir bakışla tartışma ve sonuç raporunu yazma aşamaları oluşturmuştur.

4.BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Tablo 4.1 Anket katılımcılarının eğitim durumları, çalıştıkları kurumlar ve psikoterapi deneyimlerine göre dağılımları

Eğitim durumları	Frekans	%
Lisans Psikoloji	8	20,0
Lisans Tıp	2	5,0
Yüksek Lisans Klinik psikoloji	2	5,0
Yüksek Lisans Psikoloji	15	37,5
Doktora Klinik psikoloji	6	15,0
Doktora Psikoloji	5	12,5
Tıp uzmanlık diğer	2	5,0
Toplam	40	100,0
Çalıştıkları kurumlar	Frekans	%
Özel ofis	21	52,5
Devlet kurumu	5	12,5
Akademik kurum	7	17,5
Özel hastane	1	2,5
Devlet hastanesi	3	7,5
Diğer	3	7,5
Toplam	40	100,0
Psikoterapi/Hipnoterapi deneyimleri	Frekans	%
0-1 yıl	13	32,5
1-3 yıl	11	27,5
3-5 yıl	5	12,5
5-9 yıl	4	10,0
9-15 yıl	6	15,0
15 yıldan fazla	1	2,5
Toplam	40	100,0

Veri toplama aracı olarak geliştirilen anket formu ile elde edilen veriler SPSS 20 ile analiz edilmiş ve forma cevap veren 40 katılımcının demografik özellikleri ve betimsel istatistikleri özetlenmiştir. Tablo (4.1)'de görüldüğü gibi

anket katılımcıları içinde en büyük grubu 15 uzman %37,5 ile psikoloji yüksek lisansına sahip uzmanlar oluşturmaktadır. Bunu 11 uzman %27,5 ile doktora seviyesinde ki uzmanlar oluşturmakta ayrıca 4 tıp hekiminin de %10 ankete katıldığı görülmektedir.

Anket katılımcılarının çalıştıkları kurumlara göre dağılımlarına baktığımızda 21'i (%52,5) kendi özel ofislerinde çalışmakta bunu 7 kişi (%17,5) ile akademik kurum takip etmektedir.

Psikoterapi deneyimlerine bakıldığında ise anket katılımcıları içinde en büyük grubu 13 kişi %32,5'luk oranla deneyimi bir yıldan az olan uzmanlar, 11 kişi %27,5 ile deneyimi 1-3 yıl arasında olan uzmanlar oluşturmaktadır. Yani örneklem grubunun 24'ü %60 psikoterapi deneyimi 3 yıldan az olan uzmanlardan oluşmaktadır.

Tablo 4.2 Ortalama seans süre ve sayılarını gösteren betimleyici (tanımlayıcı) istatistik tablosu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Ortalama seans süresi (dakika)	40	30	120	62,00	22,865
Ortalama seans sayısı	40	2	15	7,80	3,368

Anksiyete bozukluklarının terapisinde tüm örnekleme bakıldığında uygulanan ortalama terapi seans süresi 62 dakika ve seans sayısı da yaklaşık 8 (7,80) saat, en kısa seans sayısı 2 seans en uzununu 15 seans, en düşük seans süresi 30 dakika, en uzununu ise 120 dakika olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3 Anket katılımcılarının çoktan seçmeli işaretledikleri uygulan ve önerilen psikoterapi yaklaşımları frekansları.

		Cevaplar		Geçerli seçimlerin %'si
		N	%	
Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri	Psikanalitik	10	16,1%	29,4%
	Bilişsel Terapi	6	9,7%	17,6%
	Davranışçı Terapi	5	8,1%	14,7%
	Bilişsel Davranışçı terapi	20	32,3%	58,8%
	Transaksiyonel Analiz	1	1,6%	2,9%
	Geştalt Terapi	5	8,1%	14,7%
	Varoluşçu Terapi	6	9,7%	17,6%
	Eklektik Bir Yöntem	7	11,3%	20,6%
	Enerji Terapileri	1	1,6%	2,9%
	Bütüncül Psikoterapi	1	1,6%	2,9%
	Toplam	62	100,0%	182,4%
		Cevaplar		Geçerli seçimlerin %'si
		N	%	
Önerilen Psikoterapi Yaklaşımları	Psikanalitik terapi	8	11,4%	21,6%
	Bilişsel Davranışçı	18	25,7%	48,6%
	Bilişsel Terapi	7	10,0%	18,9%
	Davranışçı Terapi	6	8,6%	16,2%
	Geştalt Terapi	4	5,7%	10,8%
	Varoluşçu Terapi	5	7,1%	13,5%
	İnsancıl	1	1,4%	2,7%
	Analitik Hipnoterapi	9	12,9%	24,3%
	Parça Terapisi	1	1,4%	2,7%
	EFT	2	2,9%	5,4%
	NLP Teknikleri	2	2,9%	5,4%
	Hipnoterapi	4	5,7%	10,8%
	Şema Terapi	1	1,4%	2,7%
	Enerji Terapileri	1	1,4%	2,7%
	Bütüncül Psikoterapi	1	1,4%	2,7%
	Toplam	70	100,0%	189,2%

Anksiyete bozuklukları için uygulanan psikoterapi yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntemin bilişsel davranışçı (%32,3) yaklaşım olduğu katılımcıların birden fazla şıkkı işaretleyerek yaptıkları çoklu seçmeli frekans

analizinde görülmektedir. Bunu %16 ile psikanalitik yaklaşımlar, % 11 ile de eklektik yaklaşımlar izlemektedir. Ayrıca ankete cevap veren uzmanlar yaklaşık iki yöntemi birlikte (189,2) kullanmaktadırlar.

Anksiyete bozukluklarında psikoterapistler en başta %25 ile bilişsel-davranışçı terapileri önermekte ve etkili bulmaktadırlar. Bunu %12 ile AHP takip etmektedir ancak AHP'nin bu oranda önerilmesinin nedeni olarak örneklemin %40'ının AHP'yi uygulayanlardan oluşmasının etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 4.4 Uygulanan hipnoterapi yaklaşımları ve hipnotik indüksiyonlar frekansları.

		Cevaplar		Geçerli
		N	%	seçimlerin %'si
Uygulanan Hipnoterapi Yaklaşımları	Direkt Telkin	18	22,0%	72,0%
	Ericksoncu Yöntemler	13	15,9%	52,0%
	Analitik Hipnoterapi	16	19,5%	64,0%
	Parça Terapisi	11	13,4%	44,0%
	EFT	14	17,1%	56,0%
	NLP	6	7,3%	24,0%
	Eklektik Yöntem	3	3,7%	12,0%
	Provakatif Enerji Teknikleri	1	1,2%	4,0%
	Toplam	82	100,0%	328,0%
		Cevaplar		Geçerli
		N	%	seçimlerin %'si
Uygulanan Hipnotik İndüksiyonlar	Eklektik	4	8,9%	19,0%
	Kendi yöntemim	11	24,4%	52,4%
	Dave Elman	9	20,0%	42,9%
	Hızlı İndüksiyonlar	7	15,6%	33,3%
	Ericksoncu Yöntemler	8	17,8%	38,1%
	Klasik Yöntemler	6	13,3%	28,6%
	Toplam	45	100,0%	214,3%

Uygulanan hipnoterapi yaklaşımları arasında ise en çok direkt telkinin 18 (%22) tercih edildiği görülmektedir. Bunu analitik hipnoterapi, 16 (%19,5), EFT 14 (%17), Ericksoncu yöntemler 13 (% 15,9) takip etmektedir. Ayrıca

her bir katılımcı ortalama 3 hipnoterapi yaklaşımını (%328) uyguladığını belirtmiştir.

Uygulanan hipnotik indüksiyon yöntemlerine bakıldığında uzmanların en çok kendi yöntemlerini geliştirdikleri ve uyguladıkları (%24,4) gözlemlenmektedir. Bunu da Dave-Elman (%20) ve Ericksoncu yöntemler (%17,8) takip etmektedir. Uzmanlar ortalama 2 indüksiyon yöntemi (%214,3) kullanmaktadırlar.

4.2. Fark Analizleri

Tablo 4.5 AHP ile geleneksel yaklaşımlar arasında ki terapi süresi ortalamaları farkı

	N	Ortalama	Std. Sapma
Toplam Seans Süresi	24	429,3750	191,86336
Geleneksel yaklaşımlar	16	520,6250	261,69878
Analitik Hipnoterapi			

Analitik hipnoterapi uygulayanlar ile diğer geleneksel terapileri uygulayanların anksiyete bozuklukları için uyguladıkları toplam terapi süresi, seans sayısı ve seans süresinin çarpımı ile elde edilmiş sonuçta AHP uygulayan 16 kişi ve diğer geleneksel terapileri uygulayan 24 kişi için tabloda verilen ortalama (dakika) sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 4.6 AHP ile geleneksel yaklaşımlar arasındaki terapi süresi farkları için bağımsız örneklem t – testi sonuçları

	Varyans eşitliği için Levene Testi	Ortalama eşitliği için t-testi				
		F	Sig.	t	df	Sig.
Toplam Seans Süresi	Varyanslar eşit kabul edildi	3,453	,071	-1,273	38	,211
	Varyanslar eşit kabul edilmedi			-1,197	25,538	,242

Varyans eşitliğine bakıldığında Sig. = 0,071 olduğundan iki örneklem arasındaki varyanslar eşit kabul edilmiştir. Daha sonra bağımsız örneklem t-

testinin Sig. değerlerine bakılmıştır. Varyans homojen olduğunda Sig. = 0,211 olarak bulunmuştur. Sonuçta Analitik hipnoterapi uygulayanlar ile geleneksel terapileri uygulayanlar arasında süre yönünden önemli bir fark bulunamamıştır.

4.3. İlişkisel Tarama Analizleri

Tablo 4.7 Toplam görüşler tanımlayıcı istatistiği

N	40
Ortalama (Mean)	34,5750
Ortanca (Median)	35,0000

1-14 arası anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımlara göre görüş soran maddeler toplam olarak ele alınmış ve maddeler 34,575 çıkan aritmetik ortalamaya göre 2 gruba ayrılmıştır. Böylece nominal ölçekte bir veri oluşturulmuştur. Nominal yapmaktaki amaç ise korelasyonuna bakılacak değişkenlerin (psikoterapi yaklaşımları) nominal olmasıdır.

Tablo 4.8 Uzman görüşlerine göre uygulanan psikoterapi yöntemleri ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları arasındaki korelasyon.

		Kategorik Toplam Görüşler	
Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri	Kategorik Toplam Görüşler	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	1,000 .
	Psikanalitik	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,174 ,283
	Bilişsel Terapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	-,042 ,796
	Davranışçı Terapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	-,114 ,484
	Bilişsel Davranışçı terapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	-,201 ,214
	Bütüncül Psikoterapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,145 ,373
	Transaksiyonel Analiz	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,145 ,373
	Geştalt Terapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,190 ,240
	Varoluşçu Terapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	-,183 ,258
	Eklektik Bir Yöntem	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	-,112 ,490
	Enerji Terapileri	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,145 ,373
		N	40

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Sig. değerleri 0,05’ten büyük olduğu için uygulanan psikoterapi yöntemleri ile anksiyete bozukluklarının oluşumuna dair kuramsal yaklaşımlar arasında %95 güvenilirlikte önemli bir korelasyon yoktur.

Tablo 4.9 Uygulanan Hipnoterapi Yaklaşımları ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal görüşleri arasında ki korelasyon tablosu.

		Kategorik Toplam Görüşler	
Spearman's rho	Kategorik Toplam Görüşler	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	1,000 .
	Direkt Telkin	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,313 ,049
	Ericksoncu Yöntemler	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,306 ,055
	Analitik Hipnoterapi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,226 ,161
	Parça Terapisi	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,445 ,004
	EFT	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,242 ,132
	NLP	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,239 ,137
	Eklektik Yöntem	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,258 ,109
	Provakatif Enerji Teknikleri	Korelasyon katsayısı Sig. (2-kuyruklu)	,145 ,373
		N	40

Tablo 4.9 da direkt telkin (Sig.=0,49), parça terapisi (Sig.=0,004) ve Ericksoncu yaklaşımların (Sig.=0,055), görüşlerle korelasyonundaki önem (Sig.) değerleri 0,05'ten küçük çıkmıştır. Direkt telkin, parça terapisi (ego durumları terapisi) ve Ericksoncu yöntemler ile anksiyetenin oluşumuna ilişkin AHP'nin kuramsal yaklaşımları arasında pozitif yönde önemli bir ilişki bulunmuştur. Analitik hipnoterapi uygulayan psikoterapistlerin görüşleri ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları arasında ise bir korelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.10 Geleneksel yaklaşımlar ile AHP'nin terapi yöntemleri arasındaki ikili korelasyon.

		Anıları araştırırım	Duygu bileşenlerini boşaltırım	Güçlendiren ve ilk başlatan olayı araştırırım	Yanlış inanç ve algıyı araştırırım	Bilinçli bakış kazandırırım	Fresabı yarım kalmış olayları kazandırırım	Suçlanamı af ettiririm	Kendini af ettiririm	Sandalye tekniğini kullanırım	Direkt telkinlerde bulunurum	İkincil kazançlar üzerinde çalışırım	Parça terapisi uygulamam	Sorumu gelecekte test ederim	
Spearman's rho	Psikanalitik	Kor. kat.	,218	,309	,192	,265	,218	,287	,170	,109	,101	-,155	-,023	,287	,027
		Sig.	,177	,052	,235	,098	,176	,072	,294	,503	,536	,339	,890	,072	,867
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Bilişsel	Kor. kat.	-,037	-,083	-,082	,014	-,053	-,122	-,122	,109	,007	,089	-,047	,100	,022
		Sig.	,821	,610	,617	,933	,746	,453	,455	,503	,968	,584	,774	,541	,893
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Davranışçı	Kor. kat.	,143	-,130	,126	,174	,143	,009	-,036	,071	-,075	,135	,067	,129	,115
		Sig.	,380	,423	,439	,284	,379	,954	,826	,662	,646	,405	,679	,428	,479
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Bilişsel Davranışçı	Kor. kat.	,060	-,178	,158	,053	,076	-,118	,032	,264	,094	-,071	,178	-,071	,236
		Sig.	,711	,271	,330	,748	,643	,468	,847	,100	,563	,664	,271	,663	,142
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Transaksiyonel Analiz	Kor. kat.	,060	,086	,053	,074	,061	,080	,110	,098	-,083	,151	,098	-,046	-,303
		Sig.	,711	,599	,744	,652	,711	,625	,501	,548	,610	,352	,547	,780	,058
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Geçşalt	Kor. kat.	,143	,202	,126	,174	,143	,188	,259	,071	,168	-,046	,067	,129	,115
		Sig.	,380	,211	,439	,284	,379	,245	,107	,662	,301	,776	,679	,428	,479
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Varoluşçu	Kor. kat.	-,037	-,275	-,082	-,198	-,265	-,122	,015	-,039	-,370	-,145	-,047	-,100	-,290
		Sig.	,821	,086	,617	,222	,099	,453	,928	,812	,019	,371	,774	,541	,069
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Eklektik	Kor. kat.	-,218	-,258	-,285	-,125	-,224	-,115	,014	-,037	-,137	,022	-,044	-,178	-,149
		Sig.	,176	,108	,075	,441	,165	,481	,932	,823	,401	,894	,787	,273	,360
		N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Tablo 4.10'da geleneksel yaklaşımlar ile AHP'nin terapi yöntemleri arasındaki ikili korelasyonlara genel olarak bakıldığında önemli bir ilişki yoktur. Ancak “sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım” yöntemi ile psikanalitik yaklaşım arasında pozitif yönde (sig. = ,052) ve “hastayı geleceğe

yönlendirerek (geleceği imajine ettirecek) sorunun çözülüp çözülmediğini test ederim” yöntemi ile transaksiyonel analiz yaklaşımı arasında negatif yönde (Sig.0 ,058), “af seanslarında sandalye ortamı tekniğini kullanırım” maddesi ile varoluşçu terapi arasında (Sig. 0,19) negatif yönde korelasyon olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11 AHP'nin kuramsal yaklaşımları ile AHP uygulayan psikoterapist görüş ve uygulamaları arasındaki korelasyon.

		Analitik Hipnoterapi	Kategorik Toplam Görüşler	Kategorik Uygulamalar
Spearman's rho	Korelasyon Katsayısı	1,000	,226	,390
	Hipnoterapi Sig. (2-kuyruklu)	.	,161	,013
	N	40	40	40
	Kategorik Toplam Görüşler	,226	1,000	,515
	Hipnoterapi Sig. (2-kuyruklu)	,161	.	,001
	N	40	40	40
	Kategorik Uygulamalar	,390*	,515**	1,000
	Hipnoterapi Sig. (2-kuyruklu)	,013	,001	.
	N	40	40	40

Analitik hipnoterapinin (AHP) kuramsal yaklaşımları ile ankete katılan psikoterapistlerin anksiyetenin oluşumu hakkındaki görüşleri arasında bir korelasyon çıkmamıştır. Öte yandan AHP'nin terapi yöntemleri ile psikoterapist uygulamaları arasında önemli bir ilişki çıkmıştır (Sig.= 0,13). Ankete katılanların anksiyetenin oluşumuna ilişkin görüşleri ile terapisine ilişkin görüşleri arasında da ilişki vardır (Sig. = 0,001).

4.4. İlişkisel Frekans Analizleri

AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ve terapisine ilişkin kuramsal varsayımları ile geleneksel psikoterapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasındaki ilişkiye frekansları yönünden bakılmış ve yine sıklık açısından analitik hipnoterapinin yöntemlerinin alanda uygulanışları açısından AHP uygulayanlar ile geleneksel yaklaşımlar arasındaki farklar karşılaştırılmıştır.

4.4.1. Anksiyetenin Oluşumuna İlişkin Frekanslar

Psikoterapi kuramları nominal değerler olduğundan aradaki korelasyona bakılacak olan AHP'nin kuramsal varsayımlarını içeren ilk 13 madde scale'den nominale çevrilmiştir. Bu değerlendirme yapılırken en düşük değer 1 (hayır) 2 (kısmen) ve en yüksek değer (evet) 3 olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 4.12 Analitik hipnoterapistlerin AHP'nin kuramsal varsayımlarına ilişkin görüşlerinin frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
1-Bilinçli algı yetersizdir	16	2,31	2,00	Hayır	Evet
2-Bastırılmış duygu vardır	16	2,69	3,00	Kısmen	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	16	2,25	2,00	Hayır	Evet
4-Duyguların kaynağı algılardır	16	2,50	2,50	Kısmen	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	16	2,69	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	16	2,56	3,00	Kısmen	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	16	2,94	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	16	2,81	3,00	Kısmen	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	16	2,94	3,00	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	16	2,75	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	16	2,69	3,00	Hayır	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	16	2,81	3,00	Hayır	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	16	2,75	3,00	Hayır	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	16	2,50	3,00	Hayır	Evet

AHP uygulayan ve önerenlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin açıklamaları hakkında ki görüşlerin sıklık dağılımlarına bakıldığında bir ilişki olduğuna dair bulgular gözlenmektedir. Tablo 4.12 sonuçlarına göre 16 uzman

AHP uygulamakta ya da önermektedir. Bu görüşlerden yedinci maddedeki “Bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer” ve dokuzuncu maddedeki “Çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır” görüşlerinin ortalama değerlerine baktığımızda 2,94 gibi çok yüksek bir değer çıkmıştır. Yani analitik hipnoterapiyi benimseyenler bu iki görüşe çok büyük ölçüde katılmaktadır. Öte yandan analitik hipnoterapiyi benimseyenlerde 2.25 ortalama değeri ile 3.maddedeki “Anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkendir”, görüşünün en az benimsenen yaklaşım olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13 Geleneksel terapistlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkındaki görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
1-Bilinçli algı yetersizdir	24	1,71	2,00	Hayır	Evet
2-Bastırılmış duygu vardır	24	2,71	3,00	Hayır	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	24	2,62	3,00	Kısmen	Evet
4-Duyguların kaynağı algılardır	24	2,67	3,00	Hayır	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	24	2,58	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	24	2,38	2,00	Hayır	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	24	2,88	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	24	2,58	3,00	Hayır	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	24	2,67	3,00	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	24	2,62	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	24	2,67	3,00	Kısmen	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	24	2,71	3,00	Kısmen	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	24	2,67	3,00	Kısmen	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	24	2,62	3,00	Kısmen	Evet

Tablo 4.13 incelendiğinde medyan'ın genellikle 3 olduğu yani geleneksel terapileri benimseyenlerin (24 kişi) genel olarak bu görüşlere evet katılıyorum şeklinde olumlu görüş bildirdikleri görülmektedir. Ortalamalarında 3'e yakın değerler alması bunu desteklemektedir. Ancak birinci soru olan “Hastanın sorunu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersizdir” görüşüne olan inanç negatiftir denebilir (1,71). Bu madde güvenilirlik analizinde

çıkarıldığından bundan sonraki bulgulara dâhil edilmeyecektir. Negatif çıkmasının nedenine açıklık getirmek için sadece bu tabloda bulgu olarak yer verilmiştir. Hem güvenilirliği düşürmesinin nedeni hem de negatif çıkması bu sorunun yanlış olmasındandır. Bunun dışında en çok “Bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer” (2.88) görüşü kabul görürken en az kabul “Benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir” (2.38) varsayımı olmuştur.

Tablo 4.14 AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında psikanalitik terapistlerin görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
2-Bastırılmış duygu vardır	10	2,60	3,00	Kısmen	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	10	2,40	2,00	Kısmen	Evet
4-Duyguların kaynağı algıdır	10	2,40	2,50	Hayır	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	10	2,80	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	10	2,50	2,50	Kısmen	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	10	2,80	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	10	2,70	3,00	Kısmen	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	10	2,90	3,00	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	10	2,70	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	10	3,00	3,00	Evet	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	10	2,70	3,00	Kısmen	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	10	2,80	3,00	Kısmen	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	10	2,50	2,50	Kısmen	Evet

Tablo 4.14 incelendiğinde geleneksel yaklaşımlardan psikanalitik tercih edenler 10 kişidir. Psikanalitiği seçenler arasında da yine görüşler arasında genel olarak olumlu bir tercih vardır. Psikanalitik tercih edenler arasında 11. madde için “anksiyete belirtileri bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur” varsayımına tüm uzmanlar evet (3,00) demesi bu yaklaşımın kesinlikle özümsemiş olduğunu göstermektedir. Buna karşın psikanalitik terapi yapanlar 3. ve 4. maddelerdeki “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir” ve “tüm

duyguların kaynağı algılardır” varsayımlarına en düşük kabulü (2,40) göstermişlerdir. 3. maddeye çoğunluk kısmen katılırken 4. madde için minimum değere bakıldığında tamamen yanlış geliyor reddediyorum diyende olmuştur.

Tablo 4.15 AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında bilişsel terapi yapanların görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
2-Bastırılmış duygu vardır	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
4-Duyguların kaynağı algılardır	6	2,83	3,00	Kısmen	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	6	3,00	3,00	Evet	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	6	2,33	2,00	Kısmen	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	6	2,50	2,50	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	6	2,83	3,00	Kısmen	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet

Tablo 4.15'e göre yine 40 kişilik örneklemden 6 kişi geleneksel yöntemlerden bilişsel terapiyi işaretlemiştir. Bunlar arasında en çok benimsenen görüş ise “Hesabı kapatılmamış yarım kalmış olaylar anksiyeteye neden olur” görüşüdür. Bilişsel terapiyi seçen tüm uzmanlar bu görüşü tamamıyla evet olarak işaretlemiştir. Ağırlıklı olarak kısmen katılıyorum (2,00) medyan değeri ile ön plana çıkan görüş ise “benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir” maddesidir. Bu varsayım en düşük katılım gösterilen (2,33) görüş olmuştur.

Tablo 4.16 Bilişsel-davranışçı terapi yapanların AHP'ninanksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
2-Bastırılmış duygu vardır	20	2,65	3,00	Hayır	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	20	2,45	3,00	Hayır	Evet
4-Duyguların kaynağı algılardır	20	2,65	3,00	Kısmen	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	20	2,60	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	20	2,50	3,00	Hayır	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	20	2,85	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	20	2,80	3,00	Kısmen	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	20	2,80	3,00	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	20	2,65	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	20	2,50	3,00	Hayır	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	20	2,70	3,00	Hayır	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	20	2,60	3,00	Hayır	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	20	2,60	3,00	Hayır	Evet

Geleneksel yöntemlerden bilişsel davranışçıyı seçenler arasında (20 kişi) AHP'nin kuramsal varsayımları için (medyan=3) ağırlıklı olarak benim için tamamen doğru demişlerdir. En çok benimsenen görüşler ise (2,85) ortalama değeri ile “bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer”, (2,80) ortalama değeri ile “duygularını yaşaması kısıtlanan çocuklar duygularını bastırmayı öğrenir” ve yine (2,80) ortalama değeri ile “çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır” varsayımları olmuştur. Ağırlıklı olarak kabul edilmekle beraber en düşük katılım ise (2,45) “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir” yaklaşımı olmuştur.

Tablo 4.17 Varoluşçu yaklaşımı benimseyenlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
2-Bastırılmış duygu vardır	6	2,83	3,00	Kısmen	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	6	2,33	2,00	Kısmen	Evet
4-Duyguların kaynağı algıladır	6	2,83	3,00	Kısmen	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	6	2,00	2,00	Kısmen	Kısmen
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	6	2,50	2,50	Kısmen	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	6	2,50	2,50	Kısmen	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
12-İlk başlatan, güçlendiren, tetikleyen	6	3,00	3,00	Evet	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	6	2,67	3,00	Kısmen	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	6	2,33	2,00	Kısmen	Evet

Yine geleneksel yöntemlerden varoluşçu terapiyi tercih edenlerin (6 kişi) en çok benimsediği görüş aynı yöntemle incelenmiştir. Bu durumda da en çok tercih edilen, en baskın (3,00) ortalama ve medyan değeri olan yani 6 kişinin tamamının katılımı ile 12.madde “problemler bir anda oluşmaz anksiyetenin oluşumunda bir ilk başlatan, sonra güçlendiren ve sonunda da tetikleyen birçok olay vardır” görüşü olmuştur. Varoluşçu terapistlerin en az benimsedikleri yaklaşım ise (2,00) ortalama değeri ile “benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir” yaklaşımıdır. 3.maddedeki “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkendir” yaklaşımı ile 14. maddedeki “karşılanmayan ihtiyaçların oluşturduğu duygular da anksiyete nedenidir” yaklaşımları da (2,33) ortalama değeri ve ağırlıklı olarak kısmen katılıyorum (2,00) medyan değerinin ön plana çıkması ile diğer maddelere göre daha az kabul gören varsayımlar olmuştur.

Tablo 4.18 Geştalt terapiyi benimseyenlerin AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları hakkında ki görüş frekansları

	N	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum
2-Bastırılmış duygu vardır	5	2,40	3,00	Hayır	Evet
3-Gerçekdışı algı ve inanç	5	2,40	2,00	Kısmen	Evet
4-Duyguların kaynağı algıladır	5	2,80	3,00	Kısmen	Evet
5-Hesabı kapatılmamış olay	5	2,80	3,00	Kısmen	Evet
6-Tepkiler öğrenilmiştir	5	2,80	3,00	Kısmen	Evet
7-Hatırlanmayan anıların etkisi	5	3,00	3,00	Evet	Evet
8-Duyguları bastırmayı öğrenme	5	3,00	3,00	Evet	Evet
9-Çocukluk travmalarının etkisi	5	3,00	3,00	Evet	Evet
10-Boşaltılmayan duygunun etkisi	5	3,00	3,00	Evet	Evet
11-Bilinçaltının koruma refleksi	5	3,00	3,00	Evet	Evet
12-Başlatan, güçlendiren, tetikleyen olay	5	2,80	3,00	Kısmen	Evet
13-Geçmişin çözülmemiş sorunları	5	2,80	3,00	Kısmen	Evet
14-Karşılanmayan ihtiyaçların etkisi	5	2,60	3,00	Kısmen	Evet

Son olarak tablo 4.18'de geleneksel yöntemler arasında Geştalt terapiyi tercih eden 5 uzman "7-Bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer", "8-Duygularını yaşaması kısıtlanan çocuklar duygularını bastırmayı öğrenir", "9-Çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır", "10-Olumsuz duygu içeren olay üzerinden yıllar bile geçse olaydaki duygu boşaltılmadıkça sanki yeni olmuş gibi insanı etkilemeye devam eder" ve "11-Anksiyete belirtileri bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur" maddelerini ittifak halinde (3,00) tamamen doğru bularak katıldıklarını en az katılımı ise (2,40) ortalama değerleri ile "2-Anksiyete şikâyetlerinin temelinde bastırılmış bir duygu söz konusudur" ve "3-Anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir" maddelerine yaptıkları görülmektedir. Geştalt terapi yapanlar en az desteği 2. ve 3. maddelere karşı gösterecekleri de medyanlarına bakıldığında 2. maddeye ağırlıklı olarak evet cevabı verdikleri yine 3. maddenin ise kendilerine kısmen anlamlı geldiğini belirtmişlerdir.

4.4.2. Anksiyetenin Terapisine İlişkin Frekanslar

AHP'nin anksiyetenin terapisi için önerdiği yöntemleri içeren 15'ten 27'e kadar olan maddelerin hepsi nominal ölçekte tanımlandığı için analizleri ortalama üzerinden değil de frekans (tekrar etme) üzerinden olmuştur. Analizler yapılırken 5 adet geleneksel yaklaşım (psikanalitik, bilişsel davranışçı, Geştalt, varoluşçu, eklektik) ve analitik hipnoterapi SPSS'de multiple response set oluşturularak birleştirilmiştir. Böylece her bir uygulama için bu 5 yöntemi ve AHP'yi tercih edenlerin üç seçenekten hayır, bilgim yetersiz ve evet şıklarından hangisini ne kadar seçtiği tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 4.19 AHP'nin anksiyetenin terapisine ilişkin önerdiği yöntemlerin (15. madde) uygulanma frekansları (tekrar etme sıklıkları)

15-Hastanın çocuklukta anılarını ve ilişkilerini araştırımı				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 .0%	0 .0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	2 10,0%	0 .0%	18 90,0%	20
Geştalt Terapi	0 .0%	0 .0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 .0%	1 16,7%	5 83,3%	6
Eklektik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 .0%	0 .0%	16 100,0%	16

Tablo 4.19'a bakıldığında benimsenen farklı geleneksel terapi yaklaşımlarına ve AHP'ye göre anksiyetenin terapisine ilişkin önerilen yöntemlerden 15. maddeye nasıl yaklaştıkları görülmektedir. Buna göre psikanalitik, Geştalt ve AHP uygulayanların tamamı hastaların çocukluk anılarını ve ilişkilerini araştırmaktadırlar. Bu oran bilişsel davranışçı terapide %90 iken varoluşçu terapide %83,3'e düşmektedir.

Tablo 4.20 AHP yöntemlerinin (16.ve 17. madde) uygulanma frekansları

16-Sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	0 ,0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	2 10,0%	4 20,0%	14 70,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	1 16,7%	2 33,3%	3 50,0%	6
Eklektik Yöntem	2 28,6%	1 14,3%	4 57,1%	7
Analitik Hipnoterapi	0 ,0%	1 6,3%	15 93,8%	16
17-Sorunu tetikleyen oluşturan son olayda kalmam, semptomları güçlendiren olayları ve ilk başlatan olayı da araştırdım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	0 ,0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	1 5,0%	0 ,0%	19 95,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 ,0%	1 16,7%	5 83,3%	6
Eklektik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 ,0%	0 ,0%	16 100,0%	16

Tablo 20 de 16. madde için görüş belirten psikanalitik, Geştalt ve AHP uygulayanlar acı veren olaylara gittiklerini ve duygu boşalttıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran bilişsel davranışçı yaklaşımda %70 varoluşçu yaklaşımda ise %50'de kalmıştır. Bilişsel davranışçı terapi yapanların %10'u (2 kişi) bu işlemi bildiği halde uygulamadığını söylerken varoluşçuların %33.3'ü duygu boşaltma yönteminin nasıl uygulandığını bilmediklerini belirtmişlerdir.

17.maddeye bakıldığında ise yine psikanalitik, Geştalt ve AHP uygulayanların tamamı ve bilişsel davranışçı terapi yapanların da %95'i sorunla ilişkili görülen son olayda kalmadıklarını semptomları güçlendiren ve ilk başlatan olayları da araştırdıklarını belirtmişlerdir. Bu maddeye eklektik yöntemle terapi yapıyorum diyenlerin dışındakiler genelde olumlu yaklaşmışlardır.

Tablo 4.21 AHP yöntemlerinin (18. madde) uygulanma frekansları

18- Hastalığın temelindeki yanlış inanç, algı ve düşünceyi araştırırım				
	Hayır	Bilgin yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	0 ,0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	1 5,0%	2 10,0%	17 85,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	1 16,7%	1 16,7%	4 66,7%	6
Eklektik Yöntem	0 ,0%	2 28,6%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 ,0%	1 6,3%	15 93,8%	16

Tablo 4.21'de hastalığın temelindeki yanlış inanç, algı ve düşüncenin psikanalitik ve Geştalt terapi uygulayanların tamamı tarafından araştırıldığını bilişsel davranışçı yaklaşımda bu oranın %85 ve AHP'de de %93,8 olduğunu görmekteyiz. Yine eklektik terapi yaptığını belirtenlerin %28,6'sının yöntem hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.22 AHP yöntemlerinin (19, 20. maddeler) uygulanma frekansları

19- Sorunun oluşumu ile ilgili algısını inceler bilinçli bakış kazandırırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 .0%	0 .0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	0 .0%	2 10,0%	18 90,0%	20
Geştalt Terapi	0 .0%	0 .0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 .0%	2 33,3%	4 66,7%	6
Eklektik Yöntem	0 .0%	2 28,6%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 .0%	1 6,3%	15 93,8%	16
20- Sorunları ile ilişkili duygularından yola çıkarak geçmiş anlarındaki hesabı yarım kalmış, tamamlanamamış olaylardaki duyguları boşaltırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 .0%	0 .0%	10 100,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	1 5,0%	4 20,0%	15 75,0%	20
Geştalt Terapi	0 .0%	0 .0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 .0%	2 33,3%	4 66,7%	6
Eklektik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 .0%	2 12,5%	14 87,5%	16

Tablo 4.22’de 19.madde incelendiğinde bu yöntemi en fazla uygulayanların psikanalitik ve Geştalt terapi yapanlar olduğu görülmektedir. Ayrıca yöntemi bildiği halde uygulamayan hiçbir uzman bulunmamakta, yöntem hakkında bilgi yetersizliğinin ise varoluşçu ve eklektik terapi yapanlarda arttığı görülmektedir. 20.maddeye göre hesabı yarım kalmış olaylar üzerinde çalışanların, örneklemin %’de 100’ünün katılımı ile psikanalitik ve

Geştalt terapi yapanlar olduğu görölmektedir. Bu oran bilişsel davranışçı terapide %75'e varoluşçu terapide %66,7' düşmektedir. Ayrıca AHP uygulayanlardan da 2 kişinin %12,5 yöntemi bilmediği gözlenmektedir.

Tablo 4.23 AHP yöntemlerinin (21, 22. maddeler) uygulanma frekansları

21- Hastanın olumsuz duygu ile suçladığı kişileri af ettirerek duygunun olumsuz etkisini kaldıracak bir bilinçli bakış kazandırırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	2 20,0%	8 80,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	2 10,0%	4 20,0%	14 70,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 ,0%	2 33,3%	4 66,7%	6
Eklektik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	1 6,3%	2 12,5%	13 81,3%	16
22- Hastanın kendini hatalı gördüğü suçluluk ve pişmanlık duyduğu olaylar için kendini af ile kendi yararına bilinçli bir bakış kazandırırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	2 20,0%	8 80,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	1 5,0%	2 10,0%	17 85,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	1 20,0%	4 80,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 ,0%	2 33,3%	4 66,7%	6
Eklektik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	1 6,3%	2 12,5%	13 81,3%	16

Tablo 4.23'e bakıldığında kendinin ve başkalarının affi konularında en fazla uygulamanın AHP %81,3, Geştalt başkalarını %100 kendini %80,

psikanalitik %80 olarak görülmekte, bilişsel davranışçı terapistlerin ise af uygulamaları oranı başkalarının affi için %70'lerde iken bu oran kendinin affi çalışmalarında % 85'lere çıkmaktadır. Af çalışmasının nasıl yapıldığı konusunda bilgi yetersizliği AHP uygulayanlar için %12,5 iken bu oran geleneksel yaklaşımlarda yaklaşık %20'ler civarındadır.

Tablo 4.24 AHP yöntemlerinin (23, 24. maddeler) uygulanma frekansları

23- Af seanslarında sandalye ortamı tekniğini kullanırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	1 10,0%	4 40,0%	5 50,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	2 10,0%	9 45,0%	9 45,0%	20
Geştalt Terapi	0 0,0%	2 40,0%	3 60,0%	5
Varoluşçu Terapi	2 33,3%	4 66,7%	0 0,0%	6
Eklektik Yöntem	3 42,9%	1 14,3%	3 42,9%	7
Analitik Hipnoterapi	2 12,5%	5 31,3%	9 56,3%	16
24- Direk telkinlerde bulunurum				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	2 20,0%	5 50,0%	3 30,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	6 30,0%	4 20,0%	10 50,0%	20
Geştalt Terapi	1 20,0%	2 40,0%	2 40,0%	5
Varoluşçu Terapi	2 33,3%	2 33,3%	2 33,3%	6
Eklektik Yöntem	2 28,6%	1 14,3%	4 57,1%	7
Analitik Hipnoterapi	2 12,5%	4 25,0%	10 62,5%	16

Tablo 4.24’de bakıldığına 23. maddedeki af seanslarında sandalye ortamı tekniğinin kullanımı geleneksel yöntemler için %50 civarına düşmekte bu teknik varoluşçu terapistlerce hiç kullanılmamaktadır. Tekniği en fazla kullananlar %60 ile Geştalt ve % 56,3 ile AHP uygulayanların olduğu görülmekte geleneksel terapistler yaklaşık %40-66 arası teknik hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu belirtmektedirler.

24.maddede belirtilen hastaya yaklaşım yöntemi de en fazla AHP uygulayanlar 10 kişi %62,5, eklettik 4 kişi %57,1 ve bilişsel davranışçı terapistler 10 kişi %50 ile tercih edilmektedir. Psikanalitik %30 ve varoluşçular %33,3 terapilerinde direkt telkine fazla yer vermemekte ve bu yöntemi bildikleri halde psikanalitik %20 ve varoluşçu %33,3 tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.25 AHP yöntemlerinin (25. madde) uygulanma frekansları

25- Sorunun devam etmesinde ikincil bir kazancı varsa üzerinde çalışırım				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 ,0%	3 30,0%	7 70,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	0 ,0%	4 20,0%	16 80,0%	20
Geştalt Terapi	0 ,0%	1 20,0%	4 80,0%	5
Varoluşçu Terapi	0 ,0%	2 33,3%	4 66,7%	6
Eklettik Yöntem	1 14,3%	1 14,3%	5 71,4%	7
Analitik Hipnoterapi	0 ,0%	2 12,5%	14 87,5%	16

Tablo 4.25’te ikincil kazançlar üzerinde en fazla çalışan %87,5 ile AHP %80 oranları ile bilişsel davranışçı ve Geştalt terapistleri olduğu görülmekte ikincil kazançlar üzerinde çalışmayanların ise %12,5-30 arası yöntem hakkında bilgilerin yetersiz olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.26 AHP yöntemlerinin (26. ve 27. madde) uygulanma frekansları

26- Parça terapisi uyguladım (ego durumları)				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	0 0,0%	5 50,0%	5 50,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	4 20,0%	10 50,0%	6 30,0%	20
Geştalt Terapi	0 0,0%	3 60,0%	2 40,0%	5
Varoluşçu Terapi	1 16,7%	4 66,7%	1 16,7%	6
Eklektik Bir Yöntem	3 42,9%	2 28,6%	2 28,6%	7
Analitik Hipnoterapi	2 12,5%	3 18,8%	11 68,8%	16
27- Hastayı geleceğe yönlendirerek (geleceği imajine ettirerek) sorunun çözülüp çözülmediğini test ederim				
	Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	Toplam
Psikanalitik	1 10,0%	2 20,0%	7 70,0%	10
Bilişsel Davranışçı terapi	2 10,0%	2 10,0%	16 80,0%	20
Geştalt Terapi	0 0,0%	1 20,0%	4 80,0%	5
Varoluşçu Terapi	1 16,7%	3 50,0%	2 33,3%	6
Eklektik Yöntem	2 28,6%	1 14,3%	4 57,1%	7
Analitik Hipnoterapi	0 0,0%	0 0,0%	16 100,0%	16

Tablo 4.26’da 26.maddeye bakıldığında parça terapisinin terapistlerce az bilindiği, bilgim yetersiz diyenlerin psikanalitik ve bilişsel davranışçı için %50 Geştalt için %60 olduğu ve bu oranın varoluşçu terapistlerde %66,7 kadar çıktığı görülmektedir Parça terapisini en fazla uygulayanlar 11 kişi %68,8 oranı ile AHP uyguladıklarını belirtenler olmuştur.

Yine tablo 4.26’da 27. maddeyi inceleyecek olursak, analitik hipnoterpiyi tercih edenlerin soruya tümüyle (16 kişinin hepsi) %100 evet cevabı vermiştir. Öte yandan varoluşçu yaklaşımı tercih edenlerin (6 kişi) yarısı %50’si bu uygulama ile ilgili bilgiye sahip değildir. Oran olarak yöntemi bildiği halde uygulamadığını ifade edenler ise %28,6 ile eklektik bir psikoterapi yöntemi uygulayanlar olmuştur.

4.4.3. Geleneksel Yaklaşımlar AHP Karşılaştırması

Örnekleme oluşturan 40 kişiden 24’ü geleneksel terapileri, 16’sı ise analitik hipnoterapi uyguladığını bildirmiştir. 15-27 arası maddelerde AHP’nin anksiyetenin terapisi için kuramsal olarak önerdiği yöntemler hakkındaki frekanslara geleneksel yaklaşımlar alt gruplara ayrılmadan bir bütün olarak bakılarak AHP uygulayanlardan farklarının olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 4.27 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 15, 16, 17. yöntemlerin frekansları

15		Anıları araştırırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	3	2	19	24
	%	12,5%	8,3%	79,2%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	0	16	16
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
16		Duygu bileşenlerini boşaltırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	3	5	16	24
	%	12,5%	20,8%	66,7%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	1	15	16
	%	,0%	6,3%	93,8%	100,0%
17		Güçlendiren ve ilk başlatan olayı araştırırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	2	2	20	24
	%	8,3%	8,3%	83,3%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	0	16	16
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%

Tablo 4.27’de 15, 16, 17’den oluşan bu üç madde için, geleneksel ve AHP arasında ki en büyük fark 16. madde “Sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım” yaklaşımı olmuştur. Bu maddeyi AHP uygulayanların % 93,8’i evet şeklinde yanıtlarken bu oran geleneksel yaklaşımı benimseyenlerde %66,7’de kalmıştır. Ayrıca “15-hastanın çocuklukta anılarını ve ilişkilerini araştırırım” ve “17-sorunu tetikleyen oluşturan son olayda kalmam, semptomları güçlendiren ve ilk başlatan olayı da araştırırım” yaklaşımları için AHP uygulayanların tamamı N=16 ile %100 katılım gösterirken bu oran geleneksel yaklaşımlarda yaklaşık %80’ler civarına düşmektedir.

Tablo 4.28 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 18, 19, 20. yöntemlerin frekansları

18		Yanlış inanç ve algıyı araştırırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	1	5	18	24
	%	4,2%	20,8%	75,0%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	1	15	16
	%	,0%	6,3%	93,8%	100,0%
19		Bilinçli bakış kazandırırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	0	4	20	24
	%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	1	15	16
	%	,0%	6,3%	93,8%	100,0%
20		Hesabı yarım kalmış olayları kapatırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	2	4	18	24
	%	8,3%	16,7%	75,0%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	2	14	16
	%	,0%	12,5%	87,5%	100,0%

Tablo 4.28’de 18, 19, ve 20. maddelerdeki yaklaşımlar ve yöntemler için geleneksel ve AHP uygulayanlar arasındaki farka bakıldığında AHP uygulayanlar daha yüksek bir oranda bu yöntemleri uyguladıklarını ve bildiklerini belirtmişlerdir. Ancak 19. madde “Sorunun oluşumu ile ilgili

algısını inceler bilinçli bakış kazandırırım” yaklaşımına her iki kesimden de hayır diyen olmamıştır. Bu yaklaşıma ya uygulamalarında yer vermektedirler ya da bilgileri yetersiz olduğu için uygulamamaktadırlar.

Tablo 4.29 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 21, 22, 23, 24. yöntemlerin frekansları

21		Suçlananı af ettiririm			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	2	8	14	24
	%	8,3%	33,3%	58,3%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	1	2	13	16
	%	6,3%	12,5%	81,3%	100,0%
22		Kendini af ettiririm			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	1	7	16	24
	%	4,2%	29,2%	66,7%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	1	2	13	16
	%	6,3%	12,5%	81,3%	100,0%
23		Sandalye tekniğini kullanırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	4	12	8	24
	%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	2	5	9	16
	%	12,5%	31,3%	56,3%	100,0%
24		Direkt telkinlerde bulunurum			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	7	7	10	24
	%	29,2%	29,2%	41,7%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	2	4	10	16
	%	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%

Tablo 4.29’da 21 ve 22. maddelerde başkalarını ve kendini af uygulamaları için 13 kişi %81,3 oranı ile AHP uygulayanlar başkalarını af 14 kişi %58,3 ve kendini af 16 kişi %66,7 oranları ile geleneksel yaklaşımı uygulayanlara göre yöntemi daha fazla kullandıklarını ve bildiklerini belirtmişlerdir. Aradaki fark 23. madde, sandalye tekniğinde daha fazla açılmış geleneksel terapistlerin 12’si %50 bu tekniği bilmediklerini ancak 8 kişi %33,3

uyguladıklarını belirtirken sandalye tekniğini uyguladığını belirten AHP uygulayanlar ise %56,3'lük bir oranla gelenekselle arasında ciddi bir fark olsa da bu yöntem için diğer maddelere göre daha düşük bir katılım gösterdikleri gözlenmektedir. Ayrıca 24. Maddede belirtilen direkt telkinleri AHP uygulayanlar 10 kişi %62,5 ile geleneksel terapistlerden 10 uzman %41,7'e göre daha fazla kullandıkları gözlenmektedir.

Tablo 4.30 Geleneksel terapiler AHP karşılaştırması 25, 26, 27. yöntemlerin frekansları

25		İkincil kazançlar üzerinde çalışırım			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	1	8	15	24
	%	4,2%	33,3%	62,5%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	2	14	16
	%	,0%	12,5%	87,5%	100,0%
26		Parça terapisi uygulamam			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	5	17	2	24
	%	20,8%	70,8%	8,3%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	2	3	11	16
	%	12,5%	18,8%	68,8%	100,0%
27		Sorunun çözümünü gelecekte test ederim			Toplam
		Hayır	Bilgim yetersiz	Evet	
Geleneksel Yaklaşımlar	Sayı	4	9	11	24
	%	16,7%	37,5%	45,8%	100,0%
Analitik Hipnoterapi	Sayı	0	0	16	16
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%

Tablo 4.30 incelendiğinde 25. ve 27. Maddeler için AHP ile geleneksel yaklaşımlar arasında ciddi bir fark görülürken 26. Madde parça terapisi için geleneksel terapistlerin yöntemi hiç bilmediği %70,8 buna karşın AHP uygulayanların ise parça terapisini uyguladıkları %68,8 söylenebilir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA

İnsanoğlunun var olduğu günden bu yana onunla birlikte var olan (Roth, 2007:11) anksiyetenin asıl amacı yaşamla uyum sağlayabilmek ve karşılaşılan zorluklarla başa çıkmak iken, şiddeti, süresi ve etkileri ile bu işlevinden saparak bir bozukluğa (Işık ve Işık Taner, 2006:3) ve %25'lerle (Karamustafalıoğlu, 2009) ifade edilen bir yaygınlığa dönüşmesiyle bir toplum sorunu haline gelmiş, çözüm bekleyen çok ciddi bir problemdir. Anksiyete bir bozukluğa dönüştüğünde yaşam kalitesini bozduğu gibi, insan performansını ve verimini düşürmekte ve çözüm getirilmediğinde diğer bedensel ve ruhsal hastalıklara zemin oluşturmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006:3-4).

5.1.1. Bir Problem Olarak Anksiyete Bozukluğu

Problemlerin anlaşılması ve çözümüne yaklaşımlarda bilimsel ölçütler atılacak adımları gösterse de, bilimin kendisinin de mutlak olmayan birtakım paradigmalara iş görmesi (Tokat, 2006) bu adımların atılmasında, bakış açılarına da önem kazandırmaktadır. Bu çalışmanın giriş bölümünde yapılan literatür taramasıyla anksiyete probleminin anlaşılması, oluşum nedenleri ve anksiyete bozukluklarının tedavisine yönelik uygulamalar incelendiğinde, anksiyete bozukluklarının oluşumunu açıklayan yaklaşımları ve iyileştirmek için bir çözüm sunan müdahale modellerini yeniden çerçeveleyerek, büyük bir resmin içinde görmeyi (Dilts, 1999:47) sağlayacak sistemsel bir yaklaşıma ve perspektife olan ihtiyaç görülecektir.

Problemin çözümüne sistemik yaklaşımı gerekli kılan odağında insanın söz konusu olduğu anksiyete bozukluklarının neden sonuç ilişkisinin ötesinde karmaşıklıkları içermesidir (Dövücü, 2012; Tecim, 2004). Çünkü insan davranışlarını konu edinen sosyal bilimlerde fen bilimlerindeki gibi denklemler kurmak zordur (Karasar, 2009:11; Tecim, 2004). Bu araştırmanın anksiyetenin

etiyojisi ile ilgili bölümünde değinilen anksiyetenin oluşumuna ilişkin farklı yaklaşımlar ve psikoterapi pratiğinde her yıl önceki yıllara nazaran hızlanan değişimler (Roth, 2007:11) göz önüne alındığında anksiyete probleminin anlaşılması ve çözümüne yönelik bilimin olgusalılık, sistemlilik, genelleyicilik, evrensellik, birikimlilik, gibi ilkelerine (Karasar, 2009:12) rağmen eksik olanın doğruların sadece bir bölgesine noktasal bir ışık tutulması olduğu ve tüm bu parçaları bir bütün içine yerleştirecek sistemsel bir çözümleme ve terapi yönteminin olmamasının olduğu görülecektir. Zaten bu nedenle de tüm bu değişimlere rağmen anksiyete bozuklukları halen çözülmemiş bir problem olarak durmaktadır. Örneğin anksiyete bozukluklarının ilaçla tedavisinde iyileşme görülme oranı %50'yi geçmemektedir (Alkın ve diğerleri, 2004:7-16), bu oran panik atak hastalarında %50 (Alkın ve Onur, 2007:33) iken sosyal fobi hastalarının ilaca yanıt vermeme oranları %35-65 (Gökalp, 2004:99) arasındadır. İlaçların plasebo etkileri (Uran 2011:270) ve ilacın bırakılması ile problemin geri dönmesi de (Özdel ve diğerleri 2009) göz önüne alındığında sorulması gereken soru şudur: Anksiyete bozuklukları bu kadar fazla farmokolojik tedavilere ya da ilaç-psikoterapi kombine tedavi yaklaşımlarına rağmen niçin hala bir toplum sorunu olacak kadar (Karamustafalıoğlu, 2009) yaygındır? Bu sorunun yanıtına kapı aralayabilmek için anksiyete bozukluklarını açıklayan ve çözüm öneren tüm yöntemleri farklı bir kategori içinde sistemsel, yaklaşımlar stratejik yaklaşımlar ve semptomsal yaklaşımlar şeklinde ele almak bu çözüme bir katkı yapacaktır.

Söz konusu olan anksiyete bozukluğu gibi insanla ilgili problemlerde değişkenlerin, sayıca fazlalığı ve birbirleri ile etkileşim içinde olan parçaların ve değişkenlerin, birlikte değişim göstermesi, bazen sonuçların nedene dönüşmesi ya da tersinin olması gibi (Akça ve diğerleri 2011) durağanlıktan uzak yapı anlamayı zorlaştırmakta ve karmaşıklarıdır. Bu yapı nedeni ile anksiyete ile ilişkili bulunan değişkenlerin anksiyete için bir öncül mü olduğu yoksa kaygının bir sonucu mu olduğu (Akça ve diğerleri 2011) tartışmalıdır. Bir fizik kanununun netliği ile insanı ve insan davranışını inceleyen bilim dallarının bu konulardaki yaklaşımları arasındaki fark ve bu

alandaki problemlere çözüm getirmedeki zorluklar, farklı kuramsal çözümlere rağmen buradan kaynaklanmaktadır (Tecim, 2004).

Anksiyete bozukluklarının oluşumuna ve iyileştirilmesine yönelik tüm yaklaşımları anlaşılır bir resim içinde sunabilmek için yeniden çerçeveleyerek üç farklı kategoride tartışabiliriz, bunlar;

1. Anksiyete semptomlarını (belirtileri) anlamaya ve bu belirtileri kaldırmaya yönelik çözümler,

2. Anksiyete problemini oluşturan yapıyı anlamaya ve bu yapıya ilişkin çözümler ve

3. Anksiyete bozukluklarını oluşturan sistemi anlamaya ve bu sisteme yönelik çözümler

Semptomlar (belirtiler) daha çok yüzeyde görülen ve bir sistemin ürettiği son halka yani sürecin sonuç kısmıdır. Biyolojik açıklamalar da olduğu gibi neden sonuç ilişkisi ile ya da sistemi oluşturan bütünün alt parçalarından birine odaklanarak etki tepki mekanizmalarının işleyişlerine göre, problemi en yüzeyde yani bedende arama ve çözme çabalarındaki bu yaklaşımlar en basit düşünce düzeyinin ürünleridir. Anksiyete bozuklukları 1970'lerin sonlarına kadar tıbbi modelden muaf tutulmaktaydı (Roth, 2007:12-13). Anksiyetenin tıbbi bir problem olarak ele alınıp tedavi edilmesine ilişkin ilk başarı Donald Klien adında bir psikiyatrist ve Upjohn ilaç şirketinin Xanax'ın panik bozukluğu endikasyonuna karşı onay alması ile başladı, bu adımın arkasında panik atağın öğrenilmiş bir olgudan ziyade biyolojik nedenli olduğu düşüncesi yatıyordu (Roth, 2007:12-14). Tıbbi model bir hastalığı etiyojisi, seyri, ve belirli tedavilere verdiği yanıtla tanımlayabileceğini varsayar (Roth, 2007:14) semptom tedavileri de diyebileceğimiz bu yaklaşım içinde beyin kimyasındaki dengesizlikleri, kimyasallarla düzenleyerek çözüm sunma çabaları bu yaklaşımın bir ürünüdür. Bu yaklaşımın alanda be denli yaygın görülmesinde psikiyatrların maliyet randımanı (kısa sürede çok fazla hasta ile ilgilenilmesi zorunlulukları) nedeni ile daha az sıklıkla psikoterapi yapma ve aktivitelerini

psikofarmakolojik tedavi ile sınırlamalarının da etkisi vardır (Yalom I. D., 2007:9). Psikotrop ilaç tedavilerine yönelik bir araştırmada mükemmeliyetçilik gibi kişilik yapılarından kaynaklanan depresyon ve ona eşlik eden anksiyetenin giderilmesinde psikotrop ilaçların etkili olduğu görülmüştür (Gül, Yılmaz, ve Berksun, 2009). Tedavinin etkinliği ile ilgili böyle bir sonuç için şunu söyleyebiliriz. Psikofarmakolojik tedavinin anksiyeteyi azaltabildiği ama hastanın karakter yapısının temel öğelerinde herhangi bir değişime yol açmadığını bilerek (Sifneos, 2010:198) eğer hasta başka türlü tedaviye uygun değil ise ve farklı bir alternatifin uygulanması zorluklar içeriyor ise ilaç tedavisi tek alternatif olarak kalabilir. Ancak böyle bir zorunluluk olmadan da psikotrop tedavi alternatifsiz uygulanıyorsa, burada sorulması gereken soru şudur: İlacın etkisi, hastalığın kaynaklandığı mükemmeliyetçi kişilik yapısında bir değişiklik yapmıyorsa bu yapı ilaç bırakıldığında aynı semptomları tekrar üretmeyecek midir? Bu şekilde uzun dönem psikotrop ilaç tedavisinin yan etkileri, diğer hastalıklarla olabilecek olumsuz etkileşimleri, ilaca bağımlı olmanın zararları ve uzun dönem maliyeti, tolere edilebilecek bir seçim midir? Burada hasta için tedavi alternatifleri içinde tedavi şeklini belirleyici olanın yine hastanın özellikleri olması gerekmez mi?

Semptomlara yönelik tedavilerin bir adım ötesi bu semptomların altındaki yapıyı anlama çabalarıdır ve daha stratejik düşünebilmeyi gerekli kılar. Stratejik düşünme, hedefe varmak için değişkenliklerin içinde belirsizliği azaltacak bir yol ve yön bulmak demektir (Satı ve Işık, 2011). Daha stratejik düşünerek yapıyı anlama çabaları sonucunda anksiyete problemlerinin arkasında biyolojik faktörlerin mi yoksa psikolojik faktörlerin mi daha önemli olduğu sorununa (Roth, 2007:14) biyolojik ve psikolojik tedavilerin kombine edilmesi bir son vermiştir (Özdel, Yılmaz, ve Soykan, 2009). Bu yaklaşım ilk adımdaki gibi semptomatik özellikleri devam ettirse de (Özdel ve diğerleri 2009) daha karmaşık bir problemi çözmeye hazır olmak için daha stratejik düşünmeye atılan bir adımdır. Bu adımın atılmasındaki temel etken de klinik deneyimleri içeren araştırma sonuçlarıdır. Örneğin yaygın anksiyete bozukluğunun Benzodiyazepin tedavisine %65 vakanın bir-iki hafta içinde yanıt vermesine rağmen yine bir yıl içinde %65 hastanın yakınmalarının

tekrarından şikâyetçi olmasının bu ilaçların hastalığın çekirdeği olarak düşünülen patolojik endişe ve tekrarlamalarla karakterize “bilişsel” duruma etkili olmadıkları sonucuna varılması (Özdel ve diğerleri 2009) gibi araştırma bulgularının etkisi araştırmacıları yapıyı anlamaya ve probleme yapısal çözümler sunmaya itmiştir. Bu arayışa Xanax’ın başarısının sınırlarının anlaşılması ile Freud’un sadece semptomlarla sınırlı kalınmayıp bunun ötesine geçerek anksiyetenin dinamiklerinin bireyin güdülerinde, savunmalarında anlamlı duygu ve düşünce topluluklarında aranması öğretisine (Roth, 2007:14) tekrar bir dönüş olarak bakılabilir. Psikoterapilerin yapmaya çalıştığı da bu olmakla birlikte birçoğu yine yapının içinde bütünün bir parçasına ağırlık ve önem vermekte, yakaladığı etkili ve etkin bir açıklama ve aydınlanmaya dayalı kısmı, (Bölüm 2 Etiyoloji’ye bkz.) bir bütün gibi, hatta bunun ötesinde bir sistem gibi algılamakta ve sunmaktadır. Anksiyete bozukluklarının iyileştirilmesinde kombine tedavi metotları olarak semptomdan yapıya doğru inildikçe daha yapısal çözüm araçları olarak maruz bırakma teknikleri (Tunschen ve Fegenbaum, 2007:61-89), bilişsel terapi teknikleri (Hofmann ve DiBartolo, 2007:89-116), progresif relaksasyon (kademeli gevşeme) (Lehrer ve Carr, 2007:117-152), otojenik eğitim (Beasley ve DeMaso, 2007:153-188), psikodinamik terapiler (Almond, 2007:189-214), bilişsel-davranışçı terapiler (Gruber ve Heimberg, 2007:245-286; Wilhelm ve Jürgen, 2007:287-319) gibi terapötik yaklaşımlar kullanılmaya başlanmıştır.

Problemin anlaşılmasında ve çözümünde üçüncü ve en gelişmiş olan aşama ise anksiyete bozukluklarını oluşturan sistemi anlamayı ve çözümünü içinde bir sistem sunmayı gerektiren sistemsel düşünme (Dövcü, 2012; Tecim, 2004) aşamasıdır. Avusturyalı bir biyolog olan Bertalanffy (1968), olayları anlamak için sistem düşüncesini kullanma fikrini ortaya atarak bütün sistemleri etkileyen disiplinleri formüle eden genel bir disiplin anlayışı bulmuş ve ona ‘*Genel Sistem Teorisi*’ adını vermiştir. Bu teoriye göre sistemi, birbirinden ayrılamaz parçalara sahip bir bütün olarak tanıtmakta ve bu tarif Aristo’nun “bütün, parçaların toplamından daha fazla bir şeydir” tanımlamasına denk düşmektedir. Sistem düşüncesi, geniş bir bakış açısı ile

tüm yönleri hesaba katan, problemin farklı parçaları arasındaki ilişkilere odaklanan bir yaklaşımdır (Dövcü, 2012; Tecim, 2004).

Anksiyete bozukluklarının çözümünde mekanizmayı bütünü ile anlamak ve çözümü için bir sistem geliştirmenin önemine Yalom'un (2007) ruh sağlığı problemlerini çözebilmek için birçok disiplinin bir araya gelmesi ve işbirlikçi bir iklimden bahsetmeside katkı verici niteliktedir. Roth'un (2007:116-17) anksiyete bozukluklarının tedavisinde biyolojik, psikolojik araçların yanında sosyo-kültürel çevrenin sonucunu da eklemesi bu sistemi anlamaya yönelik bir başka adım sayılabilir.

Ayrıca anksiyete bozukluklarına daha sistemsel yaklaşılması gerektiğini destekleyecek bir başka görüşte tedavi yaklaşımlarının ve kanıta dayalı bilgilerin derlenip eleştirel bir süzgeçten geçirildikten sonra uygulanabilecek tedavi algoritmalarının hazırlanmasının gerekliliğinden bahsedilmesidir (Alkın ve Onur, 2007:34). Bu görüşe göre bu tedavi algoritmaları anksiyete bozukluklarının tedavisinde yararlı olabilecek bilgileri sürekli güncelleştirmeli, esnek, değişime ve gelişmeye açık, hastaya ait özelliklere önem veren, yeni araştırmalardan ve klinik deneyimlerin sonuçlarından sürekli geliştirilip yenilenen modeller olarak ele alınmalıdır denmektedir (Tükel, 2004:11-12). Gestalt terapide de bir anlamda organizmanın işlevlerinin tam anlaşılmasının ya da çevreyle ilgili tüm bilgilerin ortaya konulmasının bütünü ortaya çıkarmayacağı belirtilmektedir. Çünkü tek başına organizma ve onun soyutlamaları olan zihin, ruh, beden ile tek başına çevre birçok bilimin konusudurlar. Ancak psikolojik durumu etkileyen bir diğer faktörde aradaki etkileşimlerdir. Bunların gözden kaçırılması da şu ana dek hem normal hemde anormal psikoloji için yeterli bir kuramın oluşturulmasını önlemiştir denmektedir (Perls, Hefferline, ve Goodman, 1993:44).

Bu araştırmada da psikoterapistlerin anksiyete problemlerine daha kuşatıcı ve sistemsel yaklaşıma ihtiyaçlarını gösterici bulgulara ulaşmıştır. Bu çalışmada tablo 4.3'e bakıldığında anket katılımcılarının anksiyete bozuklukları için psikoterapi uygulamalarında ortalama iki psikoterapi ekolüne yer verdikleri,

yine her birinin yaklaşık iki psikoterapi yaklaşımını çözüm için önerdikleri yine tablo 4.4'e bakıldığında ise hipnoterapi uygulayanların yaklaşık üç hipnoterapi yaklaşımına uygulamalarında yer verip yaklaşık iki hipnoterapi yaklaşımını anksiyete bozukluklarında önerdikleri görülmektedir. Bunların %11,3'ünün ise (7/62) işaretleme ile eklektik bir psikoterapi yöntemi uyguladıkları görülmektedir. Bu sonuçlarda psikoterapistlerin anksiyete bozukluklarına bir psikoterapi yaklaşımını yeterli bulmadıklarını ve birinin eksikliğini bir diğeri ile tamamlamaya çalıştıklarını göstermektedir. Türkiye'de Tahir Özakkaş'ın bütüncül psikoterapi yaklaşımı bu boşluğu görmenin sonucu olabilir. Çünkü Özakkaş (2004:16), çalışmalarında insanı organik ve ruhsal yapısı ile bir bütün olarak kuşatmaktan ve algılamaktan bahsetmekte ve tek bir ekolün dar kalıpları yerine klinik tablonun uyduğu ekoller incelenerek bir tedavi yaklaşımının geliştirilmesinin gerekliliğini öne sürmektedir.

Anksiyete bozukluklarının oluşum ve tedavisini ele alan yaklaşımlar için semptomik, yapısal ve sistemsel olmak üzere yapılan bu üç kategorizasyon ekseninde tartışmaya devam edildiğinde şunlar söylenebilir: Literatür taramalarında elde edilen anksiyete bozukluklarının oluşum neden ve etkenleri arasında genetik, biyolojik, nörobiyolojik ve beyin kimyası yönü ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006:16-35). Sadece bu yöndeki araştırma sonuçları anksiyete bozukluklarını bütünü ile açıklıyor ise tıbbi model önemli oranda anksiyete bozukluklarının tedavisinde ön plana çıkmaktadır denebilir. Ama açıklamıyorsa ki literatür bunu göstermektedir, (Bölüm 2 Etiyoloji'ye bkz.) o zaman daha farklı bir modele ihtiyaç duyulduğu da ortadadır.

Çünkü anksiyete bozukluklarının oluşum nedenlerini çocukluk çağı olayları, gelişimsel etkenler, olumsuz yaşam olayları, önceden yaşanmış travmalar ve mizaç özelliklerine bağlayan yaklaşımlar (Işık ve Işık Taner, 2006:16-35) da bulunmaktadır. Bu yaklaşımları anksiyete bozuklukları ile çocukluk çağı ilişkisini belirgin olarak gösteren araştırmalar da (Örsel ve diğeri 2011) desteklemektedir. Bunların yanı sıra anksiyetenin oluşumunda psikodinamik görüş, öğrenme kuramları bilişsel davranışçı, varoluşçu ve diğer

kuramsal yaklaşımlar (Alkın ve Onur, 2007:27; Burger, 2006:201-628) da göz ardı edilemeyecek farklı yönler dikkate alınmaktadır. Tüm bunlarında anksiyete bozukluklarını açıklayan biyolojik yaklaşımlara göre daha yapısal anlama ve çözüm arayışları olduğu dikkate alındığında çözüm için vurguladığımız sistemsel yaklaşım önem kazanmaktadır.

Probleme bu açıyla bakıldığında ruh sağlığı alanının diğer disiplinlerle ilişkisini kısıtlamak anksiyete probleminin çözüm arayışlarında da bir kısır döngüyü beraberinde getirecektir. Yakın dönemde ABD’ de gelinen nokta olan işbirlikçi iklim (Yalom I. D., 2007:9) ise anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerinin çözümüne bilimin farklı alanlarının destek ve katkılarını sağlayacak bir gelişmedir.

Bütün bunlardan sonra şunu sorabiliriz. Analitik hipnoterapi anksiyete bozukluklarını anlayan ve çözüm getiren bir sistem midir? Evet, burada AHP’ ninde içinde barındırdığı ögeler ve uygulanan yöntemler bütünü ile eklektik (Morison ve Philips, 2001:7-15) yaklaşımları, duyu temelinde algı, inanç, biliş davranışla ilgili sürece çok boyutlu bakışı açısından bir sistemdir denilebilir ancak asıl sorun gerçekteki nesnel, objektif, büyük resimle ne ölçüde örtüşen ve bu resmin ne kadarının üzerine oturan bir sistemdir dersek bunun cevabını bu araştırma önünde ki iki engel nedeni ile veremez. Çünkü bu cevabın verilebilmesi için öncelikle anksiyete bozukluklarını oluşturan doğadaki nesnel ve doğal sistem ve bu sistemin bileşenleri nedir sorusunun cevabının bulunmuş olması gerekir. İkinci olarak da aradaki örtüşmeyi ölçebilecek ayrı bir çalışma yapılmalıdır.

Ancak bu çalışmanın kapsamı içinde varsayımsal olarak anksiyete bozukluklarının oluşumu ve tedavisi için bilimin öngörülerini bir süzgeçten geçirilmeden doğadaki doğal sistemin bir haritası olarak kabul edecek olursak AHP’ nin odağındaki ve bileşenlerindeki parçalarla bu harita arasındaki ilişki ve farklara bakabiliriz. Zaten bu çalışma da psikoterapilerle ilgili kısmın bir boyutunda kısmen bunu gerçekleştirmeye çalışmıştır. Bu araştırma AHP’ nin anksiyetenin oluşumu ve tedavisi için farklı kuramlardan alarak geliştirdiği

yaklaşımları kısıtlılıkları içinde 26 madde ile (bkz EK-1) özetlemeye çalışmış ve bu varsayım ve terapi yöntemlerini alanda hem AHP uygulayanlara (N=16) hem de geleneksel psikoterapistlere (N=24) sormuştur (bkz. Tablo 4.3 ve 4.4). Toplanan verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan sonuçlar AHP'nin diğer geleneksel terapi yöntemleri ile ilişkisini ve farklarını ortaya koyarak AHP'nin anksiyete bozuklukları için nasıl bir haritaya sahip olduğu hakkında fikir vermesi amaçlanmıştır.

5.1.2. AHP'nin Hipnotik Araçlarla ilişkisi

Analitik hipnoterapi uygulamaları bazı hipnotik araçları ve bu araçlarla elde edilen trans fenomenlerini içermektedir (Uran, 2011:83-263). Çünkü anksiyete davranışlarının en önemli belirleyicileri bilinçsiz kökenlidir. Geçmişin deneyimleri, koşullanmalar, bastırılmış duygular bugünün tutumlarını ve çatışmaların kökenlerini oluşturmaktadır (Wolberg, 1996). Regresyon çalışmalarında 'yaş gerilemesi' geçmişe gitme ve tam tersi olan durum geleceğe gitme, zamanı genişletme ve daraltma 'zaman distorsiyonu' (C. Uzuner ve S. Uzuner, 2007:116; Özakkaş, 1995:425-430) gibi trans fenomenleri ile çalışılır. Örneğin travmatik anılar tekrar yaşandığında bu anılar adeta yavaş çekimde ayrıntıları ile yaşanır 'ekmnezi' (geçmişini yeniden yaşama) (Özakkaş, 1993: 479) bu sayede duygu boşaltımı ve yeni bir bilinçli bakışla olayın etkisinden arındırılır ya da transta geçirilen zamanın çok hızlı geçtiği algısı telkinle oluşturulabilir. Ayrıca bir başka trans fenomeni olan anın içinde, geçmişteki deneyimi ile bütünleşerek yaşama 'asosiye olma' (Nişanyan, 2002; Yüksel, 2002)) ya da tam tersi bir yaklaşımla anıyı hatırladığında gözlemci durumunda kalarak kendine dışarıdan bakar gibi 'disosiye olma', gelecekte problemle yüzleşip problemi çözmüş olarak kendini görme 'pozitif halüsinasyon' bu trans fenomenlerine örnek verilebilir. Bu fenomenler direkt veya dolaylı telkinlerle oluşturularak anksiyete bozukluklarının terapisinde kullanılmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının ise bazı trans fenomenleri ile ilişkisi kurulabilir. Bunlara göz atıldığında aşırı irritabilite, huzursuzluk, yerinde

duramama (Işık ve Işık Taner, 2006:26), ‘hiperestezi’ (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91; Özakkaş, 1993: 479) ve ‘hipersensitivite’, geleceğe dair olumsuz beklentilerin tetiklediği ‘negatif halüsinasyon’ (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:113; Özakkaş, 1993:245-295; Özakkaş, 1995:510) olumlu durumları görememe fakat olumsuz durumlar için ‘pozitif halüsinasyon’ (Özakkaş, 1993: 243-294), kötü şeyler olacak beklentisini tasarlama ve imajine etme (Kocabaşoğlu, 2008), yine geçmişteki olumsuz, acı veren anılarda zamanın genişlemesi, ‘zamanın çarpık algısı’, anksiyete bozukluklarında görülen doğal ve hastalıkla birlikte görülen trans fenomenleridir. Bunların yanı sıra olumsuzluklara karşı ‘hipersensitivite’ aşırı duyarlılık (Işık ve Işık Taner, 2006:27), olumsuz ile ‘asosiye olmak’ bütünleşmek (Kocabaşoğlu, 2008) ve olumlu olan anılar, güvenli şimdi ve gelecek tasarımı ile bütünleşmemek ve bunlarla ‘disosiye olmak’ ve bunlara karşı duyarlılığın tam tersi olan ‘anestezie’ duyarsızlık içinde bulunmak, yaşamındaki güvenli alanları ve bu güvenli alanları oluştururken kullandığı kaynakları unutma (Alkın ve Onur, 2007:298; Çetin, 2009:67; Işık ve Işık Taner, 2006:26), ‘amnezi’ (Özakkaş, 1995:337) fakat negatifler hakkında olumsuz bir biliş oluşturacak kadar aşırı hatırlama (Alkın ve Onur, 2007:298; Işık ve Işık Taner, 2006:26), ‘hipermnezi’ (Özakkaş, 1993:479; Özakkaş, 1995:508) fenomenleri de anksiyete bozuklukları için klinik görünümle (Bölüm 2.1.2. Klinik Görünüm Bkz.) ilişkilendirilebilir. Ancak bu fenomenlerin oluşumunda bilinçdışı süreçler etkili olsa ve engellenemese bile psikotiklerdeki gibi tamamen gerçeklikten kopuk, uzun süreli ve bilinçli farkındalığın dışında değildir. Ancak sonuçlarının olumsuz etkileri nevrotik hastaları da etkilemektedir. Özellikle psikotiklerde görülen halüsinasyonlar için yapılan araştırmalarda bu tür fenomenler duyuşal uyarılarda ve girdilerde azalma sonucunda normal algılama sırasında etkin olan merkezi sinir sistemi yapılarının (kortikal etkinlik) kendiliğinden faaliyet göstermeye başlaması ile açıklanmaktadır. Bu durumu açıklayan diğer bir model ise duyuşal bellek ile ilgili bölgelerde anormal kortikal uyarılabilirliği ifade etmektedir. Bu modellere göre halüsinasyon (varsanı) sırasında hem disinhibisyon (şartlı refleksin yitimi) hem de irritasyon (uyarılma, aşırı duygu heyecan gibi) süreçler etkin olmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2005).

O zaman burada Şu soru sorulabilir. Trans fenomenlerinin insan davranışları içinde yeri nedir? Bunlar en temel hayatta kalma stratejileri ya da en nihai savunma mekanizmaları olabilir mi? Bir tehdit durumunda en temel insan davranışı ve anksiyetenin ilk semptomu ve aynı zamanda bir trans fenomeni olan ‘hipersensitivite’ ve ‘hiperaktivite’ tehditten kaçmak ya da savaŐmak, bu ikisini yapamıyorsa donup kalarak (Uran, 2006:43-91) ‘katalepsi’ (C.Uzuner ve S. Uzuner, 2007:90-91) fenomenini göstererek tehdede teslim olmanın bir yönü mücadeleyi içeren anksiyetenin, öbür ucu çaresizliği gösteren depresyonun en ilkel Şekli olabilir mi? Burada tohumu atılan ve dikkat çekilen bu sorular bu konuya ilgi duyan araştırmacılar tarafından araştırılabilir.

Bu araştırmada AHP’nin hipnotik yöntemlerle ilişkisine baktığımız da tablo 4.9 da yapılan Spearman’s rho analizi sonuçlarına göre uygulanan hipnoterapi yaklaşımları ile AHP’nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal görüşleri arasında direkt telkin, Ericksoncu yöntemler ve parça terapisi ile (Sig.<0,05) korelasyon bulgusu elde edilmiştir. Bu bulgulara göre analitik hipnoterapinin anksiyetenin terapisinde önemli bir yeri olan parça terapisi ile arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu ve yöntemin alanda uygulama bulduğunu göstermektedir. Ayrıca AHP uygulayıcılarının direkt telkin ve Ericksoncu yöntemlere de yer verdiklerini bulgular göstermektedir. Yine tablo 4,4’e bakıldığında AHP de dâhil olmak üzere hipnoterapi uyguladığını söyleyenlerin indüksiyon tercihlerine bakıldığında uzmanların daha çok kendi hipnotik indüksiyon yaklaşımını geliştirdikleri (%24,4) bunu Dave-Elman (%20) ve Ericksoncu yöntemlerin (%17,8) takip ettiğini ve uzmanların ortalama iki indüksiyon yöntemini (%214,3) kullanmayı tercih ettiğini anlamaktayız.

Bu verilerden hareketle bu örneklem için AHP uygulayıcılarının sıklıkla direkt telkin ve Ericksoncu yaklaşımlara uygulamalarında yer verdiğini ve literatürde karŐılaŐıldıđı Şekilde AHP’nin hipnotik uygulamalarla sıkı bir ilişki içinde olduğunu (Kaya, 2011:156-157) söyleyebiliriz.

5.1.3. Anksiyetenin Oluşumunda İlişki ve Farklar

AHP'nin anksiyete bozukluğunun oluşum sürecine yönelik kuramsal görüşleri ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı bu araştırmada çözüm getirilmek istenen problemlerden biridir.

Bu problem çerçevesinde kuram ve alan arasındaki bu ilişki incelenirken bulguların elde edildiği alandan alınan örnekleme tanımak için psikoterapistlerin anksiyete bozukluklarında uyguladığı psikoterapi yöntemlerinin dağılımına (tablo 4.3) bakıldığında en sık kullanılan yöntemin bilişsel davranışçı yaklaşım (%32,3) olduğu katılımcıların birden fazla şıkkı işaretleyerek yaptıkları çoklu seçmeli frekans analizinde görülmektedir. Bunu %16 ile psikanalitik yaklaşımlar, % 11 ile de eklektik yaklaşımlar izlemektedir. Bu oran bilişsel ve varoluşçu yaklaşımlarda %9,7, Geştalt ve davranışçı terapilerde ise %8,1'e düşmektedir. Ayrıca ankete cevap veren uzmanlar anksiyete bozukluklarında yaklaşık iki yöntemi kullanmakta oldukları görülmektedir.

Literatür taraması ve uzman görüşü ile belirlenen AHP'nin kuramsal varsayımlarından “hastanın sorunu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersizdir” maddesine inanç (1,71) ortalama oranı ile negatif çıkmıştır. Güvenilirlik analizlerinde de bu madde çıkartılmadığı takdirde Cronbach alfa değerleri 0,70'in altında kalmış bu nedenle çıkarılmıştır. Ancak bu durum anket sorularının sınırlılıkları içinde diğer maddelerin geçerliliğini destekleyebilecek bir veri olması açısından dikkate değer bulunarak burada tartışılmıştır. Çünkü bu madde oluşturulurken “hastanın sorununun (*oluşumu*) ile ilgili bilinçli algısı ve mantığı yetersizdir (Uran ve Çalık, 2011:33) şeklinde olacakken yanlış bir ifade ile yukarıdaki şekilde ankette yer almış ve literatürde geçtiği şekle yakın ifade edilebilen diğer maddelerde böyle bir sonuçla karşılaşılmamıştır.

Tablo 4.8'de farklı ekollerden psikoterapistlerin görüşleri ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları bir bütün olarak ele

alınıp arasındaki korelasyona Spearman's rho analizi ile bakıldığında (%95 güvenilirlikte) bir korelasyon olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçta bu örneklem bağlamında anksiyetenin oluşumuna ilişkin varsayımları ile AHP'nin geleneksel terapilerden kuramsal olarak ayrıştığı ve anksiyete problemlerinin oluşumu için özgün bir yaklaşım getirdiği sonucunu çıkarmamıza imkân vermektedir.

AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları ile kendi arasında ve geleneksel psikoterapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasındaki ilişkiye frekansları yönünden bakıldığında ise ulaşılan bulgular örneklem içinde bir ağırlık oluşturan psikoterapi yaklaşımlarına göre aşağıda özetlenmiştir

Tablo 4.14'te psikanalitik terapistlerin (N=10), “anksiyete belirtileri bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur (Uran, 2006:49-117; Uran, 2011:43-44)” varsayımına tüm uzmanlar evet diyerek bunu kesinlikle özümstediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu ile psikanalitik kuram da örtüşmektedir çünkü davranışlarımızı bilinçdışı güçlerin belirlediği önermesi dinamik psikiyatrinin temel taşıdır (Wallace, 2008:13). Buna karşın psikanalitik terapi yapanlar 3. ve 4. maddelerdeki “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir (Uran ve Çalık, 2011:74; Uran, 2006:146; Morison ve Philips, 2001:14)” ve “tüm duyguların kaynağı algılardır” (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Uran ve Çalık, 2011:96-99)” varsayımlarına en düşük kabulü göstermişlerdir. Bu iki görüş diğer psikoterapi yaklaşımlarınca da en az benimsenen varsayımlar arasında görülmektedirler. Bunda da 3. madde için ‘gerçekdışı’ ifadesi ve 4. madde için ‘tüm’ ifadeleri ile varsayımların literatürde geçtiği şekli ifade eden ortalamadan daha keskin ifade edildiğini ve bunun da bu varsayımların geçerliliğini kaldırmaya da düşürdüğü kanaatini oluşturmaktadır. Bu varsayımlar üzerinden tekrar araştırma yapacaklar için bu maddelerin tekrar gözden geçirilmesi ve daha iyi ifade edilmeleri önerilir.

Tablo 4.15'e göre yine 40 kişilik örneklemden 6 kişi geleneksel yöntemlerden bilişsel terapiyi işaretlemiştir. Bunlar arasında en çok benimsenen görüş ise 2. madde olan “hesabı kapatılamamış yarım kalmış olaylar anksiyeteye neden olur” (Morison ve Philips, 2001:118-125) görüşüdür. Bilişsel terapiyi seçen uzmanların tamamı bu görüşü evet olarak işaretlemiştir. Bilişsel terapi yöntemleri ile ilgili literatürde ise olumsuz duyguların ve anksiyetenin kaynağı olarak ‘suçlama, pişmanlık eğilimi, yargılamaya odaklanma, ayrıca geçmişteki olumsuz olayların nasıl halledildiği konuları geçse de (Leahy, 2008:26-106) bunların AHP’de olduğu şekli ile anksiyetenin nedenleri arasında gösterilen yarım kalmış hesaplardan içerik yönüyle farklılıkları vardır. Çünkü bilişsel terapinin bu yaklaşımındaki asıl vurgusu bunların bilişsel çarpıtma yönüne ağırlık verilmesindedir (Leahy, 2008:26-106).

Bilişsel terapistlerin 6. madde olan “benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir (Uran, 2006:136-153; Uran, 2011:42)” yaklaşımına düşük katılım göstermesinin nedeni ise anksiyetenin oluşumunu tepkilerin öğrenilmiş olmasından çok olumsuz sonuç beklentilerinde, gerçekçi olasılığı göz ardı etmede, kendi yeteneklerini küçümsemeye, mükemmeliyetçi standartlarda ve belirsizliğe katlanamama (Leahy, 2008:97) gibi şimdide ait bilişsel süreçlerde aramalarının bir sonucu olarak görülebilir.

Tablo 4.16'ya göre geleneksel yöntemlerden bilişsel davranışçıyı seçenler (20 kişi) AHP'nin bütün kuramsal varsayımlarını ağırlıklı olarak doğru kabul etmişlerdir. En çok benimsenen görüşler ise 7. maddedeki “bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer” (Banyan ve Kein, 2001:135-151), 8. maddedeki “duygularını yaşaması kısıtlanan çocuklar duygularını bastırmayı öğrenir” (Uran, 2011:42-49) ve yine 9. maddedeki “çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır” (Barnett, 1989:72-83; Morison ve Philips, 2001:164-175) varsayımları olmuştur. Bu görüşler Beck'in ilk psikopatoloji tanımı olan tehdit ve yaralanmayı içeren anksiyete şemalarına uyumlu görüşlerdir. Bu şemalara göre anksiyeteye yatkınlığın altında kişinin kendisi ve başkaları hakkındaki temel inançları yatar (Leahy,

2008:219). Bu inançlara ilişkin şemalara ise erken dönem çocukluk anıları kaynaklık etmektedir (Leahy, 2008:219).

Bilişsel-davranışçı terapistlerce ağırlıklı olarak kabul edilmekle beraber en düşük katılım ise “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir (Uran ve Çalık, 2011:74; Uran, 2006:146; Morison ve Philips, 2001:14)” yaklaşımı olmuştur. Bu görüşün üzerinde ittifak edilmemesinin nedeni olarak ‘gerçekdışı’ sözünün bilişsel-davranışçı terapistlerce bilişsel çarpıtmalardan (Leahy, 2008:219) farklı olarak algılanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. AHP’nin bu görüşteki amacı anksiyete bozukluklarına kaynaklık eden bilişsel çarpıtmaların nasıl oluştuğuna açıklık getirmektir. Eğer kişi tehdit kaynağını nesnel gerçeklikte algılayacak olursa bu durum kaygı değil korku olarak adlandırılan geçici, doğal ve sağlıklı bir süreç olacaktır. Bu görüşte vurgulanmak istenen çarpık bilişin temelinde tehdit kaynağının ve olası zararlarının çarpık olarak algılanması yatmaktadır. Ancak bu maddeye sadece bilişsel terapistlerin değil diğer yaklaşımları benimseyen terapistlerin de düşük katılım göstermesi görüşün ifadesindeki ‘gerçekdışı’ kelimesinin keskin bir ifade olması yani görüşün tam ifade edilememesi nedeni ile geçerliliğinin düşük olması ihtimalini de akla getirmektedir.

Yine tablo 4.17’de geleneksel yöntemlerden varoluşçu terapiyi tercih edenlerin (6 kişi) en çok benimsediği görüş 6 kişinin tamamının katılımı ile “problemler bir anda oluşmaz anksiyetenin oluşumunda bir ilk başlatan, sonra güçlendiren ve sonunda da tetikleyen birçok olay vardır (Barnett, 1989:72-83; Uran, (2006:86)” varsayımı olmuştur. Varoluşçu terapistlerin en az benimsedikleri yaklaşım ise “benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir (Uran, 2006:136-153; Uran, 2011:42)” görüşüdür. 3. maddedeki “anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir” (Uran ve Çalık, 2011:74; Uran, 2006:146; Morison ve Philips, 2001:14) yaklaşımı ile 14. maddedeki “karşılanmayan ihtiyaçların oluşturduğu duygular da anksiyete nedenidir” (Morison ve Philips, 2001:80-92; Uran ve Çalık, 2011:114) yaklaşımlarına kısmen katılım olsa da diğer maddelere göre daha az kabul gördükleri gözlenmektedir.

Tablo 4.18’de geleneksel yöntemler arasında Geştalt terapiyi tercih eden 5 uzmanın tamamı “7-bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer” (Banyan ve Kein, 2001:135-151), “8-duygularını yaşaması kısıtlanan çocuklar duygularını bastırmayı öğrenir” (Uran, 2011:42-49), “9-çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır” (Barnett, 1989:72-83; Morison ve Philips, 2001:164-175), “10-olumsuz duygu içeren olay üzerinden yıllar geçse bile olaydaki duygu boşaltılmadıkça sanki yeni olmuş gibi insanı etkilemeye devam eder” (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Churchill, 2008:35; Morison ve Philips, 2001:7-15; Morison ve Philips, 2002:159; Uran, 2006:84-176) ve “11-anksiyete belirtileri bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur” (Uran, 2006:49-117; Uran, 2011:43-44) maddelerini ittifak halinde tamamen doğru buldukları görülmüştür. “2-anksiyete şikâyetlerinin temelinde bastırılmış bir duygu söz konusudur” (Barnett, 1989:79-104; Morison ve Philips, 2001:7-15; Uran ve Çalık, 2011:32-39) ve “3-anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir” maddeleri ise Geştalt terapi yapanlara kısmen anlamlı gelen maddelerdir.

Geştalt terapi yaklaşımı ‘içinde bulunulan anda’ yaşananlara hasta terapist ilişkisi açısından odaklanması AHP’den bir farklılık gibi görülebilir. Ancak Geştaltın olumsuz duyguların şimdiki etkisine yaklaşımı AHP ile benzer görülmektedir (Daş, 2010:11). Geştalt terapi ile ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan zorlukların da sorunlara yol açtığı ve bu ihtiyaçlar karşılanmadıkça tamamlanmamış bir iş olarak kalıp problemlere kaynaklık ettiği ileri sürülmektedir. Yine Geştalta göre bu durumlar derinlerdeki karşılanmamış ihtiyaçlarla ilgili tamamlanmamış işler, sabit geştaltlar oluşturarak kişinin bu günkü varoluş biçimini sadece duygusal ve düşünsel değil, bedensel olarak da etkiler ve psikolojik sorunlara yol açarlar (Daş, 2010:11). Bu yaklaşım AHP’nin de temel aldığı yaklaşımlardandır. Ayrıca çocukluk yaşantılarının yetişkin dönemdeki davranışları etkilediği ve anksiyetenin kişi için bir anlam taşıdığı görüşleri Perls’in Freud’dan aldığı ve terapisine eklediği (Daş, 2010:7) ve AHP’nin de temel aldığı yaklaşım şeklindedir.

Geşalt terapi Perls'in Wilhelm Reich'tan öğrenerek kabul ettiği bir yaklaşım olan, kişinin hem duygusal anılarını hem de bu anılarına karşı geliştirdiği savunma mekanizmalarını kas gerginlikleri ve beden zırhı yoluyla depoladığına dair görüş (Daş, 2010:8) AHP'nin anksiyete belirtilerini açıklamada kullandığı görüşlerden biridir. Tüm bu bulgulara ve literatür sonuçlarına bakıldığında AHP ile Geşalt terapi arasındaki yoğun ilişki görülmektedir.

Son olarak Tablo 4.12 sonuçlarına göre 16 uzman AHP uygulamakta ya da önermektedir. Bu görüşlerden yedinci maddedeki "Bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer" ve dokuzuncu maddedeki "çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır" varsayımlarına AHP'yi benimseyenlerin çok büyük ölçüde katıldıkları görülmektedir. Öte yandan analitik hipnoterapiyi uygulayanlarda "anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir", varsayımı daha az benimsenmiştir. Bu maddeye bilişsel terapistlerle benzer şekilde tepki veren analitik hipnoterapistlerin bu tutumu iki şekilde izah edilebilir. Bu sonuçlara göre ya bu madde ile görüş 'gerçekdışı' kelimesi ile olduğundan daha keskin ifade edilmiş dolayısı ile maddenin geçerliliğinin düşük olmasının bir sonucudur ya da AHP'nin bu kuramsal yaklaşımı analitik hipnoterapistlerce tam olarak kabul görmemektedir. Bu maddenin dışında görüşlerin sıklık dağılımlarına bakıldığında bazı varsayımlara hayır diyenler olduğu gibi, kısmen katılıyorum diyenlerin de bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar örneklem bağlamında AHP uygulayıcılarının AHP'yi anksiyete bozuklukları için etkili bulup uygulasa da anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımlar yönüyle bütünü ile kabul etmediklerini ve bazı tereddütlerinin olduğunu da göstermektedir.

5.1.4. Anksiyetenin Terapisinde İlişki ve Farklar

Bu kısımda AHP'in anksiyete bozuklukları için geliştirdiği terapi yöntemleri ile geleneksel terapistlerin uygulamaları arasındaki ilişki ve AHP

ile geleneksel terapilerin bu yöntemlere ilişkin farkları bulgular ışığında tartışılmıştır.

Bu açıdan bakıldığında AHP yeni bir yaklaşım mı, diğer terapilerin bir birleşimi ya da tekrarı mı, bilinen ve yaygın bir şekilde uygulanan diğer geleneksel yaklaşımlardan daha sistemsel, ya da daha kısa sürede sonuç alınabilen bir yöntem mi, anksiyetenin terapisi için bilinenlerin yanına bilinmeyen bir şey ekleyebiliyor mu sorularının cevaplarına da kapı aralanabilir.

Terapistlerin savunduğu ve yayınladığı ilke ve teknikleri takip etmedikleri halde kendilerinin eşsiz bir terapi yöntemine sahip olduğu yönünde iddiaları olduğuna dair eğilimler (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:264-265) psikoterapi yöntemlerinin birbirleri ile olan ilişki ve farklarını ortaya koyan bu tür bilimsel alan çalışmalarını psikoterapi yaklaşımları hakkında fikir verici olması yönünden daha önemli kılmaktadır. Bu tür iddialı yaklaşımların arkasında terapistlerin hastalarındaki iyileşmeyi duyurma isteğinin anlaşılabilir insani boyutu yanında savundukları ve yayınladıkları terapi süreçlerinden sağladıkları kişisel faydalarının da (J.Watkins ve H.Watkins, 2006:265) olması göz ardı edilmemelidir. Ayrıca anksiyete bozukluklarının psikotrop ilaçlarla tedavisinin ilaç sanayi tarafından desteklenmesi de bu bağlamda anlaşılabilir bir neden olarak değerlendirilebilir.

AHP anksiyete bozukluklarında daha kısa sürede sonuç alınabilen bir yöntem mi sorusunun yanıtı bu araştırmanın örnekleme bağlamında araştırılmıştır, çünkü maliyetleri frenleme çabaları, terapistlerden daha kısa, odaklanmış terapi uygulamalarını beklemektedir (Yalom I. D., 2007:9). Bu araştırmada tablo 4.5 ve 4.6'ya bakıldığında analitik hipnoterapi uygulayanlar (N=16) ile geleneksel terapileri uygulayanların (N=24) uyguladıkları toplam terapi süresi açısından ortalamaları karşılaştırıldığında bağımsız örneklem t – testi sonuçlarına göre arada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç literatürde var olan AHP'nin bilinçaltı materyallere serbest çağrışımlar ve diğer psikanalitik tekniklerden daha direkt yaklaşır (Özakkaş, 1995:236) görüşünü

desteklemese de yıllarca sürebilecek psikanalize göre terapiyi hızlandırması (Morison ve Philips, 2001:3-14) noktasında sadece psikanalizden daha kısa bir terapi yöntemi olduğu görüşünü destekleyebilir.

AHP'nin anksiyete bozukluğunun tedavisi için önerdiği yaklaşım ile geleneksel terapileri uygulayan psikoterapist görüşleri arasında ki ilişki (Spearman's rho) ikili korelasyonlara göre % 95 güvenilirlikte incelendiğinde ise tablo 4.10'da özetlenen “sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım” yöntemi ile psikanalitik yaklaşım arasında (sig. ,052) pozitif ve “hastayı geleceğe yönlendirerek (geleceği imajine ettirerek) sorunun çözülüp çözülmediğini test ederim” yöntemi ile transaksiyonel analiz yaklaşımı arasında (Sig. ,058, Korelasyon katsayısı. -,0303), negatif “af seanslarında sandalye ortamı tekniğini kullanırım” maddesi ile varoluşçu terapi arasında (Sig. 0,19, Korelasyon katsayısı. -,370) negatif korelasyon olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar geleneksel yaklaşımlar ile AHP'nin terapi yöntemleri arasındaki ikili korelasyonların genele yansımayıp sınırlı kaldığını ve bazı terapi yöntemleri ile negatif yönde ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Bu bulguya dayanarak AHP'nin uyguladığı yöntemler bütünü açısından diğer psikoterapi yaklaşımlarından ayrıştığı ve kendine özgün bir yaklaşım geliştirdiği söylenebilir.

Bu korelasyon sonuçları daha detaylı incelenecek olursa tablo 4.10'da bulunan “sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım” yöntemi ile psikanalitik yaklaşım arasında (sig. ,052) çıkan korelasyon literatürle tutarlılık içindedir. Çünkü psikanalitik yaklaşımda, anksiyete oluşturan olaylar sonucu oluşan koşullanmış yanıtlar, çocuklukta düş kırıklıkları ve öfkeler anksiyetenin ikincil kaynakları arasında görülmektedir (Ersevîm, 2008:287).

Yine tablo 4.10'da özetlenen (Spearman's rho) % 95 güvenilirlikte çıkan bir başka ikili korelasyon sonucu olan “Hastayı geleceğe yönlendirerek

(geleceği imajine ettirerek) sorunun çözülüp çözülmediğini test ederim” görüşü ile transaksiyonel analiz arasında (Sig. ,058) çıkan korelasyon (Korelasyon katsayısı -,303) negatiftir. Bu bulgu da literatürle tutarlıdır. Bu görüşle tutarlı bir Transaksiyonel analiz yaklaşımının olup olmadığı araştırıldığı da en yakın görüş olarak Transaksiyonel analizin öncülerinden Claude Steiner’in (2009:133), gelecekteki yaşamlara dair yapılan planlara uygun bir dizi rol ve oyunlardan bahsettiği görülmektedir. Geleceğin bu rol provaları değişik duyguların ve tepkilerin geliştirilmesine neden olduğuna (Steiner, 2009:133) ilişkin bu ve benzeri görüşlerin transaksiyonel analizde bulunması ile AHP’de terapistin bilinçli kontrolünde zihinsel bir prova şeklinde yapılan terapötik işlemlerin duygusal ve tepkisel sonuçlarını ölçmede ve geliştirmede kullanılması arasındaki fark AHP’deki uygulamaların tamamen imajınasyon olması Transaksiyonel analizde ise bilinçli düzeyde rol provaları şeklinde olmasındandır. Bu nedenle iki yöntem arasında bir ilişki kurulamaz.

Tablo 4.10’da özetlenen bir başka bulguda “af seanslarında sandalye ortamı tekniğini kullanırım” maddesi ile varoluşçu terapi arasında (Sig. 0,19) korelasyon görülmüştür. Ancak bu korelasyon (Korelasyon katsayısı -,370) ters yönde negatif olması varoluşçu terapi uygulayanların bu yönetime uzak olduğunu göstermektedir. Bulgunun negatif olmasını literatür desteklememektedir çünkü literatüre bakıldığında varoluşçu terapinin de eklettik özellikler taşıması ve bu Geştalt yöntemini kullanabilecek olan varoluşçu terapistlerin de olabilmesi ihtimal dahilindedir. Yalom tarafından da bu yöntem konu edilmekte ve Perls’in ‘midende bir düğüm (kaygı) olduğunu hissediyorsan düğümü öbür sandalyeye oturtup onunla konuş’ şeklinde ki uygulamalarına değindiği görülmektedir (Yalom, 2001:388). Ancak bu yöntemin hem varoluşçu terapinin önem verdiği bir yöntem olmaması göz önüne alınır hem de sonuç bu örneklem bağlamında değerlendirilirse tutarlı bir bulgu olarak görülebilir.

Toplam 40 kişiden 24’ünün geleneksel terapileri ve 16’sının analitik hipnoterapiyi temsil ettiği bu örneklem bağlamında AHP’nin anksiyetenin terapisine ilişkin yöntemleri ile geleneksel psikoterapi uygulamaları arasındaki

ilişki ve farklara frekansları yönünden bakıldığında ise öne çıkan bulgular şunlardır.

Tablo 4.19'a bakıldığında AHP' ye göre anksiyetenin terapisine ilişkin önerilen yöntemlerden "15-hastanın çocuklukta anılarını ve ilişkilerini araştırmam (Banyan ve Kein, 2001:70-109; Barnett, 1989:65-68; Boyne, 1989:275-290; Morison ve Philips, 2001:7-15)" maddesine psikanalitik, Geştalt ve AHP uygulayanların tamamı %100 katılım göstermektedirler. Bu oran bilişsel davranışçı terapide %90 iken varoluşçu terapide %83,3'e düşmektedir. Bu bulgular literatürle de tutarlı görülmektedir. Freuddan önce çoğu psikoterapist hastaların öykülerini alırken o an ve geçmişin belirgin psikiyatrik bozuklukları ile ilgileniyorlardı, günümüzde de yeri olan burada ve şimdi terapilerinin aksine hastaların çocukluklarında neyle karşılaştıkları, bunun onlar için ne anlama geldiği ve ona nasıl uyum sağladıkları psikanalitik yaklaşım için öncelikli bir yöntemdir (Wallace, 2008:22). Psikanalitik terapistlerin hastanın çocukluk anılarını araştırmaya %100 oranında katılım göstermesi ve bu yöntem için oranın en düşük ve daha çok 'burada ve şimdi' yaklaşımına terapilerinde yer veren varoluşçuların olması literatürle de örtüşen bir bulgu olmaktadır.

Tablo 4.20 de "16-sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım (Barnett, 1989:65-68; Boyne, 1989:226-234; Churchill, 2008:19-35; Morison ve Philips, 2001:7-15; Morison ve Philips, 2002:29-129)" maddesi için psikanalitik, ve Geştaltçıların tamamı ve AHP uygulayanların %93,8'i acı veren olaylara gittiklerini ve duygu boşalttıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran bilişsel davranışçı yaklaşımda %70 varoluşçu yaklaşımda ise %50'de kalmış ve varoluşçuların %33,3'u duyguyu nasıl boşaltacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Ancak Tablo 4.27' ye bu maddenin uygulanışına ilişkin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında AHP uygulayanların % 93,8'i evet şeklinde yanıtlarken bu oranın geleneksel yaklaşımı benimseyenlerde %66,7'de kalması aradaki farkı göstermektedir.

Bu sonuç psikanalitik terapistler açısından psikanalizin çocukluğun erken dönemlerine kadar düş kırıklıklarını, kızgınlık, öfke gibi duygularını ebeveynleri ile olan ilişkilerinde aramaları ile tutarlıdır (Ersevim, 2008:287). Geştalt terapinin kurucusu Perls'de çocukluk yaşantılarının yetişkin dönemdeki davranışlara etkisini Freud'tan alarak kabul etmiştir (Daş, 2010:7).

17-sorunu tetikleyen oluşturan son olayda kalmam, semptomları güçlendiren olayları ve ilk başlatan olayı da araştırırım (Churchill, 2008:318-324; Morison ve Philips, 2001:7-15; Morison ve Philips, 2002: 115-127) maddesine bakıldığında ise yine psikanalitik, Geştalt ve AHP uygulayanların tamamı ve bilişsel davranışçı terapi yapanların da %95'i sorunla ilişkili görülen son olayda kalmadıklarını semptomları güçlendiren ve ilk başlatan olayları da araştırdıklarını belirtmişler bu maddeye eklektik yöntemle terapi yapıyorum diyenlerin dışındakiler genelde olumlu yaklaşmışlardır. Psikanalitik yönelimli terapilerde son olayda kalmayıp geçmişin öyküsünü alma vazgeçilmez bir görev olarak görülmekte ve psikoterapiyi yürütmenin temel mantığı olarak kabul edilmektedir (Wallace, 2008:22). Bilişsel davranışçı terapinin problemlerin kökü çocuklukta olsa dahi bulunulan zamanda etkilerini gösterir ve yanlış algılamalar incelenip bunları etkili inançlarla değiştirmek gerekir (Corey, 2008:512) şeklinde ki yaklaşımı da en azından problemin kökünün geçmişte olduğunu varsaydıklarını göstermektedir. Ancak burada elde edilen bulguların aksine bilişsel-davranışçı terapinin odağı şimdi ve buradadır. Odak ne geçmişte ne de kişiliğin değiştirilmesindedir (Gruber ve Heimberg, 2007:318). Analitik hipnoterapistler ise yaş gerilemesi gibi tekniklerle problemin oluşumunu tamamen geçmişte aramaktadırlar (Barnett, 1989:79-104; Morison ve Philips, 2001:7-15). Bu varsayımı destekleyen araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Bu varsayımdan hareketle hipnotik yaş gerilemesi ile yapılan bir olgu sunumunda da bir yılan fobisi tedavisi için geçmişteki hassaslaştırıcı olaylar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda orta yaşlı bir kadın hastanın bu korkusunun kalktığından ve tekrar normal aktivitelerinden zevk alır duruma geldiğinden bahsedilmektedir (Mackey, 2009).

Tablo 4.27’de AHP ile geleneksel terapiler arasındaki farkları açısından bakıldığında AHP uygulamakta olan 16 kişinin tamamı 15 ve 17. maddelerde belirtilen hastanın çocuklukta anılarını ilişkilerini ve probleme kaynaklık eden ilk olayın araştırılmasına %100 katılım gösterirken bu oran geleneksel yaklaşımların ortalaması yaklaşık %80’ler civarına düşmektedir. Ancak AHP geleneksel terapilerden farklı olarak duyguları geçmişe uzanan birer köprü gibi kullanarak, bu anılara hipnotik yaş gerilemesi ile ulaşmaktadır (Churchill, 2008:30). Yaş gerilemesi için duygu köprülerinin etkileri hakkında yapılan bir araştırmada da (Christensen, A. Barabasz ve C. Barabasz, 2009) 3 ila 6 yaş aralığında stresli olaylara ulaşmak için yapılan çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada duygusal yoğunluk, doğallık ve detaylandırma da hipnotizabilitesi yüksek grubun düşük olanlara göre çocuksu duygusal tepkileri daha fazla ürettiği görülmüştür.

Tablo 4.21’de “18-hastalığın temelindeki yanlış inanç, algı ve düşünceyi araştırmam (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Barnett, 1989:72-83; Morison ve Philips, 2001:7-20; Morison ve Philips, 2002:105-122) maddesinde belirtilen yaklaşımdaki gibi, hastalığın temelindeki yanlış inanç, algı ve düşüncenin psikanalitik ve Geştalt terapi uygulayanların tamamı tarafından araştırıldığını bilişsel davranışçı yaklaşımda bu oranın %85 ve AHP’de de %93,8 olduğunu görmekteyiz. Yine eklektik terapi yaptığını belirtenlerin %28,6’sı yöntem hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.22’de “19- sorunun oluşumu ile ilgili algısını inceler bilinçli bakış kazandırırım (Banyan ve Kein, 2001:154-165; Barnett, 1989:72-83; Churchill, 2002:34-45; Morison ve Philips, 2001:7-20; Morison ve Philips, 2002:134-139)” yaklaşımını en fazla uygulayanların psikanalitik ve Geştalt terapi yapanlar olduğu görülmektedir. Ayrıca yöntemi bildiği halde uygulamayan hiçbir uzman bulunmamakta, yöntem hakkında bilgisi yetersiz olanların ise varoluşçu ve eklektik terapi yapanlar olduğu görülmektedir. 20. maddeye göre sorunları ile ilişkili duygularından yola çıkarak geçmiş anılarındaki hesabı yarım kalmış, tamamlanamamış olaylardaki duyguları boşaltırım (Boyne, 1989:226-234; Churchill, 2002:46-57; Morison ve Philips, 2001:7-125;

Morison ve Philips, 2002:31-35) diyenlerin, %100 oranında tam bir katılımıla psikanalitik ve Geştalt terapi yapanlar olduğu görülmektedir. Bu oran bilişsel davranışçı terapide %75'e varoluşçu terapide %66,7' düşmektedir. AHP uygulayanlardan da 2 kişi %12,5 yöntemi bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.28'de 18, 19, ve 20. maddelerdeki yaklaşımlar ve yöntemler için geleneksel ve AHP uygulayanlar arasındaki farka bakıldığında AHP uygulayanlar daha yüksek bir oranda bu yöntemleri uyguladıkları ve bildikleri gözlenmektedir. Ancak 19. madde “sorunun oluşumu ile ilgili algısını inceler bilinçli bakış kazandırırım” yaklaşımına her iki kesimden de hayır diyen olmamıştır. Uzmanlar bu yaklaşıma ya uygulamalarında yer vermektedirler ya da bilgileri yetersiz olduğu için uygulamamaktadırlar.

18, 19, ve 20. maddelerdeki yaklaşımlar ve yöntemler için literatür incelendiğinde ise Geştalt psikoterapinin kurucu Perls'in semptomla ilgili olarak AHP'den farklı bir yaklaşımı gösteren literatür bilgileri ile karşılaşılmaktadır. Bu bilgilere göre Perls hasta tarafından duyumsananları “bilinçdışı” bilinmeyen ya da semptomun bir ipucu değil de önemli olan şeyin kendisi olarak ele almaktadır (Perls, Hefferline, ve Goodman, 2000:24). Diğer yandan Geştalt yaklaşım sorunun oluşumunu incelerken çocuğun tehditlerden kendini koruyabilmek ya da karşılanmayan bir ihtiyacı giderebilmek için geştaltı sabitleştirmeye çalışırken geliştirdiği yolların onun yetişkinlikteki varoluş biçimini yani davranışsal, bilişsel, duygusal ve fiziksel süreçlerini belirlediğini bu nedenle tamamlanmamış ihtiyacı sabitlemiş bu kişinin çevresi değişse de aynı çocukluğundaki gibi davranmaya ve tepki vermeye devam ederek bu geştaltı tamamlamaya çalıştığını söylemektedir (Daş, 2010:96). Bu nedenle bulgularda görülen 18, 19 ve 20. maddelere Geştalt terapi yapanların tamamının katılımı ve kabulü ile gösterdikleri yüksek ilginin nedeni anlaşılmaktadır. Çünkü AHP'nin bu yaklaşımlarında aslında Geştalt terapinin kuramsal yaklaşımlarının temel alındığı görülmektedir.

Tablo 4.23'e bakıldığında “21- hastanın olumsuz duygu ile suçladığı kişileri af ettirerek duygunun olumsuz etkisini kaldıracak bir bilinçli bakış

kazandırırım (Churchill, 2008:37; Uran, 2011:258-263).” ve “22- hastanın kendini hatalı gördüğü suçluluk ve pişmanlık duyduğu olaylar için kendini af ile kendi yararına bilinçli bir bakış kazandırırım (Boyne, 1989:233; Uran, 2011:263-267)” maddelerindeki kendinin ve başkalarının affi konularının her ikisi içinde AHP %81,3, Geştalt başkalarını %100 kendini %80, psikanalitik her ikisi için %80 olarak görülmekte, bilişsel davranışçı terapistlerin ise af uygulamalarında başkalarının affi için %70’lerde iken bu oran kendinin affi çalışmalarında % 85’lere çıkmaktadır. Af çalışmasının nasıl yapıldığı konusunda bilgi yetersizliği AHP uygulayanlar için %12,5 iken bu oran geleneksel yaklaşımlarda yaklaşık %20’ler civarındadır.

Literatüre bakıldığında af konusunun araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olduğu görülmektedir. Araştırmalar affetmenin zorluğunu belirleyen etkenlerden birinin görülen zararın şiddeti olduğu sonucunu çıkarmaktadır (Taysi, 2007). Ayrıca başkalarının (suçlanan kişilerin) affedilmesinde belirleyici olanın hatadaki sorumluluk, hatanın yol açtığı sorunlar ve hatanın kimin tarafından yapıldığına dair hataya ilişkin özellikleri bulgulayan araştırmalar da bulunmaktadır (Bugay ve Demir, 2011). Geştalt terapiye göre zarar görme, hak arama, suçlama tamamlanmamış geştaltlardır ve tamamlanmamış herhangi bir geştalt bitirilmemiş bir durumu ifade eder (Perls, Hefferline, ve Goodman, 1993:39). AHP uygulamalarında ise yapılmak istenen hastanın bir başkasını ya da kendini affetmesini sağlayarak bu geştaltı tamamlamak ve hesabı kapatmaktır. Çünkü yapılan kontrollü bir araştırmada da affetmenin geliştirilebildiği görülmüştür. Bu şekilde yapılan bir affetmeyi geliştirme çalışmasında çalışılan deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda farklar bulunmuş ve bu çalışmanın insanların kendilerini ve başkalarını affetme düzeylerinde artışlar sağladığı görülmüştür (Bugay ve Demir, 2012).

Tablo 4.24’de bakıldığında 23- Af seanslarında sandalye ortamı (Boyne, 1989:233; Uran, 2011:258) tekniğinin kullanımı geleneksel yöntemler için %50 civarına düşmekte bu teknik varoluşçu terapistlerce hiç kullanılmamaktadır. Tekniği en fazla kullananlar %60 ile Geştalt ve % 56,3 ile AHP uygulayanların olduğu görülmekte geleneksel terapistlerin yaklaşık %40

ile %66 arası teknik hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmektedirler. Sandalye terapisinin temelleri Perls'in çok etkilendiği bir kişi olan psikodramanın kurucusu Jacop Levy Moreno'nun (1892-1974) uygulamalarına dayanmaktadır. Perl's psikodrama yaklaşımında kullanılan tek sandalye ve sıcak sandalye gibi teknikleri çok beğenerek kendi terapi yöntemleri arasına katmıştır (Daş, 2010:7). Bulgularda elde edilen sonuçlarda Geştaltçıların tekniğe olan ilgisini göstermektedir. Çünkü bu bulguya göre tekniği analitik hipnoterapistlerden daha yoğun bir oranda kullanmaktadırlar.

24. maddede belirtilen “direkt telkinlerle hastaya yaklaşım yöntemi de (Barnett, 1989:250-258; Churchill, 2002:63-72; Morison ve Philips, 2001:175-180; Uran, 2011:146) literatürle uyumlu olarak en fazla AHP uygulayanlar da (%62,5) görülmektedir. Eklektik 4 kişi %57,1 ve bilişsel davranışçı terapistlerce de 10 kişi %50 direkt telkin kısmen tercih edilen bir terapötik yöntem olarak görülmektedir. Direkt telkinleri kullanmaya en uzak duranlar psikanalitik ve varoluşçu terapistlerdir. Psikanalitiklerin %30'u ve varoluşçuların %33,3 terapilerinde direkt telkine fazla yer vermemekte ve psikanalitiklerin %20'si ve varoluşçuların %33,3 bildikleri halde bu yöntemi tercih etmediklerini belirtmektedirler.

Geleneksel terapiler bir bütün olarak ele alınıp AHP ile karşılaştırıldığında ise Tablo 4.29'da 21 ve 22. maddelerde başkalarını ve kendini af uygulamaları için analitik hipnoterapistler %81,3 oranı ile geleneksel terapistlere (%58,3 ve %66,7) göre yöntemi daha fazla kullandıklarını ve bildiklerini belirtmişlerdir. Aradaki fark 23. madde, sandalye tekniğinde daha fazla açılmış geleneksel terapistlerin 12'si %50 bu tekniği bilmediklerini ancak 8 kişi %33,3 uyguladıklarını belirtirken sandalye tekniğini uyguladığını belirten analitik hipnoterapistler ise %56,3'lük bir oranla gelenekselle arasında ciddi bir fark göstermiştir. Ancak analitik hipnoterapistler bu yöntemle diğer maddelere göre daha düşük bir katılım göstermişlerdir. Ayrıca 24. maddede belirtilen direkt telkinleri AHP uygulayanlar %62,5 ile geleneksel terapistlerden %41,7 daha fazla kullandıklarını göstermişlerdir.

Tablo 4.25'te 25. maddede belirtilen sorunun devam etmesinde ikincil bir kazancı varsa üzerinde çalışırım (Morison ve Philips, 2001:212-226) diyenlerin en fazla %87,5 ile AHP %80 oranları ile bilişsel davranışçı ve Gestalt terapistleri olduğu görülmekte psikoterapi ekollerine bütünüyle bakıldığında ise ikincil kazançlar üzerinde çalışmayanlar %12,5-30 arası yöntem hakkında bilgilerini yetersiz bulmaktadırlar. Bütüncül yaklaşımın Türkiye'de ki öncülerinden olan Özakkaş (2004:310-315) ikincil kazançların tedavilerin önünde çok ciddi bir engel oluşturduğundan bahsetmekte ve ikincil kazancın her zaman bilinçdışı olduğunu belirtmektedir. Yani hasta hastalığından elde ettiği bir başka kazancı nedeni ile hastalığını sürdürdüğünün farkında değildir. Özakkaşa göre kişi belirli bir kazancı elde etmek için bu yola başvuruyorsa buna ikincil kazanç denmez, buna yapay bozukluk veya temaruz adı verilir. McWilliams (2010:371) ise Freud'un ikincil kazanç sağlayan rahatsızlıkları hastanın rahatsızlığı vasıtası ile gördüğü ilgiye, bu ilgiyi de elde edemediği cinsel ilginin telafisine bağladığını belirtmektedir.

Tablo 4.26'da 26.maddeye bakıldığında parça terapisinin (ego durumları) (J.Watkins ve H.Watkins, 2006; Morison ve Philips, 2001:47-56; Morison ve Philips, 2002:144; Uran ve Çalık, 2011:224; Uran, 2011:222) terapistlerce az bilindiği gözlenmektedir. Bu yöntem hakkında bilginin yetersiz diyenlerin psikanalitik ve bilişsel davranışçı için %50 Gestalt için %60 olduğu ve bu oranın varoluşçu terapistlerde %66,7 kadar çıktığı görülmektedir. Parça terapisini en fazla uygulayanlar ise 11 kişi %68,8 oranı ile analitik hipnoterapistler olmuştur.

Yine tablo 4.26'da 27. maddedeki hastayı geleceğe imajinasyonla yönlendirerek sorunun çözülüp çözülmediğini test edenleri (Uran,2011:256-257) inceleyecek olursak, analitik hipnoterapiyi tercih edenlerin tamamı (16 kişinin hepsi) %100 evet cevabı vermiştir. Öte yandan varoluşçu yaklaşımı tercih edenlerin (6 kişi) yarısı %50'si bu uygulama ile ilgili bilgiye sahip değildir. Oran olarak yöntemi bildiği halde uygulamadığını ifade edenler ise %28,6 ile eklektik bir psikoterapi yöntemi uygulayanlar olmuştur.

Tablo 4.30 incelendiğinde 25. ve 27. maddeler için AHP ile geleneksel yaklaşımlar arasında ciddi bir fark görülürken 26. madde parça terapisi için geleneksel terapistlerden yöntemi bilmeyenlerin oranının %70,8 çıktığı buna karşın analitik hipnoterapistlerin ise parça terapisini önemli ölçüde uyguladıkları %68,8 söylenebilir.

Bu tartışma ile araştırmanın sınırlılıkları içinde ve örneklem bağlamında araştırma bulgularının bir kısmına ışık tutulabilmiştir. Tüm gerçek ise her gün yüksek sesle onu keşfettiğini ilan edenlere bırakılacak bir konu olarak kalmıştır (Day, 2000:37).

5.1.5. Sınırlılıklar

Araştırmanın literatür taraması yapılırken anksiyete bozukluklarında hipnoanaliz ve hipnoterapi ile ilgili çalışmalar bu konuda yapılan daha eski uygulamalar hakkında bilgi vermektedir. Hipnoanalizin günümüzdeki son ve en yeni versiyonunu oluşturan AHP'nin tezde konu edildiği uygulanma şeklini kapsayan araştırmalara veritabanlarında ulaşamaması araştırmanın bir kısıtlılığını oluşturmuştur.

Bir başka kısıtlılık veri toplama formunun oluşturulmasında AHP'nin kuramsal varsayımlarının sınırlandırılması çabaları nedeni ile oluşmuştur. Bu aynı zamanda veri toplama formunun geçerliliğini de ilgilendirmektedir. Çünkü bir psikoterapi yönteminin kuramsal varsayımları ve yöntemleri özellikle bu konuda yapılan ilk çalışmayı oluşturuyorsa ne kadar özen gösterilirse gösterilsin bütün her şeyi kapsayamayacağı ortadadır. Bu nedenle daha çok farklı kaynaklarda ki ortak noktalar, uzman görüşü ve ön plana çıkan yaklaşım ve yöntemler 26 madde ile sınırlandırılmıştır.

Bir diğer önemli kısıtlılık ile alan uygulamasında karşılaşmıştır. İstanbul ilinde anket formunu yanıtlamayı kabul eden terapist sayısının 40'da kalması ankete gönüllü katılımı yanıt almakta yaşanan zorluklar örneklemin oluşumundaki hem sayısal hem de temsil kısıtlılıklarını oluşturmuştur. Anket formu psikoterapistlere ulaşabilmek için web formlar, e-mail grupları ve bireysel e-posta adreslerine gönderilerek çalışma evreninin bütününe ulaştırılmaya gayret edilmiştir. Ancak dönüşlerin çok az olması basit tesadüfi (yansız) örneklemler için gerekli olan yansızlık ilkesini bir derece etkilemiştir. Çünkü anket dönüşlerini artırabilmek için özel çaba göstermek zorunda kalınması ve kurulan ilişkilerden daha çok sonuç alınabilen kesimin de kendi ekolleri olduğu için hipnoterapiye ilgi duyan terapistlerden oluşması örneklemin evreni temsil kabiliyetini düşürmüştür. Öte yandan bu kısıtlılığa rağmen araştırma amaçlarına ulaşmak için %60 geleneksel % 40 analitik hipnoterapi oranları ile araştırmayı yürütmek için yeterli bir örneklem oluşmuştur.

5.2. SONUÇ

Anksiyete bozuklukları, odağında insan söz konusu olduğu için neden-sonuç ilişkisinin ötesinde karmaşıklıklar içeren bir problem olmayı sürdürmektedir. Anksiyete bozukluklarının etiyojisi içinde gösterilen değişkenlerin sayıca fazlalığı yanında bunların bir öncül mü olduğu yoksa anksiyete bozukluğunun bir sonucu mu olduğu tartışılmaktadır. Sonuçta anksiyete bozukluklarına öngörülen müdahale yöntemleri de bu yaklaşımlara dayanmaktadır. Bu nedenle bu araştırmada tüm yaklaşımlar üç farklı kategoride değerlendirilmiştir.

1.Semptoma yönelik müdahaleler: Anksiyete semptomlarını (belirtilerini) anlamaya ve bu belirtileri kaldırmaya yönelik çözümler ki bunlara psikotrop ilaç tedavileri örnek oluşturmaktadır. Bu yaklaşımlar neden sonuç ilişkileri üzerine temellendirilmiştir.

2.Yapıya yönelik müdahaleler: Anksiyete problemini oluşturan yapıyı anlamak ve bu yapıya ilişkin çözümler geliştirmek üzere geliştirilen müdahalelerdir. Psikoterapilerin örnek oluşturduğu bu yaklaşımlar problemin neden sonuç ilişkisinin ötesinde karmaşıklıklar içerdiğini bu nedenle de daha karmaşık problemleri çözenin daha stratejik düşünme ile olabileceğini kabul ile atılan adımları içermektedir.

3.Sisteme yönelik müdahaleler: Anksiyete bozukluklarını oluşturan sistemi anlamaya çalışan ve bu problemin çözümü için de bir sistem geliştiren müdahalelerdir. Probleme sistemsal yaklaşım stratejik düşünmenin de ötesinde sistemik düşünmeyi ve sisteme yönelik çözümler üretecek daha bütüncül yaklaşımları gerekli kılmaktadır.

Bu araştırmada AHP'nin anksiyete bozukluklarına yaklaşımının böyle bir sistem içindeki yerine diğer psikoterapilerle ilişkisi açısından bakılmıştır. Bu araştırmada elde edilen bulgularda psikoterapistlerin anksiyete problemine daha kuşatıcı ve sistemsal yaklaşma ihtiyaçlarını göstermektedir.

Sonuçta analitik hipnoterapi varoluşçu ve Geştalt terapilerle benzer şekilde probleme yaklaşmakta, biyolojik ve nörobiyolojik açıklamaların gerçekte “neden” değil, bedende oluşan “nasıl” sorusunu çözdüğünü ileri sürmekte, probleme semptomatik yaklaşmak yerine hasta etiketlenmeden ve yapısal yaklaşmak gerektiğini vurgulamakta, anksiyete bozukluklarını davranışçı yaklaşımlarda olduğu gibi, öğrenmenin bir sonucu olarak görmektedir. Analitik hipnoterapi bu yapısal yaklaşımında anksiyete bozukluklarının oluşumunu geçmiş anılardaki olumsuz somatik duygu bileşenlerinde, çözümün odağını da bu duygu bileşenlerinin boşaltımında aramaktadır.

Bu araştırmada psikoterapist görüş ve uygulamaları ile AHP'nin anksiyetenin oluşumuna ve terapisine ilişkin kuramsal varsayımları birer bütün olarak ele alındıktan sonra aralarındaki korelasyona bakıldığında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Bu sonuçta bu örneklem bağlamında AHP'nin geleneksel terapilerden kuramsal olarak ayrıştığı ve anksiyete problemlerinin oluşumu ve terapisini için özgün bir yaklaşımı olduğunu göstermektedir.

Analitik hipnoterapi bir bütün olarak özgün bir yaklaşım sergilese de anksiyetenin oluşumu ve terapisine ilişkin farklı görüşleri kendi içinde nasıl birleştirdiği ve kuramsal temellerini nerelerden aldığına ilişkin sonuçlar bu araştırmanın psikoterapilerle ilişki bulgularına bakılarak şu şekilde özetlenebilir:

Analitik hipnoterapi Geştalt ve varoluşçu yaklaşımlarda olduğu gibi probleme yaklaşırken önceliği hastalığın somatik belirtilerine yönelik şikâyetlere vermektedir. Ancak bu öncelikte bu kuramlardan farklı olan yönü hasta terapist ilişkisi ya da burada ve şimdi yaklaşımı çerçevesinde terapiyi sürdürmek değil Geştalt'ta olduğu gibi, bedensel gerginlikler ile duygusal anılar arasında bağ kurmaktır. Bu süreçte terapist tıbbi modelden yolunu ayırarak sorun için bir yargıya varmadan tamamen bilgisiz bir duruşla duyguyu takip etmekte ve duygunun götürdüğü yere gitmektedir. Problemin yapısını ve oluşumunu anlamak için terapide ilerlemeye başladıkça psikanalitik

yaklaşımındaki gibi bilinçaltının işlevleri ve çocukluk önem kazanmaktadır. Bu durum araştırma bulguları ve literatürce desteklenen bir sonuçtur.

Ancak bu geriye gidişlerde araştırma bulgularında da gözlemlendiği şekliyle AHP ile çok yüksek korelasyon görülen ego durumları (parça) terapisinde olduğu gibi yaş gerilemesi ve benzeri hipnotik fenomenlerden ve Ericksoncu ya da klasik tarzda hipnotik telkinlerden yararlanılmaktadır. Hipnotik yöntemlerle ilişkisinin bir diğer işlevi içinde anksiyete bozukluklarında hastalığın bir sonucu olarak görülen doğal trans fenomenlerinin hipnotik trans fenomenleri ile değiştirilmesi olduğu söylenebilir.

Terapi içinde bu geriye gidişlerde yaş gerilemesi gibi hipnotik fenomenlerden yararlanılmasındaki amacın ego durumları terapisinde olduğu gibi, savunma mekanizmalarını aşmak ve psikanalize göre süreci kısaltmak olduğu gözlenmektedir. Oysa bu araştırma bulguları arasında süre açısından geleneksel terapilerle anlamlı bir fark bulunmasa da literatürde geçtiği şekilde bu hipnotik fenomenler için sadece psikanalize göre terapi süresini kısaltmaktadır denilebilir.

Bu çalışmada AHP'nin en fazla Geştalt ve psikanalitik yaklaşımlarla ilişki içinde olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Bilişsel davranışçı terapilerle bilişsel yapının tekrar düzenlenmesi açısından ilişki içindedir fakat bilişsel düzenlemelerin yapıldığı yer Geştalt terapinin yarım kalan hesaplar kavramı ile anlattığı ve psikolojik bozuklukların temelini oluşturduğunu ileri sürdüğü olayların içinde olmaktadır. Geştalt için psikolojik sağlığın bozulmasında rol oynayan en temel faktör olan tamamlanmamış işlerin kalması görüşü AHP'nin biriken duyguları sadece boşaltmakla yetinmeyip af ve diğer işlemlerle tamamlama çabasına temel olan yaklaşımdır. Psikanalitik kuramla bilinçaltının işlevleri bakımından ve Geştalt ile yarım kalan hesaplar konusunda gösterdiği paralellik yönündeki bulgular literatürle de tutarlı çıkmıştır. Bilişsel davranışçı terapilerle de benzer yaklaşımları gösteren bulgular problemin çözümü için yapılması gerekenlerdeki ortak noktaları

yansıtısa da, bunun nasıl yapılacağı konusunda Geştalt yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır.

Özet olarak, AHP'nin anksiyete bozuklukları için geliştirdiği terapi yöntemlerinde özellikle psikanalitik ve Geştalt ile yoğun ilişki içinde olduğu gözlenmektedir. AHP için öncelikli birçok yönleme psikanalitik kuramın ve Geştalt terapinin kaynaklık ettiğini, ego durumları terapisi ile korelasyon bulgusunun literatürce de desteklendiğini, dolaylı ve direkt hipnotik telkinlerin terapist tercihlerine göre kullanıldığını, bilişsel davranışçı terapilerdeki gibi bilişsel yapının düzenlendiğini, ancak bunun psikanalitik terapilerdeki gibi duygu boşaltımına izin verdikten sonra bilinçli bakış kazandırma çalışmaları içinde yapıldığını söyleyebiliriz.

Yöntemlerin alanda uygulamalarına bakıldığında ise analitik hipnoterapistlerin yöntemleri geleneksel terapistlere göre daha yüksek oranda kullanmakta olduğu ancak anksiyetenin oluşumuna ilişkin kuramsal varsayımları tam olarak özümsemedikleri ya da bu varsayımlara ilişkin tereddütleri olduğu görölmektedir.

Sonuçta anksiyete bozuklukları bir problem olarak ele alındığında bu problemin çözümünde sistemik düşünmenin ve sistemsel çözümlerle probleme yaklaşmanın önemi ortaya çıkmaktadır. İnsanı, davranışını ve ruhsal bozuklukları açıklama iddiasında olan yaklaşım ve teoriler ve bunlara dayanan müdahaleler bu sistemi bir yönüyle açıklama ve anksiyete bozukluklarına çözüm getirme çabasıdır. Ancak eksiklik bu müdahalelerin her birinin bütünün bir parçasını ele almasında ve sonuçta problemi bir boyutu ile kuşatan büyüklükte sistemler geliştirmesindedir.

AHP'nin farklı kuramlarla ilişkisine ve araştırma bulgularına anksiyete problemi açısından bakıldığında anksiyetenin oluşumu ile ilişkili olarak AHP'nin odağında duygular ve bu duygularla ilişkili olarak algı ve inançlar, geçmiş yaşam olayları, çocukluk olayları, bilinçaltının fonksiyonları, yarım kalmış hesaplar, karşılanmayan ihtiyaçlar ve benzerleri ile etiyoloji haritasında önemli bir alanda yer edindiği görölmektedir. Yine aynı şekilde anksiyetenin

terapisine ilişkin müdahale yöntemlerine bakılacak olursa semptom düzeyinin altındaki yapıya inmeyi başaran ve çözümüne stratejik yaklaşabilen ancak her biri bu çözümlerin bir yönüne ağırlık veren psikoterapi yaklaşımları ile ilişkileri gösteren bulgular görülmektedir.

AHP bu yaklaşımlardan aldıklarını kendi bünyesinde bütünleştirerek anksiyete bozuklukları için bütüncül bir sistem geliştirmeye çalışmıştır. Ancak onun içinde insan psikopatolojisini en kuşatıcı ve doğada ki olgusal gerçekle tam örtüşen sistemsel yaklaşım budur diyebilmek, bilimselliği zayıf bir açıklama olacaktır. Üstelik AHP bilişsel-davranışçı terapilerde olduğu gibi araştırmalar ile etkinliği bilimsel nitelikte kanıtlanmış bir terapi yöntemi de değildir. Bu araştırmada da ancak araştırma bulguları çerçevesinde üzerinde yoğunlaşılan kısım çerçevesinde şunlar söylenebilir.

AHP'nin duyguları temel alarak bir yönüne ağırlık verdiği anksiyete bozukluklarına insanın doğum öncesinden bakılmaya başlanmalı, insan gelişimi içinde sosyo-kültürel çevre hesaba katılarak sistemsel bir çözümlerle probleme yaklaşılmalıdır. AHP geleneksel psikoterapi yaklaşımlarına göre bu yönleri ile anksiyete bozukluklarını daha geniş bir alanı kuşatarak ele alıyor görünmektedir. Bu nedenle araştırma sonuçlarında ulaşılan bulgulara doğru ya da yanlış şeklinde yaklaşmanın ötesinde daha bütüncül kuşatıcı ve çözüm getirici bir yöne işaret ediciliği ve bu yönde göz önünde bulundurulması gereken bazı adımları atıp atmadığı yönleri ile dikkate alınması problemin çözümünde yeni bir perspektif kazandırabilir.

Bu araştırmanın en büyük kısıtlılığını AHP'nin kuramsal varsayımlarını ifade ve sınırlandırmada yaşanan zorluklar ile örneklemin yeterince büyük olmaması olmuştur. Ancak bu alanda yapılan ilk çalışma olması, sonraki çalışmalar için bir öncü olması ve bu eksikliklerini tamamlayarak devam edecek çalışmalar için bir temel teşkil etmesi bakımından araştırma büyük oranda amaçlarına ulaşmıştır.

5.3. ÖNERİLER

5.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Anksiyete bozukluklarının yapılan birçok araştırma ve kuramsal çözümlenmelere rağmen varlığını ve yaygınlığını bu şekilde devam ettirmesi probleme farklı perspektiflerden yaklaşılmasının gerekliliğini de göstermektedir. Bu bağlamda anksiyete bozukluklarının bilinçaltı süreçlerle, hipnotik trans fenomenleri ile af, kendini kabul ve onay ile ilişkileri çok fazla aydınlatılamamış boyutlar olarak durmaktadır.

Anksiyetenin etiolojisine bakıldığında anksiyetenin oluşumunda rol oynayan etkenlerin çokluğu bu problem için semptomatik ve yapısal çözüm önerilerinin ötesinde daha sistemsel yaklaşabilecek çözümlere ihtiyacı da göstermektedir. Bu nedenle tüm boyutları ele alarak bir süzgeçten geçirecek disiplinler arası ekip araştırmaları problemin çözümüne katkı yapabilir.

Analitik hipnoterapiye ilgi duyan araştırmacıların gözleme dayanan araştırmaların yanında deneysel düzenekler içerecek daha fazla kanıta dayanan yöntemler geliştirmeleri AHP'nin farklı yönlerini daha net ortaya koymalarına yardımcı olabilir. Çünkü bilinçli olarak farkında olunamayan bilinçaltı süreçlerin deneklerce raporlanması ya da araştırmaların bilimsel kabul edilebilirlik sınırlarını zorlayan gözlemlerden elde edilen çıkarımlara dayanması, konuların bilinçaltı boyutlarının incelenmesinin önündeki en büyük açmaz gibi durmaktadır (P. Schultz ve E. Schultz, 2007:713) . Ancak davranışçuların dışarıdan gözlenebilen davranışlar üzerine odaklanması ve bilişsel psikolojinin de düşünce süreçlerine saplanması (P. Schultz ve E. Schultz, 2007:716) ve sonuçta da kısırlaşması ve daralması tehlikesinden bilinçdışının bugün etkisi kabul edilen ve merak uyandıran gizeminin aydınlatılması yolunda kabul edilebilir araştırma yöntemlerinin bulunması bir çıkış olabilir.

Bütün bunların yanı sıra kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda bireysel AHP uygulamalarının kaygıların giderilmesinde ve azaltılmasındaki etkisi

aydınlatılmayı bekleyen bir alandır. Eğer araştırmacının uzman kimliği var ise eylem (aksiyon) araştırması yöntemi ile araştırmacı ve uzman rollerini birleştirerek anksiyete vakalarında daha derinlemesine araştırmalarla yöntemin hangi bileşenlerinin anksiyete semptomlarının azaltılmasında daha etkili olduğu, ya da semptomların oluşumuna dair AHP'nin hangi varsayımlarının daha belirgin gözlemlendiği araştırılabilir. Bunların dışında ayrıca olgu sunumu şeklinde tek tek vakalar daha derinlemesine araştırılarak vaka analizleri yapılabilir.

Yine analitik hipnoterapiye ilgi duyan araştırmacılar AHP'nin kuramsal varsayımlarını farklı psikolojik sorunları olan örneklemler üzerinde araştırabilirler. AHP'de bir yöntem olarak kullanılan Geştalt terapinin kaynaklık ettiği af çalışmaları batı kùltürü ile karşılaştırmalı olarak Türk insanı ve kùltürü açısından incelenebilir.

5.3.2. Uygulamacılara Yönelik Öneriler

AHP eklektik bir terapi yöntemi olduğundan birçok farklı psikoterapi yaklaşımını benimsemiş terapistler öğrenip uygulayabilir veya kendi terapi tarzlarına eklemleyip uyarlayarak kendi yaklaşımlarını geliştirebilirler.

Anksiyete hastalarında hipnotik uygulamalar ve özellikle parça terapisi çoğul kişilik bozukluğu olan hastalarda farklı kişiliklerin ortaya çıkmasını tetikleyecektir. Çok düşük bir yüzde içinde olsa bu tür bir disosiyatif vaka ile karşılaştıklarında ne yapacakları konusunda uzmanların önceden bilgilenererek hazır olmaları psikoterapi esnasında şaşkınlık yaşamamalarına ve hastaya daha faydalı olabilmelerine katkı sağlayacaktır.

Anksiyete bozukluklarının toplum içindeki yaygınlığı düşünùldüğünde koruyucu ve önleyici bir yaklaşımın gereği olarak okullarda görev yapan psikolojik danışmanlar öğrencilere duygularını bastırmadan ifade edebilmenin yolları, kızgınlık, suçluluk, suçlama gibi duygular karşısında bu duyguları biriktirmek yerine nasıl boşaltabilecekleri af ve yarım kalmış hesap bırakmama konularında uygulamalı eğitimler verebilirler.

KAYNAKÇA

- Abay, E. (2009). Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavinin Nörobiyolojisi. N. Dilbaz (Ed.). *Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet* içinde. Ankara: Pozitif Matbacılık. 143-159.
- Alkın, T., ve E. Onur, (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 296-303.
- Alkın, T., Albayrak, Ö., Kaya, B. ve Onur, E. (2004). Panik Bozukluğunda Tedavi Klavuzu. R. Tükel (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Klavuzu* içinde. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1-53.
- Almond, R. (2007). Psikodinamik Terapiler. B. Büyükdere (çev.), W. T. Roth, I. D. Yalom, (Ed.). *Anksiyete Terapisi* içinde. İstanbul: Prestij Yayınları, 189-214 (orijinal baskı tarihi 1997)
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR,)* 4. Baskı. Cilt 2. E. Köroğlu (Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği (orijinal baskı tarihi 2000).
- Banyan, C. ve Kein, G. (2001). *Hypnosis and Hypnotherapy Basic to Advanced Techniques for the Professional*. Minnesota: Abbot Publishing house inc.
- Barnett, E. A. (1989). *Analytical Hypnotherapy: Principles and Practice*. Glendale: Westwood Publishing Co.
- Battino, R. ve South, T. L. (1999). *Ericksonian Approaches*. Crown House Publishing Limited.

- Beasley, P. ve DeMaso, D. R. (2007). Otojenik Eğitim. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.). B. Büyükdere (çev.) *Anksiyete Terapisi* içinde, İstanbul: Prestij Yayınları, 153-188 (orijinal baskı tarihi 1997)
- Beck, A. T. ve Gary, E. (2006). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler Bilişsel Bir Bakış Açısı*. T. Özakkaş (Dizi Ed.). V. Öztürk (Çev.) İstanbul: Litera (orijinal baskı tarihi 2005)
- Boyne, G. (1989). *Transforming Therapy A New Approach To Hypnotherapy*. Glendale: Westwood Publishing Company Inc.
- Budak, S. (2005). *Psikoloji Sözlüğü* 3. Baskı. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. E. Sarıoğlu (Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları (orijinal baskı tarihi 2004)
- Burrows, G. D. ve Stanley, R. O. (2005). Klinik Hipnoz ve Hipnotik Olgulara Giriş. G. D. Burrows, R. O. Stanley ve P. B. Bloom (Ed.). C. Kiper (çev.Ed.). T. Özer (çev.). *Klinik Hipnoz* içinde, Psikoterapi ve Hipnoz Derneği, 13-35 (orijinal baskı tarihi 2001)
- Churchill, R. (2002). *Catharsis in Regression Hypnotherapy: Transcripts of Transformation* Cilt 1. Santa Rosa: Transforming Press.
- Churchill, R. (2008). *Catharsis in Regression Hypnotherapy: Transcripts of Transformation* Cilt 2. Santa Rosa: Transforming Press.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları* (7 b.). T. Ergene (Çev.), Ankara: Mentis Yayıncılık (orijinal baskı tarihi 2005)
- Çetin, M. (2009). TSSB, Dissosiyasyon ve Hipnotik Fenomenlerin İlişkileri. N. Dilbaz (Ed.). *Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet* içinde, Ankara: Pozitif Matbacılık, 67-68.

- Daş, C. (2010). *Bütünleşmek ve Büyüme Gestalt Terapi Yaklaşımı* 3. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Day, R. A. (2000). Bilimsel Bir Makale Nasıl Yazılır Ve Yayınlanır. G. A. Altay (çev.) Tubitak (orjinal baskı tarihi 1994)
- Dilts, R. (2005). *Dil İllizyonları*. V. Çubukçu, (çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları (orjinal baskı tarihi 1999)
- Elman, D. (1964). *Hypnotherapy*. Glendale: Westwood Publishing Co.
- Ersevım, İ. (2008). *Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri* 4. Baskı. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım.
- Federn, E. (2006). Önsöz. J. Watkins, ve H. Watkins içinde, *Ego Durumları Teori ve Terapi* içinde Z. M. Uygun ve H. Sayı (çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık, 9-10 (orjinal baskı tarihi 1997)
- Frykman, J. H. (2008). Kısa Süreli Terapide Dolaylı Telkinin Kullanımı. J. K. Zeig (Ed.) T. Özakkaş, (Dizi Ed.). *Ericksoncu Psikoterapi* içinde, Ö. Çağlayan (çev.). Cilt 3. İstanbul: Litera Yayıncılık, 243-253 (orjinal baskı tarihi 1985)
- Gordon, D. (2008). Önvarsayımların Ericksoncu Psikoterapideki Rolü. J. K. Zeig (Ed.) T. Özakkaş (Dizi Ed.) *Ericksoncu Psikoterapi* içinde. H. S. Kelpetin çev. Cilt 1 İstanbul: Litera Yayıncılık, 93-111 (orjinal baskı tarihi 1985)
- Gökalp, P. G. (2004). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Tedavi Klavuzu. R. Tükel (Ed.). *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Klavuzu* içinde. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Gruber, K., ve Heimberg, R. G. (2007). Sosyal Anksiyete İçin Bir Bilişsel-Davranışçı Tedavi Paketi. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.) İstanbul: Prestij Yayınları, 287-319 (orjinal baskı tarihi 1997)

- Guyton, A. C. (1989a). *Tıbbi Fizyoloji* Cilt 1. N. Gökhan, ve H. Çavuşoğlu (çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Guyton, A. C. (1989b). *Tıbbi Fizyoloji* Cilt 2. N. Gökhan ve H. Çavuşoğlu (çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Hofmann, S. G. ve DiBartolo, P. M. (2007). Bilişsel Terapi Teknikleri. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.), İstanbul: Prestij Yayınları, 89-116 (orijinal baskı tarihi 1997)
- Hyman, R. (2010). *Psikolojik Araştırmanın Niteliği*. Y. Özakpınar (çev.) İstanbul: Ötüken (orijinal baskı tarih 1964)
- İşeri, E. (2009). Okul Öncesi Çocuklarda Görülen Duygu ve Davranış Problemlerinin Gelecekteki Dürtü Kontrol Bozuklukları İle İlişkisi. N. Dilbaz (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet* içinde. Ankara: Pozitif Matbacılık, 271-276.
- Işık, E. ve Işık Taner, Y. (2006). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print.
- Jones, R. N. (1982). *Danışma Psikolojisi Kuramları*. F. Akkoyun (Ed.). F. Akkoyun, V. Duyan, S. Doğan, B. Eylon, ve F. Korkut (çev.) Cassell Educational Limited (orijinal baskı tarih 1981)
- Karamustafalıoğlu, O. (2009). Anksiyete Bozuklukları. N. Dilbaz (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet* içinde. Ankara: Pozitif Matbacılık, 33.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* 20. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karateke, B. (2010). Bağlanmanın Oluşumu ve Psikososyal ve Bilişsel Gelişim Çerçevesinde Bağlanma. T. Solmuş (Ed.) *Başlanma Evlilik ve Aile Psikolojisi* içinde. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 35-42.
- Kaya, Y. (2011). *Hipnoz ve Performans*. İstanbul: Gerekli Kitap.

- Köroğlu, E. (2011). *Kaygularımız Korkularımız*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köroğlu, E. ve Türkçapar, H. (2009). *Psikoterapi Yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yöntemleri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Leahy, R. L. (2008). *Bilişsel Terapi Yöntemleri*. H. Türkçapar, E. Köroğlu (Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği (orijinal baskı tarih 2003)
- Lehrer, P. ve Carr, R. (2007). Progresif Relaksasyon (Kademeli Gevşeme). W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.) İstanbul: Prestij Yayınları, 117-152 (orijinal baskı tarih 1997)
- McWilliams, N. (2010). *Psikanalitik Tanı 2*. Baskı. E. Kalem, (çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları (orijinal baskı tarihi 1994).
- Miller, P. H. (2008). *Gelişim Psikolojisi Kuramları*. B. Onur (Ed.). Z. Gültekin (çev.). Ankara: İmge Kitabevi (orijinal baskı tarih 2002)
- Morison, j. ve Philips, G. (2001). *Analytical Hypnotherapy Theoretical Principles* Cilt 1. Crown House Publishing.
- Morison, J. ve Philips, G. (2002). *Analytical Hypnotherapy Practical Applications* Cilt 2. Crown House Publishing.
- O'connel, D. N., Shor, R. E., ve Orne, M. T. (1993). *Hipnotik Yaş Gerilemesi: Deneysel ve Metodolojik Bir Araştırma*. T. Özakkaş (çev.) Kayseri: Özak Yayınevi.
- Özakkaş, T. (1993). *Gerçeğin Dirilişine Kapı Hipnoz 3*. Baskı. Cilt 1. Kayseri: Özak Yayınevi.
- Özakkaş, T. (1994). *Dünyada Hipnoz 1982-1993 Makale Özetleri*. Kayseri: Özak Yayınevi.
- Özakkaş, T. (1995). *Gerçeğin Dirilişine Kapı Hipnoz* Cilt 2. Kayseri: Özak Yayınevi.

- Özakkaş, T. (2004). *Bütüncül Psikoterapi 2*. Baskı. İstanbul: Litera.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. ve Goodman, P. (1993). *Geşalt Terapisi İçimizdeki Çocuk 2*. Baskı. N. Erkmén (çev.) İstanbul: Söz Yayın.
- Perls, F. S., Hefferline, R. ve Goodman, P. (2000). *Geşalt Terapisi İçimizdeki Çocuk 2 Yenilik Heyacan ve Büyüme*. N. Erkmén (çev.), İstanbul: Söz Yayın.
- Roth, W. T. (2007). Anksiyete Terapisi. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. İstanbul: Prestij Yayınları, 11-28 (orijinal baskı tarih 1997)
- Schultz, D. P. ve Schultz, S. E. (2007). *Modern Psikoloji Tarihi*. Y. Aslay (çev.), İstanbul: Kaknüs Yayınları (orijinal baskı tarih 2004)
- Schunk, D. H. (2009). *Öğrenme Teorileri*. M. Şahin (Çev. Ed.). M. Y. Demir, K. Celasun, Z. H. Kaçkar, E. Üzümcü, ve B. E. Şahin (çev.), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım (orijinal baskı tarih 2008)
- Sifneos, P. E. (2010). Atölye Çalışması. J. F. Masterson, M. Tolpin, P. E. Sifneos, T. Özakkaş (Ed.) *Psikanalitik Psikoterapilerin Karşılaştırılması* içinde. P. Üzeltüzenci (çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık, 183-221 (orijinal baskı tarihi 1990)
- Solmuş, T. (Ed.). (2010). *Bağlanma Evlilik ve Aile Psikolojisi*. İstanbul: Sistem.
- Solso, R. L., MacLin, M. K. ve MacLin, O. H. (2009). *Bilişsel Psikoloji 2*. Baskı. A. Ayçiçeği-Dinn (çev.), İstanbul: Kitabevi .
- Steiner, C. (2009). *Akıllı Bir Kalple Duygusal Okur Yazarlık*. M. Şahin (çev. Ed.) F. Erden ve M. Şahin (çev.) Ankara: BilgeSistem Yayıncılık (orijinal baskı tarih 2003)
- Şeker, H. ve Gençdoğan, B. (2006). *Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Şenol, S. (2007). Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol (Ed.) *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 889-897
- Tunschen, B. ve Fegenbaum, W. (2007). Anksiyete Terapisi. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.) İstanbul: Prestij Yayınları. 61-88 (orijinal baskı tarih 1997)
- Tükel, R. (2004). Önsöz. R. Tükel (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Klavuzu* içinde. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 11-12.
- Uran, B. (2006). *Geçmişin Hipnozunu Bozmak Analitik Hipnoterapi Gerçek İyileşmeye Açılan Bir Kapı*. Ankara: Ütopya Grafik .
- Uran, B. (2010). *Regresyon Hipnoterapisi Nedir? Nasıl Uygulanır?* Ankara: Bülent Uran Eğitim ve Danışmanlık Merkezi.
- Uran, B. (2011). *Hipnozun Kitabı Ayakta Uyutulmak İstemeyenler İçin*. Ankara: Gelişim Yolculuğu Yayınları.
- Uran, B. ve Çalık, N. (2011). *EFT İle İyileşin İyileştirin* 2.Baskı. Ankara: Gelişim Yolculuğu Yayınları.
- Uzbay, T. (2009). Deneysel Anksiyete Modelleri. N. Dilbaz (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet* içinde. Ankara: Pozitif Matbacılık, 125-140.
- Uzuner, C. ve Uzuner, S. (2007). *Yabancı Bildiğimiz Dostumuz Hipnoz*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Uzuner, C. ve Uzuner, S. (2009). *Hipnoterapi*. İstanbul: Beyaz Yayınları.
- Wallace, E. R. (2008). *Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması*. H. Atalay (çev.), İstanbul: Okuyan.

- Watkins, J. G. ve Watkins, H. H. (2006). *Ego Durumları Teori ve Terapi*. T. Özakkaş (Ed.). Z. M. Uygun, ve H. Sayı (çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık (orijinal baskı tarih 1997)
- Wilhelm, F.ve Jürgen, M. (2007). Agorafobinin Eşlik Ettiği Panik Bozukluk İçin Bir Bilişsel-Davranışçı Tedavi Paketi. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.) İstanbul: Prestij Yayınları, 245-286 (orijinal baskı tarih 1997)
- Yalom, I. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi* 3. Baskı. Z. İ. Babayiğit (çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi (orijinal baskı tarih 1980)
- Yalom, I. D. (2007). Önsöz. W. T. Roth, I. D. Yalom (Ed.) *Anksiyete Terapisi* içinde. B. Büyükdere (çev.) İstanbul: Prestij Yayınları, 7-10 (orijinal baskı tarih 1997)
- Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar* 2. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishhar, M. E. (2009). *Şema Terapi*. T. Özakkaş (Ed.) T. V. Soylu (çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık (orijinal baskı tarih 2003)
- Zeig, J. K. (2005). *Milton H. Erickson İle Hipnozla Terapi Semineri*. S. Yeniçeri ve S. Köseoğlu (çev.), İstanbul: Beyaz Yayınları (orijinal baskı tarih 1980)

Bildiri ve Makaleler

- Akça, F., Şahin, G. ve Vazgeçer, B. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Kendilik Algıları, Gestalt Temas Biçimleri ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 7.1, 18-28.
- Altıntoprak, A. E., Önen Sertöz, Ö. ve Coşkunol, H. (2006). Antidepresan Kesilmesinin Neden Olduğu Mani: Bir Olgu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 16.4, 245-251.

- Altuner, İ. (2011). Descartes Felsefesinde Kuşkudan Bilgiye Geçiş ve Zihnin Kendini Kavrayışı. *Beytulhikme An International Journal of Philosophy*, 1, 1-19.
- Binbay, Z. ve Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4.1, 1-13.
- Boutin, G. E.ve Tosi, D. J. (1983). Odification Of Irrational Ideas And Tes Anxiety Through Rational Stage Directed Hypnotherapy (RSDH). *Journal of Clinical Psychology*. 39.3, 382-391.
- Bugay, A. ve Demir, A. (2011). Hataya İlişkin Özelliklerin Başkalarını Affetmeyi Yordaması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 4.35, 8-17.
- Bugay, A. ve Demir, A. (2012). Affetme Arttırılabilir mi? : Affetmeyi Geliştirme Grubu. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4.37, 96-106.
- Christensen, C., Barabasz, A. ve Barabasz, M. (2009). Effects Of An Affect Bridge For Age Regression. *The International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, 57.4, 402-418.
- Coats, E. J. ve Feldman, R. S. (2011). Zihninizi Bedeninizi İyileştirebilir mi? N. E. Korkmaz (çev.) *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 52.2, 353-367.
- Çetin, M. (2011). Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı: Bir Güncelleme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 21.2, 161-173.
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8, 132-139.

- Dilbaz, N., Darçın, A. E., ve Çavuş, S. Y. (2011). Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21.1, 510-519.
- Dövücü, T. (2012). *Optimum Denge Modeli Eğitim Semineri Notları*. İstanbul.
- Erdoğan, S., Aslan, S., Utku, Ç., Karapıçak, Ö. K., Çapraz, İ. ve Karabacak, N. (2011). Kafa Travması Sonrası Gelişen Bellek Bozukluğu ve Epilepsi: Bir Olgu Sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12.3, 233-236.
- Ertuğrul, A. ve Rezaki, M. (2005). Varsanların Nörobiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16.4, 268-275.
- Evren, C. (2010). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2.4, 473-515.
- Geçtan, E. (1976). Tiyatro Yolu İle Ruhsal Tedavi "Psikodrama". *Ankara Üniversitesi Dil Ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Tiyatro Bölümü Araştırmalar Dergisi*. 7, 103-112.
- Gül, E.S., Yılmaz, A. ve Berksun, O. (2009). Mükemmeliyetçiliğin Depresyon, Antidepresna Yanıt ve İntihar Düşüncesi İle İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 19.1, 48-54.
- Güleç, H. (2009). Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 1.2, 175-186.
- Güveli, H. ve Saatçioğlu, Ö. (2008). Alkol Bağımlılığında İçme İsteği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 18.2, 140-152.
- Kocabaşoğlu, N. (Mart 2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi 62*. İstanbul: 175-184.
- Koloğlu, T. (2005). Hipokrat MÖ.460-370. *Nobel Medicus Portreler*. 1.1, 32-35.

- Krespi, M. R., Bone, M., Ahmad, R., Wortington, B. ve Salmon, P. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşamlarını Değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19.4, 365-372.
- Lovas, J. G. ve Lovas, D. A. (2007). Rapid Relaxation — Practical Management of Preoperative Anxiety. *Jounnol Of The Canadian Dental Association*, 73.5, 437.
- Lynn, S. J. ve Cardena, E. (2007). Hypnosis And The Treatment Of Posttraumatic Conditions: An Evidence-Based Approach. *The International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*. 55.2, 167-188.
- Mackey, E. F. (2009). Age Regression: A Case Study. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 12.4, 46-49.
- Mantar, A., Yemez, B. ve Alkin, T. (2011). Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22.3, 187-193.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011, Nisan). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12.2, 130-136.
- Özatic, O. (2010). İmmün Süpressif Ratlarda Entero Endokrin Sistem Yanıtı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 18.1, 1-5.
- Özdel, K., Yılmaz, A. ve Soykan, A. (2009). Nevrozların İlaç Tedavisinde Ne Kadar Başarılıyız? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 19.1, 170-172.
- Özen, D. Ş. ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2. 1, 1-14.
- Özer, Ş. ve Özmen, E. (1999). Posttravmatik Stres Bozukluğunda Hipnoterapi: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam*, 12.1, 24-27.

- Saraçlı, Ö., Keser, H. O., Atasoy, N., Kaygısız, İ., Atalay, A., Öztürk, Ü. ve Atik, L. (2012). Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Geç Başlangıçlı Şizofreni Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 15.1, 26-32.
- Sarp, N. ve Tosun, A. (2011). Duygu ve Otobiyografik Bellek. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3.3, 446-465.
- Satı, E. Z. ve Işık, Ö. (2011). İnovasyon Ve Stratejik Yönetim Sinerjisi: Stratejik İnovasyon. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 9.2, 538-559.
- Smith, W. H. (1990). Hypnosis In The Treatment of Anxiety. *Bulletin Of The Menninger Clinic*. 54.2, 209-16.
- Spiegel, D. (1988). Dissociation And Hypnosis In Post-traumatic Stress Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 1.1, 17-33.
- Tecim, V. (2004). Sistem Yaklaşımı ve Soft Sistem Düşüncesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*. 19.2, 75-100.
- Tokat, L. (2006). Dünya Görüşü-Din İlişkisi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 5.9, 41-63.
- Topses, G. (2012). Davranışçı ve Varoluşçu Hümanistik Psikolojik Danışma Kuramlarının Ayırteci ve Örtüşen Nitelikleri. *International Journal of New Trends In Arts, Sports, Science Education*. 1.3, 67-75
- Uluocak, N., Erdemir, F., Cumurcu, B. E., Çelikel, F. Ç. ve Parlaktaş, B. S. (2006). Erkeklerde Antidepresan ilaç Kullanımının Orgazm ve Ejakülasyona Olan Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 16.2, 104-108.
- Wolberg, L. R. (1996). Hypnosis And Psychoanalytic Therapy (Hypnoanalysis). *American Journal Of Psychotherapy*, 50.4, 393-413.

- Yağmur, S. ve Arzu, A. (2009). Anksiyete Bozukluğu Olan Ergenlerde Bilişsel Hatalar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 12.4, 172-179.
- Yolaç, A. Y., Yılmaz, A., Soykan, A., Serenay, E. ve Kumbasar, H. (2008). Panik Bozukluğunda Adenozin Deaminaz ve Dipeptidil Peptidaz IV Enzim Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19.2, 149-156.
- Yüksel, N. (2002). Panik Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek;3, 14-21.

Tezler

- Çobanoğlu, N. (2002). Hipnotik İndüksiyon Profilinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik - Güvenirlik Çalışması ve Psikopatoloji ile İlişkisinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi.
- Kaya, Y. (1995). Hipnotik Telkinin Genel Yorgunluk ve Kan Glukoz-Laktat Metabolizması Üzerine Etkisi. *Doktora Tezi*. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Salt Spor ve Spor Tıp Bilim Dalı.
- Taysi, E. (2007). İkili İlişkilerde Bağışlama İlişki Kalitesi ve Yüklemelerin Rolü. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

İnternet Kaynakları

- American Psychiatric Association DSM-5 Development. (2012) <http://www.dsm5.org/pages/Default.aspx> (30 Mayıs 2012).
- Banyan Hypnosis Center. (t.y.). Banyan Hypnosis Center <http://www.hypnosiscenter.com> (25 Temmuz 2012).
- İngilizce Türkçe Psikoloji Sözlüğü. (2006). *Termbank*. <http://www.termbank.net/hakkimizda.html> (2 Eylül 2012).

- Kein, G. (1979). *Omni Hypnosis Training Center*.
<http://www.omnihypnosis.com/> (25 Temmuz 2012).
- MASH, University of Sheffield. (2011). Non-parametric statistical tests.
<http://www.mash.dept.shef.ac.uk/NonParametric.pdf> (17 Eylül 2012).
- Nişanyan, S. (2002). *Sözlerin Soyağacı Çağdaş Türkçenin Etimolojik Sözlüğü*.
<http://www.nisanyansozluk.com/?k=asosiye> (14 Eylül 2012).
- sgkrehberi. (2012). *Hastane Müdavimi 2 Milyon Aileye Gereksiz İlacın Zararları Anlatılacak*. <http://www.sgkrehberi.com/haber/1869/> (6 Eylül 2012).
- Tıp Terimleri Sözlüğü. (2012). *Tıp Terimleri Sözlüğü*. Latince:
<http://www.tipterimlerisozlugu.com/angusty.%20angustia.html> (8 Haziran 2012).

EKLER

EK-1 PSİKOTERAPİSTLER ANKET FORMU

Bu araştırma T.C. Arel Üniversitesi Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Amacı yetişkin anksiyete bozukluklarında kullanılan bir psikoterapi/hipnoterapi yönteminin bazı kuramsal varsayımları hakkında psikoterapistlerin görüşlerine ilişkin veri toplamaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı : Mustafa Gürsoy

e-posta: mustafagursoy2001@hotmail.com

I. Eğitim durumu:		
Lisans / Bölüm:		
Yüksek Lisans / Bölüm:		
Doktora / Uzmanlık Alanı:		
II. Çalıştığınız kurum:		
Özel Ofis <input type="checkbox"/>	Devlet Kurumu <input type="checkbox"/>	Akademik Kurum <input type="checkbox"/>
Özel Hastane <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Diğer ise yazınız:		
III. Ne kadar süredir psikoterapi/hipnoterapi uygulaması yapıyorsunuz?		
0-1 yıl <input type="checkbox"/>	1-3 yıl <input type="checkbox"/>	3-5 yıl <input type="checkbox"/>
5-9 yıl <input type="checkbox"/>	9-15 yıl <input type="checkbox"/>	15 yıldan fazla <input type="checkbox"/>
IV. Uyguladığınız psikoterapi yöntemleri, yaklaşımları nelerdir.		
Psikanalitik terapi <input type="checkbox"/>	Bilişsel terapi <input type="checkbox"/>	Davranışçı terapi <input type="checkbox"/>
Bilişsel/Davranışçı <input type="checkbox"/>	Transaksiyonel Analiz <input type="checkbox"/>	Gestalt terapi <input type="checkbox"/>
Varoluşçu terapi <input type="checkbox"/>	Eklektik bir yöntem <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Diğer ise yazınız:		
V. Eğer hipnoterapi uyguluyorsanız uyguladığınız yaklaşımlar nelerdir?		
Direkt telkin <input type="checkbox"/>	Ericksoncu yöntemler <input type="checkbox"/>	Analitik hipnoterapi <input type="checkbox"/>
Parça terapisi <input type="checkbox"/>	Ego Durumları terapisi <input type="checkbox"/>	EFT <input type="checkbox"/>
NLP teknikleri <input type="checkbox"/>	Eklektik bir yöntem <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Diğer ise yazınız:		
VI. Hipnoterapi uyguluyorsanız kullandığımız hipnotik indüksiyonlar hangileridir?		
Eklektik <input type="checkbox"/>	Kendi yöntemim <input type="checkbox"/>	Dave Elman <input type="checkbox"/>
Hızlı indüksiyonlar <input type="checkbox"/>	Ericksonyan tarz <input type="checkbox"/>	Klasik yöntemler <input type="checkbox"/>
Diğer ise yazınız:		
VII. Anksiyete bozukluklarında psikoterapi uygulamalarınızda		
Ortalama seans süresi nedir?:		
Ortalama seans sayısı nedir?:		
VIII. Anksiyete bozukluklarında hangi psikoterapi yaklaşımlarını daha etkin buluyorsunuz?		
1.		
2.		
3.		

IX	Anksiyete bozukluklarında hastaya ve hastalığa yaklaşıma ilişkin aşağıda ki ifadeler sizin için tamamen yanlış geliyor ve red ediyorsanız (1) HAYIR, tam olarak kabul etmeseniz de kısmen anlamlı geliyor ve bir ölçüde katılıyorsunuz (2) KISMEN ve ifade sizin için tamamen doğru ise (3) EVET kutucuğuna (X) yazınız.	HAYIR	KISMEN	EVET
		1	2	3
1	Hastanın sorunu ile ilgili bilinçli algısı, mantığı ve tespiti yetersizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Anksiyete şikâyetlerinin temelinde bastırılmış bir duygu söz konusudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Anksiyete oluşumunda gerçekdışı algı ve inançlar etkindir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tüm duyguların kaynağı algılardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hesabı kapatılmamış yarım kalmış olaylar anksiyeteye neden olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Benzer olaylarda benzer duygusal tepkiler vermek öğrenilmiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bazı travmatik anılar bilinçli olarak hatırlanamasa da etkisi sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Duygularını yaşaması kısıtlanan çocuklar duygularını bastırmayı öğrenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Çocukluk travmaları yetişkinliktekilere göre daha etkili ve kalıcıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Olumsuz duygu içeren olay üzerinden yıllar bile geçse olaydaki duygu boşaltılmadıkça sanki yeni olmuş gibi insanı etkilemeye devam eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Anksiyete belirtileri bilinçaltının tehdit algısına karşı kişiyi koruma refleksiyle sergilediği otomatik tepkilerin sonucudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Problemler bir anda oluşmaz anksiyetenin oluşumunda bir ilk başlatan, sonra güçlendiren ve sonunda da tetikleyen bir çok olay vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Şu anda kişiye sıkıntı oluşturacak hiçbir şey olmasa da geçmişin sorunları çözülmediği sürece içerdeki kazan kaynamaya devam eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Karşılanmayan ihtiyaçların oluşturduğu duygular da anksiyete nedenidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	Aşağıdaki psikoterapi/hipnoterapi sürecine ilişkin yöntemleri biliyor fakat uygulamıyorsanız (1) HAYIR yöntemle ilgili yeterli bilginiz yok ise, bu yöntem hakkında (2) BİLGİM YETERSİZ, yöntemi uyguluyorsanız (3) EVET kutucuğunun içine (X) yazınız.	HAYIR	BİL. YET.	EVET
		1	2	3
15	Hastanın çocuklukta anılarını ve ilişkilerini araştırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Sorunları ile ilgili acı veren olayları, anıları ziyaret eder ve acı veren anılardaki öfke, korku gibi duygu bileşenlerini boşaltırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Sorunu tetikleyen oluşturan son olayda kalmam, semptomları güçlendiren olayları ve ilk başlatan olayı da araştırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Hastalığa temelindeki yanlış inanç, algı ve düşünceyi araştırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sorunun oluşumu ile ilgili algısını inceler bilinçli bakış kazandırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Sorunları ile ilişkili duygularından yola çıkarak geçmiş anılarındaki hesabı yarım kalmış, tamamlanamamış olaylardaki duyguları boşaltırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Hastanın olumsuz duygu ile suçladığı kişileri af ettirerek duygunun olumsuz etkisini kaldıracak bir bilinçli bakış kazandırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Hastanın kendini hatalı gördüğü suçluluk ve pişmanlık duyduğu olaylar için kendini af ile kendi yararına bilinçli bir bakış kazandırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Af seanslarında sandalye ortamı tekniğini kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Direkt telkinlerde bulunurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Sorunun devam etmesinde ikincil bir kazancı varsa üzerinde çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Part terapisi uygulayım (parts mediation therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Hastayı geleceğe yönlendirerek (geleceği imajine ettirerek) sorunun çözülüp çözülmediğini test ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI SOYADI Mustafa GÜRİSOY
DOĞUM YERİ Ankara
DOĞUM TARİHİ 02.11.1965
MEDENİ HALİ Evli
E-MAİL mustafagursoy2001@hotmail.com
ADRES Küçükçekmece / İstanbul
TELEFON (CEP) 0533 660 53 34

EĞİTİM DURUMU

1985-1991 Bursa - Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Kamu Yönetimi

SERTİFİKALAR

Hipnoterapi, Oto-hipnoz, Hipnotik yazarlık,
Regresyon Hipnoterapisi, Foto Reading, Senaryo
yazarlığı, Diksiyon, Reklamcılık, Bilgisayar
İşletmenlik, SPSS ve İstatistik

YABANCI DİL

İngilizce

İŞ TECRÜBESİ

2008-2012 Franchising danışmanlığı - İstanbul
2007-2008 Farklı sektörlerde franchising girişimciliği
Ceyhan
1996-1997 Gürsoy Sigorta aracılık şirketi işletme ve
girişimciliği – Adana
1992-2012 Eczane işletmeciliği (Aile işletmesi) – Ceyhan -
İstanbul