

İSTANBUL ŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HERMENÖTİK YAKLAŞIMLA ENSESTİN ANLAMLANDIRILMASI:
BİR PSİKOTERAPİ SÜREÇ ANALİZİ**

MİNE ALGAÇ

OCAK 2020

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri:

	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Elif Çelebi (Tez Danışmanı)	<u>kabul</u>	
Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak	<u>kabul</u>	
Dr. Sevdâ Sarı Demir	<u>kabul</u>	

Bu tezin İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Tarih
06.01.2020

Mühür/İmza


Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Mme Algaç
İmza: M Algaç

ÖZ

HERMENÖTİK YAKLAŞIMLA ENSESTİN ANLAMLANDIRILMASI: BİR PSİKOTERAPİ SÜREÇ ANALİZİ

Algaç, Mine

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Elif Çelebi

Ocak 2020, 123 sayfa

Bu tez çalışmasında erken çocukluk döneminde baba/kız enseste maruz kalmış bir danışanın enseste ilişkin yaşanmış deneyimi psikoterapi süreç analizi ile derinlemesine incelenmiştir. Bir yıl süren seanslarda, şema terapi alan danışanın ensesti anlamlandırması, yaşamı üzerindeki travmatik etkilerini yorumlaması, terapi sürecini ve değişimi değerlendirmesi ve terapistin terapi sürecini yorumlamasına ilişkin sorulara yanıt aranmıştır. Seans deşifreleri tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgular 3 bölüm halinde 12 ana temadan oluşmaktadır. İlk bölüm "Danışanın Ensesti ve Bugünkü Yaşamı Üzerine Etkilerini Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Baba ile Savaşmak", "Ben Annemin Kumasıydım", "Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım", "Çok Değersizim". İkinci bölüm "Danışanın Terapi Sürecini ve Değişimi Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Ben Onları Affettim", "Baba ve Annenin Sonu", "Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum", "Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı". Son bölüm ise "Terapistin Terapi Sürecini Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş", "Keşke Annen Ben Olsaydım", "Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak", "Fırtınaya Yakalanmış Geminin Kaptanı".

Araştırma bulguları ensestin danışan üzerindeki travmatik etkilerini ve bugünkü yaşamı üzerindeki sonuçlarını, terapi sürecine bağlı olarak anlamlandırmanın değişimini, terapistin süreçle ilgili anlamlandırmasını ve danışan ve terapist arasındaki

etkileşimi ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular ilgili alan yazın ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ensest, baba/kız ensesti, çocukluk çağı travmaları, kompleks travma, borderline kişilik bozukluğu, şema terapi



ABSTRACT

INTERPRETATION OF INCEST WITH HERMENEUTIC APPROACH: A PSYCHOTHERAPY PROCESS ANALYSIS

Algaç, Mine

MA in Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Elif Çelebi

January 2020, 123 pages

In this thesis research, the experience of a client who has been exposed to father/daughter incest in early childhood is examined in depth by psychotherapy process analysis. During one-year long sessions with the client receiving schema therapy, the answers to the questions about how she made sense of incest, interpreted it's longterm traumatic effects on her life, evaluated the therapy process and change, and how the therapist interpreted the therapy process were sought. Session transcriptions were evaluated by thematic analysis method.

The findings consist of 12 main themes in 3 sections. The first section is "The Client's Interpretation of Incest and its Effects on Her Life" and reveals 4 main themes: "Baba ile Savaşmak", "Ben Annemin Kumasıydım", "Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım", "Çok Değersizim". Second section is "The Client's Interpretation of Therapy Process and Change" and reveals 4 main themes: "Ben Onları Affettim", "Baba ve Annenin Sonu", "Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum", "Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı". The last section is "The Therapist's Interpretation of Therapy Process" and reveals 4 main themes: "Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş", "Keşke Annen Ben Olsaydım", "Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak", "Fırtınaya Yakalanmış Geminin Kaptanı".

The findings of the research reveal the traumatic effects of incest on the client and her life, change of interpretation due to therapy process, the therapist's own interpretation of the process and interaction between the client and the therapist. The themes were discussed in the light of the related literature.

Key Words: Incest, father/daughter incest, childhood trauma, complex trauma, borderline personality disorder, schema therapy



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez hazırlık sürecimde içtenliği, samimiyeti ve yol göstericiliği ile desteklerini akademik, mesleki ve kişisel anlamda esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Elif ÇELEBİ'ye,

Yüksek lisans ders sürecimde ve şema terapi süpervizyonunda akademik ve mesleki gelişimime yardımcı olan, desteklerini esirgemeyen ve terapist kimliğini örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Gonca Soygüt PEKAK'a,

Tez savunma jürimde olmayı kabul eden ve değerli görüş ve önerileriyle tezimin daha geliştirilmesine olanak sağlayan Dr. Öğretim Üyesi Sevda Sarı DEMİR'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana keyifli iki yıl yaşatan bölüm arkadaşlarıma ve tezin yazılması aşamasında gece çalışmalarında bana telefonun diğer ucundan destek olan sevgili İrem ve Beyza'ya,

Tez hazırlık sürecimde "başarılı" olacağıma olan inançlarını her fırsatta dile getiren dostlarıma,

Hayatımın en değerli varlıkları Leyla ve Nazlı'ya,

Teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak;

Araştırmamın, tüm meslektaşlarımla beraber yaralarını sarmaya çalıştığımız, kırılmayı hiçbir şekilde hak etmeyen ve bu bilimsel çalışma vesilesiyle seslerinin duyulmasını hedeflediğim mağdur çocuklara fayda sağlamasını temenni ederim.

İÇİNDEKİLER

Öz	iv
Abstract	vi
Teşekkür	viii
İçindekiler	ix
Tablolar Dizini	xii
Kısaltmalar Dizini	xiii
BÖLÜMLER	
1. Giriş	1
2. Alan Yazın Taraması	4
2.1 Ensest: En Ağır Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı	4
2.1.1 Ensestin Tanımı	4
2.1.2 Dünyada ve Türkiye’de Ensest: Buzdağı	6
2.1.3 Türkiye’de Ensest ile ilgili Araştırmalar	7
2.1.4 Baba / Kız Ensesti	12
2.1.5 Ensest Ailelerinin Yapısı	17
2.2 Ensestin Sonuçları ve Terapötik Yaklaşım	18
2.2.1 Ensestin Sonuçları	18
2.2.2 Borderline Kişilik Bozukluğu	22
2.2.3 Travma ve Borderline Kişilik Bozukluğu ile Çalışan Terapistleri Bekleyen Zorluklar	24
2.2.4 Terapötik Yaklaşım	25
2.2.5 Şema Terapi	26
2.2.6 Kompleks Travma, Cinsel İstismar ve Şema Terapi	33
2.2.7 Borderline kişilik bozukluğu (BKB) ve şema terapi	35
2.2.8 Şema Terapide BKB ile Çalışan Terapistleri Bekleyen Zorluklar	37
3. Yöntem	39
3.1 Yöntembilimsel Bağlamın Açıklanması	39
3.1.1 Nitel Araştırma Yürütülmesinin Nedenleri	39

3.1.2	Tek Vaka Çalışması Yürütülmesinin Nedenleri	42
3.2	Katılımcı Vaka Hakkında Bilgi	42
3.3	Araştırmacının Kimliği	43
3.4	Ölçüm Araçları	45
3.4.1	Terapi Seansları	45
3.5	İşlem	45
3.6	Analiz	45
3.7	Araştırmanın Niteliği	47
4.	Bulgular	48
4.1	Danışanın Ensesti ve Ensesti ve Bugünkü Yaşamı Üzerindeki Etkilerini Anlamlandırması	48
4.1.1	Tema 1 - Baba ile Savaşmak	48
4.1.1.1	Bir Kere Vurulursanız Bir Daha Vurulmaktan Korkar mısınız?	50
4.1.1.2	Tehlikenin Ne Zaman Geleceği Belli Değildi	52
4.1.1.3	Ben Şerefsiz Bir Babanın Kızıyım	52
4.1.1.4	Babam Benim celladımdı	53
4.1.2	Tema 2 - Ben Annemin Kumasıydım	53
4.1.2.1	Anlaşılmamanın Dayanılmaz Ağırılığı	54
4.1.2.2	Öfkeli Çocuk Latife	54
4.1.2.3	Anlamlandırmak ya da Anlamlandıramamak	55
4.1.3	Tema 3 - Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım	56
4.1.3.1	Ben Herkesten Farklıyım	56
4.1.3.2	Çok Yalnızım	57
4.1.3.3	Her Zaman kandırılabilirim	59
4.1.3.4	Her An Her Şey Bitebilir	59
4.1.3.5	Yanlış Yapan Ceza Görmeli	60
4.1.4	Tema 4 – Çok Değersizim	60
4.2.	Danışanın Terapi Sürecini ve Değişimi Anlamlandırması	62
4.2.1	Tema 1 - Ben Onları affettim	63
4.2.2	Tema 2 - Baba ve Annenin Sonu	65
4.2.3	Tema 3 – Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum	69

4.2.4	Tema 4 - Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı	70
4.3	Terapistin Terapi Sürecini Anlamlandırması	71
4.3.1	Tema 1 – Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş	71
4.3.2	Tema 2 - Keşke Annen Ben Olsaydım	73
4.3.3	Tema 3 - Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak	73
4.3.4	Tema 4 - Fırtınaya Yakalanmış Geminin Kaptanı	76
5.	Tartışma	78
5.1.	Bulguların Değerlendirilmesi	78
5.1.1	Latife'nin Aile Yapısı	79
5.1.2	Baba İle Savaşmak	80
5.1.3	Ben Annemin Kumasıydım	81
5.1.4	Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım	83
5.1.5	Kopuk Korungan Mod	84
5.1.6	Terapi ve Değişim	85
5.1.7	Terapötik İttifakta Kırılmalar	86
5.2.	Öneriler	87
5.2.1	Enseste bağlı kompleks travma mağdurları ile çalışacak terapistler için öneriler	87
5.2.2	Ensest konusunda toplumu ve bireyleri bilinçlendirmeye yönelik öneriler	88
5.3.	Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	89
Kaynakça	90
Ekler	102
EK 1.	Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu.....	102
EK 2.	Klinik Değerlendirme ve Psikoterapi Süpervizyon Eğitimleri için Aydınlatılmış Onam Formu	120
EK 3.	Psikoterapi Süreç Araştırması için Aydınlatılmış Onam Formu	122
EK 4:	Etik Kurul Onay Formu	124

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	DSM 5'e göre Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	23
Tablo 2.2.	Mod Grupları – Genel Bakış.....	32
Tablo 3.1.	Tematik Analiz Basamakları.....	46
Tablo 4.1.	Ensestin ve terapi sürecinin danışan ve terapist tarafından anlamlandırılması sonucu ortaya çıkan temalar.....	49



KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	Adverse Childhood Experiences (Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
TA	Tematik Analiz
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Ne yana baksam yanakları her gün semiren, temiz, ütülü kıyafetleri üzerlerine her gün ayrı bir özenle giydirilen, sıcak tutulan, buna karşılık, bir 'kişi' olmak üzere doğan ve bir 'kişi' olmayı biteviye isteyen kişilikleri her geçen gün daha da çok ezilen, baltalanan, bedenleri büyürken ruhları her geçen gün daha çok solan, üşüyen, ölen, sömürülen, işkence gören çocuklar görüyorum...

Nihan Kaya

İyi Aile Yoktur



1. BÖLÜM

GİRİŞ

Cinsel istismar ve ihmal, çocukların psikolojik ve fiziksel sağlığına zarar veren ve gelişimlerini engelleyen, ciddi bir sağlık sorunudur. Ensest, cinsel istismarın en ağır şekli olarak kabul edilmektedir. En güçlü yasaklara rağmen, aile içi cinsel ilişki her zaman ve her toplumda görülür. Tabu olmasından kaynaklanan sır perdesi ise ensestin görülme sıklığı ile ilgili bilginin çok kısıtlı olmasına neden olmaktadır.

Ensest açığa vurulmadığı sürece çözümlenmesi mümkün olmayan bir “sosyal tabu”dur. Ensest aile içinde gerçekleştiği için “halı altına süpürülme”ye her zaman için çok uygundur ve bu durum ensestin dökümante edilememesinin ve koruyucu sistemlerin geliştirilememesinin en önemli nedenidir. Özellikle Türkiye gibi aile birliğinin bireye üstün tutulduğu toplumlarda aile bütünlüğünü korumak amacıyla, ‘kol kırılır yen içinde kalır’. Yen içinde kalınmadığı durumlarda da aile içi şiddet, çocuk yaşta evlilikler, istenmeyen gebelikler, akraba evlilikleri, kan davaları ve namus cinayetleri gibi sosyolojik sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü cinsel istismarı, bir çocuğun tam olarak anlamadığı, yeterli bilgi ve gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan cinsel bir aktivite içerisinde yer alması; ensesti ise aile içinde çocuğa yönelebilecek her türlü cinsel istismar davranışı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2006).

Ensest bir çocuğun yaşamında duygusal olarak son derece ağır ve travmatik bir deneyimdir. Çocuk yetişkinlere karşı güven kaybı yaşar, suçluluk, utanç ve korku duyar. Ensestin çocuğun yetişkin dönemdeki hayatı üzerinde önemli etkileri vardır. Araştırmalar ensestin davranış problemleri, sıkıntılı kişiler arası ilişkiler, cinsel yönelimli davranış, madde bağımlılığı, intihar düşünceleri ve davranışları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, kaygı bozuklukları, depresyon, dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi sorunlara yol açtığını

göstermektedir (Yıldırım ve ark., 2014). Ensestin uzun dönem sonuçları arasında tedavisi zor olan ve mağdurun yaşamını büyük ölçüde etkileyen iki önemli sorun dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve borderline kişilik bozukluğudur (BKB) (Şar, 2011).

Ensestin yaygınlığı kültür ve coğrafi farklılıklarına duyarlı olsa da, alan yazın incelendiğinde tüm dünyada kadınların %20'sinin, erkeklerin de % 5-10'unun çocukluk çağında cinsel istismara uğradıkları, bu vakalarının %20-25'inin ise ensest vakaları olduğu görülmektedir (Johnson, 2004).

Dünyanın başka ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de ensest vakalarının çoğu gizli kalmaktadır. Ensest karşısında iyi işleyen bir sistem olması için ensestin var olduğunu ve çocuğa karşı bir cinsel saldırı olduğunu kabul etmek gerekir. En ağır çocuk cinsel istismarı olan ensest konusunda Türkiye'de az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar da genellikle niceliksel veri üretmek, ensestle mücadeleye karşı işleyen sistemin sorunlarını anlamak ve genellemelere gitmek amacı taşımaktadır. Terapi ilişkisinin grift ve yaşantısal temaları barındırması nedeniyle nitel araştırmalar dünyada gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Enseste maruz kalmış mağdurların bu travmatik yaşantıyı nasıl deneyimlediği ve anlamlandırdığına ilişkin birçok nitel çalışma mevcut iken, Türkiye'de alan yazında, ulaşılabildiği ölçüde, nitel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Nitel çalışmalar ensest mağdurlarının yaşamış deneyimlerine odaklanırlar ve ensestin sonuçları hakkında değerli bilgiler sunarlar.

Bu çalışma, ensest alanında hermenötik yaklaşım ile yapılmış bir nitel çalışmadır. Tek vaka çalışması şeklinde tasarlanmış çalışmada psikoterapi süreç analizi yapılmış ve çocukluk çağında ensest ilişkiye maruz kalmış ve şema terapi alan bir kişinin yaşamış deneyimi hermenötik yaklaşımla yorumlanmıştır. Sonuç olarak kişinin ensesti nasıl deneyimlediği, nasıl anlamlandırdığı ve yaşamı üzerindeki sonuçlarını nasıl değerlendirdiğine ilişkin zengin bir malzeme elde edilmiştir. Bununla birlikte, değişime dirençli bilişsel yapılar olarak tanımlanan şemaların terapi boyunca değişimine bağlı olarak ensestin anlamlandırılmasının değişimi de gözlenmiştir. Çalışma ayrıca, ilişkiyel bir yaklaşımla hem danışanın hem de terapistin sürecini

anlamaya yöneliktir. Danışanla birlikte terapist de terapi sürecini anlamlandırmış, bu esnada her iki tarafın da şemaları etkileşime girmiştir.

Son olarak bu çalışmanın, ensestın önemli sonuçlarından olan borderline kişilik örüntüsüne sahip danışanla psikoterapi sürecinde yaşanan kırılmalar ve çözümleri konusunda yol gösterebilir nitelikte olduğu düşünölmektedir.



2. BÖLÜM

ALAN YAZIN TARAMASI

Bu bölümde temel olarak ensest olgusu, dünyada ve Türkiye'deki durumu, baba/kız ensestinin özellikleri, mağdurun yaşamı üzerindeki etkileri incelenecektir. Bununla birlikte, etiolojisinde çocukluk çağı travmalarının büyük rol oynadığı bilinen borderline kişilik bozukluğu, farklı psikoterapi yaklaşımları ve şema terapinin bu tedavideki yeri üzerinde de durulacaktır.

2.1 Ensest: En Ağır Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

Ensest insanlığın tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Tüm toplumlarda tabu olarak görülmesine, geleneksel, dinsel ve yasal perspektiflerden yasak olmasına karşın, ensest olgusu günümüzde önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir (Finkel, 1994). Ensest gelişmiş veya gelişmemiş her toplumda tüm sosyal sınıflarda karşılaşılan bir problemdir. Tüm dünyayı ilgilendiren bir sorun olsa da, ensest genellikle ihmal edilmiş bir sosyal mesele olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2004).

Birçok disiplinin ilgi alanında olan ensest psikolojide cinsel istismarın en ağır şekli olarak kabul edilmektedir. Ensest, bir çocuğun duygusal yaşamında erişkinlere karşı giderilmesi zor güven kaybı ve ihanet içeren yıkıcı bir durumdur (Godbey ve Hutchinson, 1996; Davis ve ark., 2001). Diğer cinsel istismarlarla karşılaştırıldığında ensest çok ciddi psikolojik zararları vardır (Seto, 2018). Ortaya çıkan bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlar genellikle birden fazla ve yıkıcı niteliktedir (Gomes ve ark., 2014). Birçok mağdur yaşam boyu ilişki sorunları, güçsüzlük ve kusurluluk duyguları, insanlara duydukları güvensizlik, normal bir insanın yaşamını sürdürebilmesi için gereken günlük fonksiyonları yerine getirememek gibi sorunlarla yaşamak durumunda kalırlar (Graber, 1991).

2.1.1 Ensestin Tanımı

Ensestin kelime anlamı Latince'de 'pis, kirli, temiz olmayan' demektir. Ensest antropoloji, sosyoloji, psikoloji, hukuk, din gibi birçok disiplini ilgilendiren bir konudur

ve her disiplin ensesti kendi açısından tanımlamaya çalışır. İnsanlığın tarihi kadar eski bir tarihe sahip olan ensest evrensel bir tabudur. Kültürel ve toplumsal farklılıklar görülse de bu tabu tüm akrabalık ilişkilerinin temelinde yatar (Herman ve Hirschman, 1977). Antropolog Levi-Strauss'a göre ensest en temel sosyal sözleşmedir ve ensest yasakları toplumsal bir kural oluşturur (Levi-Strauss, 1969). Sosyolog-antropolog Mead'e göre ensest tabusunun amacı sosyal düzenin korunmasıdır (Mead, 1968). Freud'un birçok teorisyen tarafından tartışmalı "baştan çıkarma teorisi"ne göre de ensest çocuğun erken yaşta karşı cinse karşı beslediği cinsel arzularla başlar ve bütün yaşamı boyunca bilinçaltında yaşamaya devam eder (Freud, 1979).

Ensest olgusu 2000'li yıllardan önce sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel seviyesi düşük ailelerde yaşanan bir durum olarak değerlendirilmiştir. Ensest toplumlarda konuşulmayan, tartışılmayan ve halı altına süpürülerek sessiz kalınması tercih edilen bir toplumsal gerçek olmuştur. Blume'a (1990) göre ensest sınırları olmayan bir kavramdır; tüm sosyal sınıflarda, kültürlerde, ırklarda, dinlerde ve cinslerde mevcuttur. Çocuklar babaları, üvey babaları, amcaları, kardeşleri, dedeleri, enişmeleri ve anneleri tarafından enseste maruz kalırlar. Kadınların da istismar ettiği görülse de istismarcıların büyük çoğunluğu erkeklerdir. Lubell ve Peterson'un (1998) yaptığı çalışmada en sık rapor edilen istismarcıların biyolojik babalar olduğu görülmüştür.

Ensestin tanımı topluma, kültüre ve disipline göre değişmektedir. Hukuk, ensesti, aralarında kan bağı olan kişiler arasındaki rızaya dayalı cinsel ilişki olarak tanımlamaktadır (Türkiye Ensest Atlası Projesi Özet Rapor, 2014). Bugün artık eskimiş kabul edilen bu tanım yerine, ensesti kan bağına ve rızaya dayandırmayan, daha modern, daha kapsayıcı bir tanım tercih edilmektedir: Kan bağı olan veya olmayan (üveylik dahil), çocuğun bakımından sorumlu olan, üzerinde otoritesi/saygınlığı ve güven ilişkisi bulunan baba, anne, ağabey, abla, amca, dayı, teyze, hala, dede, yeğen, kuzen, gibi akrabalarla ve yakın aile dostları ile yaşadığı tüm cinsel içerikli davranışlardır (Topçu, 1997; Yates, 1997; Bozbeyoğlu ve ark., 2010; Türkiye Psikiyatri Derneği, 2017).

2.1.2 Dünyada ve Türkiye’de Ensest: Buzdağı

Ensest evrensel bir tabu olarak görülse de işin gerçeği farklıdır ve hemen hemen bütün toplumlarda ve dünyanın birçok coğrafyasında sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Studer ve ark., 2011). Ancak “ensest ve gizlilik” iki kardeş kavramdır. Gerek ahlaki/kültürel kaygılarla, gerekse utanç nedeniyle ensest olgularının çok önemli bir bölümünün rapor edilmediği ve yansıyan bilgilerin bir buzdağının görünen kısmı kadar olduğu bilinmektedir (Romito, 2008). Araştırmalara göre vakaların yaklaşık olarak %80’i rapor edilmediğinden ulaşılan rakamlar gerçeğin küçük bir kısmını yansıtmaktadır (Kenny ve McEachern, 2000). Toplumsal açıdan bu kadar önemli bir problemin göz ardı edilmesi ve yok sayılmaya çalışılması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü bu sorunu “sessiz sağlık aciliyeti” olarak adlandırmıştır (Kellogg, 2005; Nurcombe, 2000; Johnson, 2008; WHO, 2004; Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise ensestin gizli kalma nedenleri olarak anne/babanın örtme amacıyla çocuğu suçlaması, çocuğun kendini suçlaması veya yaşadıklarının normal olduğunu düşünmesi, istismarcının baskı ve tehditleri, aile içindeki konumu ve gücü, çocuğun kendini ifade etmekte zorlanması, toplumsal baskılar, ailenin çözüm bulamayarak açığa vurmamayı tercih etmesi sayılabilir (Bozbeyoğlu ve ark., 2010). Ensestin gizli kalması ise koruma önlemeye yönelik çalışma yapılması ve sistemler kurulmasının önündeki en önemli engeldir.

Cinsel istismar ve ensest ile ilgili araştırmaların hız kazanması 1970’ler ve 1980’lerden sonradır. Bu çalışmalar özellikle Kuzey Amerika ülkelerinde ensest/cinsel istismar görülme sıklığının yüksekliğine işaret etmektedir (Courtois, 1997). Elde edilen verilere göre tüm dünyada çocukların %5-20 oranında cinsel istismar tehdidiyle karşı karşıya olduklarını, bu oranın kadınlar için %20, erkekler için de %5-10 civarında olduğunu, kızların 2-3 kez daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir. Bu olgulardan %20-25’inin ise ensest vakaları olduğu belirtilmektedir (WHO, 2004; Johnson, 2004; Putnam, 2003; Finkelhor, 1994a; Finkelhor, 1994b; Gorey ve Leslie, 1997). Araştırmalar bugün yaklaşık 20 milyon amerikalının çocukluk döneminde ensest ilişki yaşadığına işaret etmektedir (Popper ve West, 1999). Russel’in (1983) 930 yetişkin

kadın ile yapılmış çalışmasında ise 18 yaşından önce ensest ilişki yaşayanların oranı %16 olarak rapor edilmiştir.

Ensest vakaları içerisinde baba/kız ensestinin en yaygın tip olduğu, dünya literatürüne paralel olarak Türkiye’de yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir (Yılmaz ve Eryılmaz, 2016). Dünya literatürü genel olarak ensestın görülme sıklığını %5-62 arasında vermektedir. Türkiye’de ensestın görülme sıklığı ise örneklem tipine bağlı olarak %1,4 ile %31,1 arasında değişmektedir. Yanık ve Özmen çalışmasında (2002) ülkemizde çocukluk çağı cinsel istismarlarının oranı %22 olarak bulunmuş olup, bunun %20-25’lik bölümü ensest vakalardır (Gölge, 2005). Bu kadar geniş bir aralıkta olmasının nedeni ise kültüre, yaşanan ülkeye ve rapor edilen kaynağa göre değişim göstermesidir (Akbaş ve ark., 2009). Ayrıca çalışmaların örneklem türü de sonucu değiştiren önemli bir faktördür. Bazı çalışmalar yetişkinlerle yapılan retrospektif çalışmalar, bazıları da cinsel istismara uğrayıp bir kuruma başvuran olgularla yapılan çalışmalardır. İkinci grupta ensest sıklığı daha yükselmektedir.

2.1.3 Türkiye’de Ensest ile ilgili Araştırmalar

Ensest yakın zamana kadar “aile sırrı” olma özelliğini korumuştur. Sosyal baskılar, durumun kişiler tarafından kabullenilmesinin zorluğu, aile birliğinin bireyin üzerinde olması anlayışı ensestın kapalı çevrede kalması ve devam etmesine olanak sağlamıştır. Türkiye’de aile içi şiddetle olan ilgi 1970’lerden sonra başlasa da, cinsel istismar ve ensest konularında yapılan çalışmalar özellikle 2000 yılından önce oldukça kısıtlıdır (Bozbeyoğlu, ve ark., 2010). Bununla birlikte son dönemde artan kadın hareketleri aile içerisinde çocuk ve kadına yönelik baskı ve şiddetin ortaya çıkmasına da olanak sağlamıştır. Bu hareketin ensest olgularının açığa çıkmasında payı olduğu açıktır (Finkelhor, 1984; Bozbeyoğlu, 2010).

Türkiye’de klinik çalışmalar ve okul verileri dışında cinsel istismar ile ilgili bilgilere ulaşmak çok kolay olmasa da bu alanda yapılmış ve istatistiksel bilgi sağlayan önemli ulusal çalışmalardan biri “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması”dır. Bu araştırmanın 2009 verilerine göre Cinsel şiddet çoğunlukla fiziksel şiddet ile birlikte görülmektedir. Bu araştırmaya göre kadınların %7’si 15 yaşından önce cinsel istismara

uğramış olup, istismarcıların %30'u yakın akrabadır. Buna paralel olarak baba tarafından %2,4, erkek kardeş/ağabey tarafından da %1,7 oranında enseste maruz kaldıkları görülmüştür. Araştırma 2014 yılında tekrarlanmış ve şu verilere ulaşılmıştır: 15 yaş öncesi kız çocuk cinsel istismarı oranı %9 olup, en sık görülen coğrafi bölgeler Ortadoğu Anadolu bölgesi (%12) ve Doğu Marmara ve İstanbul (%11) dir. Yakın aile bireyleri dışında erkek akrabalar tarafından cinsel istismar oranı %29 olarak tesbit edilmiştir. Yakın aile bireyleri tarafından cinsel istismarda ise dayı (%4), amca (%2) ve ağabey (%2) ilk sıraları almaktadır (Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması özet rapor, 2009-2014).

Bunun dışında yapılan çalışmalarda çocukluk istismar ve ihmal vakaları arasında cinsel istismar oranının %10,7 olduğu (Zoroğlu ve ark.,2001), en sık görüldüğü yaş grubunun 7-12 yaş arası olduğu (İbiloğlu ve ark., 2018) ve kız çocukların erkek çocuklara oranla çok daha fazla cinsel istismara uğradıklarıdır (İmren ve ark., 2013). Cinsel istismarcıların %80,5'i çocuğun daha önceden tanıdığı bireylerdir (Bağ ve Alşen, 2017). Çocukluk çağı cinsel istismarlarının büyük bölümünü aile içi cinsel istismar, yani ensest oluşturmaktadır (Bozbeyoğlu ve ark. 2010)

Türkiye'de yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalar ensest olgularını daha çok sosyodemografik ve klinik açıdan incelemeye odaklanmıştır. Ensestin normal toplum örnekleminde görülme sıklığına ilişkin bilgilere ulaşmak oldukça zordur. Toplumda görülme sıklığı ile ilgili iki çalışmada oranlar %1,4 (Koten ve ark. 1996), %1,8 (Alikashifoğlu ve ark. 2006) ve %4,4 (Zoroğlu ve ark., 2001) olarak bulunmuştur.

Cinsel istismar nedeniyle bir kuruma (adli kurum veya hastanelerin psikiyatri servisleri) başvuran vakaların oluşturduğu örneklerle yapılan çalışmalardan elde edilen veriler ise daha değişken olup, ensest oranları daha yükselmektedir. Bu çalışmalarda oranlar %4,6 (Gökten, 2011), %8,7 (Gündüz, Karbeyaz ve Ayrancı, 2011), %9,7 (Uğur ve ark., 2012), %10,2 (Aydın ve ark., 2015), %10,7 (Bağ ve Alşen, 2017), %14,5 (Soylu ve ark., 2012), %15,1 (Yüce ve ark., 2015), %15,6 (Vural ve ark., 2013), %23,6 (Gencer ve ark., 2016), %31,1 (Perdahlı, 2010) olarak bulunmuştur. Bu çalışmaların tümünde literatüre uyumlu olarak cinsel istismara uğrayan kız

çocuklarının oranının erkek çocuklardan çok daha fazla olduğu, en sık istismarcının ise baba olduğu görülmüştür.

Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu tarafından 56 ilde yapılan “Türkiye’de Ensest Atlası Projesi” nde ise ensestin görülme sıklığına ilişkin yüksek bir oran bulunmasına karşılık bu çalışmanın yayınlanamaması nedeniyle sonuçlar paylaşılamamaktadır (Türkiye’de Ensest Atlası Projesi Özet Rapor, 2014).

Ensest konusunda Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle yüksek lisans ve doktora tezleri şeklindedir. Sezgin’in (1993) yüksek lisans tez çalışmasında, ensest faillerinin %57’sinin babalar, %4’ünün öz ağabeyler, %13’ünün yakın akrabalar, %26’sının ise uzak akrabalarından oluştuğu görülmektedir. Sandalcı’nın (2004) yüksek lisans tezinde aile içinde ve dışında cinsel istismar nedeniyle Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından korumaya alınmış çocukların sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Gölge’nin (2005) doktora tezi çalışmasında ise Cinsel suçlardan hükümlü 102 kişinin yarısının çocuğa karşı cinsel saldırı gerçekleştirdiği, bu saldırılardan 20’sinin ensest olduğu görülmüştür.

Bunun dışında az sayıda olgu sunumu bulunmakta, bu çalışmalarda baba/kız ensestine (Özguven, Soykan ve Yazar, 2003; Celbis, Özcan ve Özdemir, 2006), disosiyatif bozukluk gelişimine (Erdoğan ve ark., 2004), ensestin açığa çıkmasındaki zorluklara (Yıldırım ve Gümüş, 2011), ve ensest nedeniyle oluşabilecek gebelik sorununa (Sarıçiçek ve Ağrıtmış, 2016) dikkat çekilmektedir.

Türkiye’de ensest konusundaki ilk niteliksel ve kapsamlı araştırmalardan biri 2009 yılında “Türkiye’de Ensest Sorununu Anlamak” adlı araştırmadır. Nüfus Bilim Derneği ile Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından desteklenen ve Bozbeyoğlu ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülen çalışma 1,5 yıl sürmüştür. Adana, Ankara, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul ve Kocaeli illerinde ensest yaşayan mağdurların ulaştığı 98 profesyonel ile yapılan görüşmelerde onların bilgi ve deneyimlerine dayanılarak, meseleye bakış açıları ve anlamlandırmaları dikkate alınmış, ensestin önlenmesine

yönelik sistemlerin önündeki engellerin daha iyi anlaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler büyük oranda dünya literatürü ile uyumludur.

Bu çalışmada görüşülen uzmanlar ensesti buzdağı olarak tarif etmektedirler. Kurumlara yansıyan ensest olgularının gerçeğin çok küçük bir miktarını yansıttığını belirtmektedirler. Her yaşta kız ve erkek çocuk ensest mağduru olabilese de rapor edilen en küçük olgu 8 aylık bir bebektir. Saldırıları genellikle çocukluk ve ergenlik yaşlarında görülmektedir. Mağdurların daha çok kız çocuklar olduğu görülmüştür. Saldırganların başında baba gelmekte, onu dede, ağabey, amca, dayı ve kuzen gibi daha büyük yaştaki erkek akrabalar izlemektedir. Baba/kız ensesti başı çekmekte, onu baba/oğul takip etmektedir. Saldırganlar genellikle otoriter yapıda erkeklerdir. Psikolojik problemi olmak, işsiz olmak, alkolik olmak gibi bir prototipe sahip değillerdir. Ensest yaşanan evdeki çocukların tümü risk altındadır ve istismara uğrayabilmektedir. Çocuk büyüdükçe hedef diğer çocuklara yönelebilmekte, bu da istismarın yıllarca sürmesine neden olmaktadır. Dokunma ve okşama gibi davranışlarla başlayan istismar anal ve vajinal tecavüze kadar ilerlemektedir. Mağduru ikna edebilmek için çeşitli ödüller teklif edilebilirken, fiziksel şiddet uygulayarak korkutmak ve sevdiklerini öldürmekle tehdit etmek de görülmektedir. Enseste her tip ailede rastlanabilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek veya “namazında, niyazında” şeklinde tarif edilen aileler vardır. Bununla birlikte ailelerin bazı özellikleri çakışmaktadır. Bunlar arasında, çocuğun ihtiyaçları ve bakımında ihmal, ekonomik zorluklar, yüksek suç oranı, cinsiyet ayrımcılığı, kızların değersiz erkek çocukların ön planda tutulması, göç, işsizlik sorunu, annenin ruhsal fiziksel sorunları, babada alkol sorunu, aile içi şiddet sayılabilir. Ailelerden bazıları içe kapalıdır ve uzmanlar tarafından “denizin ortasındaki ada gibi” şeklinde tanımlanmaktadır. Her tür ailede görülebilse de iletişimin güçlü olduğu ailelerde hemen açığa çıkmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey homojen değildir (Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

Çalışmaya göre ensestin gizli kalmasına zemin hazırlayan unsurların başında saldırının çocuğun güvendiği bir yakınından ve en güvendiği yerde, evinde, hatta yatağında yaşanması nedeniyle çocuğun istismarı ifade edememesi gelmektedir. Çocuk ancak bu ortamdaki güvenebileceği başka birilerini bulursa istismarı anlatabilir. Diğer

bir unsur çocuğun yaşadıklarını normalleştirmesidir. Erken yaşta yaşanan saldırılarda çocuk bunun normal olduğunu, kendisine kötülük yapıldığını, bunun yanlış olduğunu düşünemez. Çocuğun kendini suçlu hissetmesi, bunlara kendinin neden olduğunu düşünmesi de ensestin açığa çıkmasını zorlaştıran bir faktördür. Çocuk tüm bunların sadece kendi başına geldiğini düşünebilir, kendini yalnız ve çaresiz hissedebilir. Saldırganın tehditkar tutumu da çocuğun yaşadıklarını anlatmasına engel olmaktadır. Saldırgan çocuğu sevdiklerine zarar vermekle tehdit edebilmektedir. Saldırganın aile içindeki gücü, baskıcı tavırları, uyguladığı fiziksel ve psikolojik şiddet de ensestin açığa çıkmasını geciktirmektedir. Çocukların yetiştirilme şekli, ailenin çocuğa bakış açısı, onu bir birey olarak değil de “ailenin malı” gibi görmesi, söz hakkının olmaması, çocuğun her alanda gördüğü kötü muameleye hayır demeyi öğrenememesi, böyle bir durum karşısında sessiz kalmalarını açıklayabilmektedir. En önemli nedenlerden biri de enseste maruz kalan çocuğa ailenin destek vermemesi/verememesidir. Aile ensesti fark etmeyebilir ya da çocuğa inanmayabilir. İnanmayışın altında yatan nedenlerin başında toplumsal baskılar gelmektedir. Toplumsal baskı sonucu aile birliğini koruma çabası, ailenin dağılması karşısında yaşanabilecek zorluklardan çekinme, ailenin toplumdaki dışlanma korkusu, utanç, “namussuz” “kirli” olarak algılanma korkusu ortaya çıkmaktadır. Baskı sadece etraftan değil resmi kurumlardan da gelebilmektedir. Ailenin dağılmasını engelleme çabaları veya cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan mağduru suçlu gösterme çalışmaları da kurumların bireyden önce aileyi korumaya yönelik tutumlarını göstermektedir (Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

Ensestin ortaya çıkmasında her zaman en önemli rol anneye verilmekte, annenin bu durum karşısında verdiği tepkiler ise eleştirilere neden olabildiği gibi bazen de normalleştirilmektedir. Değişik ülkelerde yapılan çalışmalara göre annenin bu durumu kabul etmesi bir anda gerçekleşmeyip, sürece yayıldığında mümkün olmaktadır (Kardam ve Bademci, 2010; Plummer, 2006). Bozbeyoğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da bulgular buna paralel olup, annenin kabullenmesindeki isteksizlik ve gecikmeler için anneyi suçlamadan önce içinde bulunulan koşulları değerlendirmek gerektiği vurgulanmaktadır. Annenin kabullenmesini zorlaştıran unsurlar arasında babadan korku, fiziksel şiddet, ekonomik

özgürlüğün olmaması, annenin ailesinin desteğinin olmaması, evlilik bozulduğu zaman yaşanacak sıkıntılar, annenin yeni bir aile yapılanmasını sağlayacak güçte olmaması, “geçer, düzelir” beklentileri, özgüven yetersizliği, her şeyden önce de kendi çocukluk travmaları ve “ezilmiş bir kadın olması” sayılabilir. Anneler çocuklarına inanmamayı tercih etmekte, çocuğu suçlamakta, bunun yalan veya uydurma olduğunu iddia etmekte, ergenlik merakı gibi görmekte veya çocuğun ruhsal sıkıntılarının olduğunu söyleyebilmektedirler. Bununla birlikte ensesti öğrenir öğrenmez harekete geçen, çocuklarını mağduriyetten kurtarmak için savaş başlatan anneler de bulunmaktadır. Sonuç olarak annenin ensestini açığa çıkarılması konusundaki rolü çok önemlidir ancak bu rolü değerlendirirken annenin rol çatışmalarını (anne ve eş olarak), yaşayacağı fiziksel ve duygusal baskılar karşısında eşine ve topluma karşı durmak konusunda yeterli güce sahip olup olmadığını da göz önünde bulundurmak gerekmektedir (DeYoung, 1982). Tüm istismar türlerinde olduğu gibi aile içi cinsel istismar gerçeğinde de kadının toplum içindeki gücünün artırılmasına yönelik süreçler önemlidir (Bozbeyoğlu ve ark., 2010). Türkiye’de ensest yaşayan vakaların yaşadıkları bu deneyimi nasıl anlamlandırdıkları ve yorumladıklarına ilişkin fenomenolojik çalışmalar yoktur.

2.1.4 Baba / Kız Ensesti

Ensest tartışmasız bir çocuğun yaşayabileceği en ağır cinsel istismardır, çünkü tehlike güvendiği ve bakımını sağlayan bir kişiden gelmektedir. Çalışmalar cinsel istismar vakalarında istismarcı ile mağdurun arasındaki yakınlık arttıkça ortaya çıkan psikolojik bozuklukların sıklığının ve şiddetinin de arttığını göstermektedir. Ensestini baba tarafından olması ise mağdur üzerindeki stresi ve travmatik etkiyi yıkıcı hale getirmektedir (Russel, 1986; Kaplan, 1996; Cyr ve ark., 2002).

Araştırmalar baba/kız ensestinin en sık rapor edilen tip olduğunu göstermektedir (De Chesnay, 1985; Sadock ve Sadock, 2000; Macan, Uvodic ve Botica, 2003; Tamura ve ark., 2000). Baba/kız ensestini erkek kardeş/kız kardeş, kız kardeş/kız kardeş, anne/oğul ensesti takip etmektedir (Sariola ve Uutela, 1996). Ünlü Kinsey raporunda toplumda baba/kız ensest oranı %1,5 olarak bulunmuştur (Kinsey ve ark., 1953). Herman ve Hirschman da (1977) “Baba/Kız Ensesti” (Father-Daughter Incest) adlı

çalışmalarında en sık karşılaşılan ensest türünün baba/kız ensesti olduğunu rapor etmişlerdir. Bu çalışmada 5 yıllık bir sürede psikoterapi alan 1.000 kadının baba tarafından enseste maruz kalma oranı %2-3 olarak tesbit edilmiştir. Amerikan Suç Önleme Komitesi başvuran cinsel istismar olguları içerisinde baba/kız ensest oranını %31 olarak verilmektedir (CAP, 1994). Dünya verilerine paralel olarak Türkiye’de yapılan Bozbeyoğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da görüşülen uzmanlar kendilerine ulaşan ensest vakalarında baba/kız ensest sayısının diğerlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2014) ve Gencer ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında ise oran şaşırtıcı bir şekilde yüksek olup kuruma başvuran ensest olguları içerisinde her iki çalışmada da %34,9 ile baba/kız ensesti başı çekmektedir. Bağ ve Alşen (2017) çalışmasında bu oran %39’dur.

Baba/kız ensestinde en önemli faktörün güç ve otorite olduğu görülmektedir. Tecavülden farklı olarak, baba ensestinde bakım vermek, ilgilenmek, sevmek üzerine kurulu bir ilişki daha ön planda olabilir. Babanın süper gücü karşısında kız güçsüzdür, utanır, karşı koyamaz. Daha çarpıcı olan ise kızların büyük oranda hiç sevilmemektense böyle bir sevgi ilişkisi içinde olmayı tercih ettiklerini belirtmeleridir. Kızlar bu durumda tecavüze uğramamakta, ancak baştan çıkarılmaktadırlar (Brownmiller, 1975). Bir kız çocuğu, bir yabancı tarafından tecavüze uğradığı zaman ona karşı çıkabilir. Nefret etme özgürlüğüne sahiptir. Ancak baba söz konusu olduğunda, sosyal ve psikolojik olarak bakım ve korunma amacıyla ona bağımlıdır. İsteklerine karşı çıkamaz, öfkesini ve nefretini yansıtamaz. Çünkü baba sevgisini kaybetmeye göze alamaz. Kısaca babaya ihanet etmek istemez (Herman ve Hirschman, 1977).

Baba/kız ensestinde sürenin uzaması ağır patolojilerin gelişmesi açısından önemli bir risk faktörüdür (Yıldırım ve ark., 2014). Baba/kız ensest mağdurlarının, baba dışında yetişkin bir erkek tarafından cinsel istismara maruz kalanlara göre daha fazla re-viktimizasyona uğradıkları da görülmüştür (Beard ve ark., 2017).

Baba/kız ensestinin görüldüğü ailelerdeki temel karakterler ve kişilik özelliklerine ilişkin çalışmaları gözden geçirdiğimizde üç karakter baş rolü oynadığını görmekteyiz: Baba, kız (mağdur) ve anne (De Chesnay, 1985).

Baba: Ensest araştırmalarında baba ve kişilik özellikleri üzerinde çalışmalar oldukça fazladır. Frude (1982) literatür taramasında ensest babalarının pedofilik bozukluğa sahip olanların küçük bir oranı olduğuna dikkat çekmiştir. Bununla birlikte ensestin daha çok gelişimsel süreçteki sıkıntılarla ilişkili olduğu, babaların kendi anneleriyle bağlanma süreçlerinde sorun yaşadıkları ve az ebeveyn bakımı almış oldukları, empati geliştirmeyi öğrenemedikleri, kendi-odaklı (self-centered), edilgen, bağımlı kişiler oldukları görülmüştür (Fowler, Burns ve Roehl, 1983). Çoğunlukla antisosyal kişilik özellikleri gösterdikleri, dürtü kontrol zayıflığı, madde ve alkol kullanımı, engellenmeyi tolere edememe, otoriteye karşı çıkma, zayıf muhakeme gücü, manipülatif eğilim ve sorumsuzluk gibi sorunları olduğu bilinmektedir (De Chesnay, 1985; Lanning, 2001; Erdoğan ve ark., 2011). Cinsel istismarda bulunan erkeklerin çocukluk öykülerinde büyük oranda cinsel istismar ve aile içi şiddet olduğu görülmüştür (Herman, 1992; Kaplan, 1996; Gaffney, 2003; Aydın ve ark., 2015). Ataerkil aile yapısının da baba/kız ensestinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (Herman ve Hirschman, 1977). Ensest babalarının sert mizaçlı ve duygusal açıdan dengesiz kişiler oldukları, çocuğun doğumdan sonraki ilk yılında minimum iletişimde oldukları ve duygusal özdeşim kuramadıkları da bildirilmektedir (Topçu, 2009).

Anne: Ensest karşısında annelerin nasıl tepki verdikleri her zaman ilgi odağı olmuştur. Annenin ensest ilişki içerisindeki rolü tam olarak net değildir. Anneler bu ilişkiye dolaylı yoldan etki edebilecekleri gibi kızlarını tacizci babadan koruma konusunda isteksiz de olabilmektedirler (Green, 1996).

Eisnitz (1984) birçok baba/kız ensest vakasında, kızın anne tarafından reddedildiğini iddia eder. Sağlıklı bir anne/kız ilişkisi söz konusu ise anne olanları algılayabilir veya engel olmaya ya da çocukları babadan uzaklaştırmaya çalışır (Cloitre, Cohen ve Koenen, 2006; Eisnitz, 1984). Eisnitz'e göre baba/kız ensestinde ikiden fazla katılımcı vardır ve patoloji sadece ensestin kendisinden değil, annenin tolere etmesinden veya

“bilinçli olarak görmezlikten gelme” sinden de kaynaklanmaktadır (Eisnitz, 1984). Annelerin kızlarını ensest karşısında korumadığı ve yeterli desteği vermediği ailelerde anne ve kız arasındaki ilişki mesafe göze çarpar. Annelerin etkisiz, eşe ekonomik açıdan bağımlı ve sosyal olarak izole olmaları, düzenin bozulmasını istememeleri, fiziksel şiddetten korkmaları, olayın çevreden duyulmasını istememeleri, statükoyu korumak için çaba göstermelerine neden olabilmektedir. Bu anneler bağımsız bir davranışta bulunmanın riskini alamazlar. Dolayısıyla ataerkil bir ailede annenin ensesti ortaya çıkarması ve karşısında durmasını beklemek, sistemi oluşturan zayıf bir halkanın tüm sistemi idare etmesini beklemekle eşdeğerdir, bu da mümkün değildir (Herman, 2016; De Chesnay, 1985; Romans ve ark., 1997; Polat, 2000; Erdoğan ve ark., 2011).

Birçok anne eşinin çocuklarına cinsel istismarda bulunabileceğini düşünemez. Bunu fark ettiğinde de şaşkınlık, öfke, suçluluk gibi karmaşık duygular neticesinde inanmak istemeyebilir ve örtmeye çalışabilir. Örtme davranışı beraberinde suçu çocuğa yüklemeyi de getirmektedir (Johnson, 2004; Polat, 2000). Bazı çalışmalar ensest ailelerinde annelerin duygusal yoksunluğa ve yetersiz sosyal beceriye sahip olduklarını da göstermiştir. Ayrıca büyük bölümünde teşhis edilmemiş şizofreni, depresyon ve alkolizm gibi ağır patolojiler de tespit edilmiştir (Herman, 1981). Bu anneler kendi bedenlerinin kontrolünü sağlamakta yetersiz olup ortalamadan fazla çocuğa sahiptirler. Ensest kurbanlarının da rol model anneleri gibi bedenlerini kontrol edememesi şaşırtıcı değildir (Maisch, 1972). Annenin çalıştığı veya hasta olduğu ailelerde kız çocuğunun onun sorumluluklarını aldığı veya anne tarafından korunamadıkları görülmektedir. Bazı anneler de kızlarını arkadaşları gibi görebilmektedirler (Herman ve Hirschman, 1977).

De Chesnay'nin araştırmasında ensest yaşanan ailelerde tüm annelerin olanların farkında olmadığını göstermiştir. Babalar kızlarını öldüreceklerini veya anneler duydukları zaman öleceklerini söyleyerek olayın gizli kalmasını sağlamaktadırlar. Anneler bazen şüphelenseler de bu düşünce kabul edilemeyecek kadar ağır olduğundan yok sayabilmektedirler (De Chesnay, 1985).

Kız (Mağdur): Babaları tarafından enseste maruz kalan kızlar genellikle ailedeki en büyük veya tek kız çocuk olma özelliğini taşımaktadırlar. Çoğunlukla 6-9 yaşları arasında olup, cinsel temas 3 yıl ya da daha fazla sürmektedir (Herman ve Hirschman, 1977).

Ensest mağdurlarında gelişen psikolojik sorunların çeşitliliği ve şiddeti, istismar eyleminin niteliğine (penetrasyon olması veya anal ilişki), eşlik eden şiddete, istismar sırasında verilen mesajlara ve çocuğun bu mesajları nasıl anlamlandırıldığına, çocuğun yaşına ve istismar süresine bağlıdır (Finkelhor, 1993; Akbaş ve ark., 2009; Nasıroğlu, 2014). Cinsel istismara uğrayan mağdurlarda istismarcı ile aralarındaki yakınlık arttıkça ortaya çıkan psikolojik bozuklukların da sıklığı ve şiddeti artmaktadır (Russell, 1986; Kaplan, 1996).

Baba tarafından enseste maruz kalan bir çocuk ebeveynini kaybetme korkusuyla bunu gizli tutarak tekrarlayan şekilde istismara uğrayabilir (Brown ve Anderson, 1991). Ensest mağdurları genellikle olanlara kendilerinin neden olduklarını, cinsel açıdan uyarıldıklarını, bazen istismarcı ile cinsel temastan hoşlandıklarını düşünerek suçluluk duyarlar (De Young, 1982; Herman, 1981; Meiselman, 1979, 1990; Russell, 1986; Westerlund, 1992). Ensest bir çocuğun yetişkinlikte anne, baba, cinsel eş, eş ve çocuklarıyla olan ilişkilerini etkilemektedir. Ayrıca cinsel yönelimlerini değiştirebilir, karşı cinse olan yakınlıkla ve cinsel tatminle ilgili sorunlar yaşamasına neden olabilir (Herman, 1981; Meiselman, 1979, 1990; Westerlund, 1992). Ensest kurbanı aileden kaçabilir ve erken bir evlilik yaparak yetişkin erkekler tarafından re -viktimizasyona uğrayabilir (Courtois, 1988; De Young, 1982; Herman, 1981; Meiselman, 1979, 1990; Russell, 1986; Westerlund, 1992).

Çocukluk çağında ensest öyküsü olan yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalar, kendilerine cinsel istismarda bulunan babalarından çok buna göz yuman ve korumayan annelerine karşı öfke duyduklarını göstermektedir (Collins ve ark., 1982; Herman 1992; Dube ve ark., 2005). Annelerinden destek görmeyen ensest mağdurlarının yetişkin yaşamlarında eşleri tarafından şiddete uğrama oranlarının da arttığı gözlenmiştir (Testoni, Mariani ve Zamperini, 2018).

Ensest mağdurları sosyal, duygusal, bilişsel ve psikolojik birçok sorun yaşayabilir. En sık karşılaşılan sorunlar arasında, diğer insanlara uzak olmak ve onlardan farklı olmak, ilişki kurmakta zorlanmak, ilişkileri yapay, boş ve çelişkili bulmak, kimseyi sevemeyeceğini düşünmek gelmektedir. Erkeklerle olan ilişkilerinde sıklıkla taciz edildiklerini veya hiç ilgi görmediklerini düşünmektedirler. Erkeklerle negatif duygular beslemek de sık görülen sonuçlar arasındadır. Bununla beraber kendilerinden yaşça büyük veya evli erkeklerle beraber olan kadınlar da görülmektedir. Bu ilişkilerde önem verdikleri konunun, biri için özel olmak, güç sahibi olmak ve ensestin gizlilik kuralını tekrar yakalamak olduğunu belirtmektedirler (Herman & Hirschman, 1977).

2.1.5 Ensest Ailelerinin Yapısı

Önceleri ensestin genellikle düşük sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel seviyeye sahip ailelerde görüldüğü düşünülse de ensest her tip ailede görülebilmektedir. İstismarcı açısından bakıldığında istismarcıları sosyolojik açıdan bir kalıba sokmak mümkün gibi görünmemektedir. İşi ve toplumda saygınlığı yüksek bir mesleği olan, ekonomik gücü yerinde olan, alkolik olmayan, eğitim seviyesi yüksek, kanunlara saygılı, günlük aktivitelerini devam ettiren ve dışarıdan sorunlu görünmeyen istismarcılar da olabilmektedir. Sosyo-ekonomik olarak yüksek kesimlerde görünmüyor gibi algılanmasının nedeni, bu kesimde belki de “durumun daha rahat örtülebilmesinden” kaynaklanmaktadır (Türkiye Ensest Atlası Projesi Özet Rapor, 2014). Bu durum yapılan sosyo-demografik çalışmalarda da desteklenmektedir. Adli kurumlara intikal eden olgularda istismarcıların hiç okumamış veya ilkokul mezunu olma oranlarının %94, işsizlik oranının ise %50 olduğu görülmüştür. Ayrıca şehirde yaşayanlarla kıyaslandığında kırsal kesimde yaşayanlarda ensestin daha çok penetrasyonla sonuçlandığı görülmüştür (Gündüz, Karbeyaz ve Ayrancı, 2011).

Bununla birlikte ensest yaşanan ailelerde dinamikler açısından benzerlikler göze çarpmaktadır. Bu ailelerde parçalanmış aile yapısı, kapalı iletişim kanalları, annenin çalışması veya evi terk etmesi, ebeveynlerin kendi çocukluklarında istismar öyküsü bulunması, evlilikte sorunlu cinsel yaşantı, kalabalık aile, annenin düşük eğitim düzeyi, üvey babanın varlığı, ebeveynlerin fiziksel/ruhsal rahatsızlıkları gibi faktörler dikkat çekmektedir (Johnson, 2004; Lum ve ark., 2015). Paveza (1988) özellikle anne-kız

arasındaki uzaklığa, tarafların evlilik ilişkisinden düşük tatmin almasına ve babanın anneye gösterdiği şiddete dikkat çekmektedir. Bu aileler genellikle dışa kapalı aileler olup sosyal izolasyon göze çarpmaktadır. Aile içinde duygusal paylaşım ve iletişim zayıftır, cinsel içerikli davranışlara sık rastlanır (Herman, 1992; Lanning, 2001).

Bu faktörlerden ikisinin diğerlerinden sıyrılarak üzerinde özellikle çalışılması ve özellikle ülkemizde ensestini önlenmesine yönelik sistemlerin kurulmasında dikkate alınması gerekmektedir: Annenin eğitimi ve açık iletişim kanalları (özellikle anne-kız arasında). Annelerin eğitimlerinin incelendiği bir çalışmada, hiçbir eğitim almayan anne oranı %20,8, ilkokul mezunu anne oranı %70, orta öğretim mezunu anne oranı ise %5,6 olarak belirlenmiştir (Akbaş ve ark., 2009). Aile içi desteğin yüksek ve anne ile iletişimin açık olduğu ailelerde enseste uğrayan çocuğun bu travma ile daha kolay baş edebildikleri görülmektedir (Romans ve ark., 1997; Lanning, 2001; Taner ve Gökler, 2004).

2.2 Ensestini Sonuçları ve Terapötik Yaklaşım

2.2.1 Ensestini Sonuçları

Duygusal açıdan güvende olmak bir çocuğun hayatta kalması ve yaşamını sürdürmesi için kritik öneme sahiptir. Çocuğun içerisine doğduğu aile onun için en güvenli ortamdır ve dışarıdan gelecek tehlikelere karşı çocuğu koruyan önemli bir kaynaktır. Bir bakım verenin fiziksel ve duygusal varlığı çocuğun esneklik geliştirmesine olanak sağlar (Van der Kolk, McFarlane, ve Weisaeth, 1996). Ebeveyn ve çocuk arasında sağlıklı bağlanma dokunma, öpme, kucaklama ve sarılmayı kapsar. Burada anahtar kavram "sağlıklı" dır. Sağlıklı ailelerde çocuklar "uygun" ve "uygunsuz" dokunmanın farkını ve sınırları öğrenirler. İnsana saygının olduğu yerde cinsel istismardan bahsedilemez. Fonksiyonel olmayan bir ailede cinsel davranışa ait sınırlar net değildir ve çocuk bu net olmayan sınırlarla büyür. Ensest ilişkiye maruz kalan çocuklarda kronik ve kaçınılmaz travma söz konusudur ve tampon görevi görececek herhangi bir dış yardım yoktur. Cinsel davranışlara maruziyet tekrarlayıcı ve zaman içerisinde şiddeti artan yapıdadır. Tehlike en güvendiği yerden, ailenin içinden gelmektedir. Tekrarlayan travmalar karşısında yardımsız kalan çocuk davranışsal, duygusal ve

sosyal olarak savunma mekanizmaları geliştirmeye başlar. Bu güçlü savunma yolları sayesinde psikolojik enerji boşalır (Courtois, 1988).

Çocukluk çağında yaşanan ensest kaçınılmaz bir şekilde çocuğun olgunlaşma ve gelişim sürecini etkiler. Mağdur için ensest ve ona karşı geliştirdiği savunma mekanizmaları kişiliğinin bir parçası haline gelir. Bu mekanizmalar onun yıllarca hayata tutunmasını ve yaşamasını sağlar. Bugün birçok araştırma mağdurların bu hayatta kalma mekanizmalarına odaklanmıştır. Borderline, narsistik, kaçınan, bağımlı, kişilik ve dissosiyatif kimlik bozukluğunun travmatik bir etiolojisinin olduğu artık açıktır (Van der Kolk, McFarlane ve Weisaeth, 1996).

Cinsel istismar vakalarında genel olarak istismarcı ile mağdurun arasındaki yakınlık arttıkça ortaya çıkan psikolojik bozuklukların da sıklığı ve şiddetinin arttığını gösteren birçok çalışma yapılmıştır (Russel, 1986; Kaplan, 1996; Robert ve ark., 2004; Tricket, Noll ve Putnam, 2011). Bununla birlikte, mağdurun yaşı küçüldükçe ve istismara maruz kalınan süre uzadıkça, ortaya çıkan psikopatoloji de ağırlaşmaktadır. Aile dışı cinsel istismar vakalarıyla karşılaştırıldığında ensest daha uzun sürmekte, çocuğun yaşı daha küçük olmakta ve travmatik etki de buna bağlı olarak daha fazla olmaktadır (Tricket, Noll ve Putnam, 2011; Maniglio, 2009; Roberts ve ark., 2004).

Bazı araştırmalar ensestin uzun dönem etkilerinin sadece cinsel aktiviteye dayanmadığını, yetersiz ebeveynlik, aile içi düzensizlik, duygusal yoksunluk, fiziksel şiddet ve çocuğun sosyal çevresinin enseste tepkisi gibi faktörlerin de önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Van Buskirk ve Cole, 1983).

Travmatik yaşantının üzerinden fazla zaman geçmeden sosyal ve profesyonel destek sağlanırsa ve mağdur bu yaşantı üzerinde çalışabilirse, uzun vadeli psikolojik etkiler de bu oranda azalabilir (Turner, 1993; Özgüven ve ark., 2003).

Ensest mağdurlarında kısa dönemde başta korku ve endişe olmak üzere, uyku düzeninde bozulmalar, idrar-dışkı tutamama, okul başarısında düşme, bedensel ağrılar, parmak emme, tırnak kemirme, agresyon gibi belirtiler görülebilir. Daha

büyük yaştaki mağdurlarda depresif duygu durum, suça meyil, kontrolsüz cinsellik insidansı artmaktadır (Johnson, 2008; Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007).

Psikiyatrik kadın hasta popülasyonunun %50-75'inde cinsel istismar ve ensest öyküsü olduğu bilinmektedir (Courtois, 1997). Çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalan çocuklar yetişkinlikte, istismara maruz kalmayanlara oranla, 3,65 kat fazla psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle kurumlara başvurumaktadırlar. Bu kişilerde en çok kendine zarar verme ve intihar girişimleri, madde kullanımı, dissosiyatif bozukluklar, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kompleks travma sonrası stres bozukluğu (kompleks TSSB), depresyon, kaygı bozukluğu, fobiler, dürtü kontrol bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, somatizasyon, yeme bozuklukları, bilişsel ve sosyal becerilerde bozulma görülmektedir (İbiloğlu ve ark., 2018; Erdinç ve ark., 2004; McLean ve Gallop, 2003; Finkel, 1994; Topçu, 2009).

Cinsel istismar ve ensest sonucu gelişen psikolojik sorunlar arasında en ağır ve kronik seyreden üçlü, somatizasyon, dissosiyatif bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğudur. Bu üçlü tanı grubu aslında bir küme oluştururlar ve önceleri "histeri" adı verilen patolojinin altında sınıflandırılırlardı. Her üç tanı da kimi zaman sosyal açıdan küçültücü anlamlar içerir, kimi zaman da profesyonelleri uğraştıran ve zor değişim gösteren bozukluklar olarak bilinir. Ünlü varoluşçu psikiyatrist Irwin Yalom borderline kişilik bozukluğunu esprili bir şekilde "rahatını arayan psikiyatristin orta yaşlı kalbini dehşete düşüren kelime" olarak tanımlamıştır (Herman, 2016).

Bu üç tanı çoğu zaman birbiriyle çakışırlar. Örneğin somatizasyon bozukluğu olanların birçok fiziksel sorunu yanında depresyon, fobik ve panik bozuklukları da mevcuttur. Büyük kısmı histriyonik kişilik, antisosyal kişilik ve borderline kişilik bozukluğu tanılarını da alırlar. Aynı şekilde borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerde çoğunlukla depresyon, madde kullanımı, somatizasyon ve panik bozukluk da görülür. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hastalarda depresyon çok yaygındır. Üç tanı da yoğun seviyede hipnoza yatkınlık ya da çözülme ile ilişkilidir (Herman, 2016).

Travma sonrası stres bozukluğunda sıklıkla görülen fizyonevroz somatizasyonun en belirgin özelliğidir (Herman, 2016). Somatizasyon olan kadınlarla yapılan bir çalışmada, %55 oranında çocukluk çağı cinsel istismarı görülmüştür (Morrison, 1980).

Ensestin büyük oranda güven zedeleyici ve sınırları ihlal edici olmasına bağlı olarak dissosiyatif bozukluklara sıklıkla rastlanmaktadır (Chu ve Dill, 1990). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun temel özelliği benliğin parçalara ayrılmasıdır. Putnam tarafından yapılmış bir çalışmada dissosiyatif kimlik bozukluğu olan 100 hastadan 97'sinde ağır çocukluk travmaları gözlenmekteydi. Bu hastalarda cinsel veya fiziksel istismar, ya da ikisi birden mevcuttu. Ölüme neden olan şiddet ve sadistik davranışlar bu çocukların öykülerinde sıradan konular sayılabilirdi (Putnam ve ark., 1986).

Ensestin etkilerinin şiddeti aşağıdaki faktörlere bağlı olarak artmaktadır: istismarcı ebeveyn veya çekirdek aile üyelerinden biri ise; çocuk küçük yaşta veya erken ergenlik döneminde ise; mağduriyet süresi uzunsa; zorlama, şiddet ve baskı varsa; çocuk suçlanıyorsa; çocukta cinsel davranışlar başlıyorsa; fiziksel penetrasyon varsa; birden fazla istismarcı varsa; tanıklık edilmesine rağmen müdahale edilmiyorsa ve müdahaleye rağmen istismar devam ediyorsa, ensestin travmatik etkileri çok daha şiddetli olmaktadır. Kronik, müdahale edilmeyen ve çocuğun korunmadığı ensest durumunda çocuk içinde bulunduğu durumla baş etmek için kendi benliğiyle ilgili negatif atıflarda bulunmaya başlar. İstismarın nedenini kendisi olarak düşünür, bu nedenle de kötü olan kendisidir. Kendisi kötü ise, paradoksal olarak istismarcı iyidir. Bu, bağlanma figürü olan istismarcının “iyi” olma halinin korunmasına yardım eden bir atıftır. İnkâr, red, suçlama, müdahale etmeme (özellikle enseste tanık olunduğu veya çocuk açıkladığı zaman) çocuğun “kötü” lüğünü ve kendini suçlamasını daha da pekiştirir. Bir diğer baş etme mekanizması ise çocuğun ensest yaşanırken kendinden uzaklaşmasıdır. Böylece devam eden enseste fiziksel ve duygusal olarak uyum sağlayabilir. Bunlar dissosiyatif tepkilerdir ve ensestin özelliklerine bağlı olarak şiddeti değişir (Courtois, 1997).

Ensest mağdurları yetişkinlikte sıklıkla karakterolojik bir depresyon tablosu sergilerler. Bu tablo utanç, aşırı sorumluluk, kendini suçlama gibi yoğun duygulanım

içeren impulsif ve dissosiyatif özellikler gösterir. Panik bozukluk, agorafobi ve diğer basit fobileri içeren anksiyete bozukluklarına yatkınlık fazladır. İntihar, kendine zarar verme ve re-viktimizasyon oranı yüksektir. Risk alma davranışı, düşük öz-saygı ve tekrarlayıcı şekilde aynı durumların içinde bulunma tipik klinik sunumdur (Courtois, 1997).

Briere ağır cinsel istismarın etkilerini şöyle formüle etmiştir: başkaları yönelimlilik/aşırı tetikte olma, kronik tehlike algısı ve buna bağlı kontrol ihtiyacı, kendinden nefret etme, olumsuz bir “özel olma” durumu, “kötü” olduğuna dair algı, dissosiasyon ile karakterize kişilik özellikleri (Briere, 1996).

Herman (1981) çocukluk istismarına maruz kalanlarda yetişkinlikte kompleks kimlik bozulması geliştirdiklerini belirtmiştir. Benliğin kirli, suçlu ve kötü olduğuna dair habisi bir algı dikkat çeker. Benliğin parçalara ayrılmasına sıklıkla rastlanır ve bu durum dissosiyatif kimlik bozukluğunda maksimum düzeye ulaşır.

Ensestin zarar verici sonuçları ile ilgili birçok çalışma, öz-bütünlük, başkalarına güven ve kişilerarası ilişkilerde yakınlık gibi alanlarda yaşanan sıkıntılara ve bu sıkıntıların borderline kişilik bozukluğunun temel kriterleri olduğuna işaret eder. Dolayısıyla çocukluk çağı istismarının borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisindeki payı büyüktür (Courtois, 1997).

2.2.2 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)

BKB duygu düzenlemede sorunlar, artmış dürtüsellik, kişiler arası ilişkilerde sıkıntılar, kimlik karmaşası, bilişsel bozulmalar (depersonalizasyon, derealizasyon ve halüsinasyonlar) ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (Lieb ve ark., 2004).

BKB'na sahip bireyler, kişiler arası ilişkiler, duygudurum, benlik algısı, düşünceler ve davranışlar gibi çeşitli alanlarda istikrarsızlık gösterme özelliğine sahiptirler. BKB'nun bu özelliğiyle, 'sınır' kavramı semptomlarda görülen istikrarsızlık olarak düşünülebilir; bu bozukluğa sahip kişiler semptomlar içinde iki uç sınırdan gidip gelmektedir (Paris, 2005).

Tablo 2.1 Amerikan Psikiyatri Birliğinin BKB tanı kriterlerini göstermektedir (APA, 2013).

BKB toplumda %0,5 – 5,9 arasında görüldüğü tahmin edilmekte ve genellikle erken yetişkinlik döneminde teşhis edilmektedir (Lenzenweger ve ark., 2007). Çalışmalar dürtüsellüğün yaş ile azaldığını (Stevenson ve ark., 2003; Zanarini ve ark., 2007) ancak duygu durum problemlerinin ve kişiler arası ilişkilerdeki sıkıntıların kalıcı olduğunu göstermektedir (Zanarini ve ark., 2007). BKB genellikle duygu durum bozuklukları, anksiyete, madde kullanımı ve diğer kişilik bozuklukları gibi başka psikiyatrik sorunlarla komorbidite gösterir (Skodol ve ark., 2002; Tomko ve ark., 2013).

Tablo 2.1 - DSM 5'e göre Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri (APA, 2013)

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler örüntüsü.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunaltı).
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözölme belirtileri.

BKB olan bireylerin en temel sıkıntısı kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları zorluklardır. İlişkileri istikrarsızdır. Yalnızlığa ve terk edilmeye dayanamazlar ama yakın ilişkiden ve kontrol altına alınmaktan da korkarlar. Bu onların karşısındakine yapışma ve kaçma

uçları arasında gidip gelmesine neden olur. İdealleştirdikleri bir bakım veren ararlar ve onunla özel ilişki kurmaya çalışırlar (Zanarini ve ark., 1990). Psikanalistler bunu erken çocukluk dönemindeki başarısız psikolojik gelişime bağlarlar. Bu kişiler nesne devamlılığını elde edememişlerdir. Güven duyacakları bir kimse olmadığı için onun entegre olmuş iç temsilini oluşturmada başarısızlık yaşamışlardır. Başka bir deyişle bir bakıcı ile güvenli bir ilişkinin anısını zihinlerinde canlandıramadıklarından yalnız kaldıklarında kendilerini sakinleştiremezler (Adler, 1985).

Etiyolojik çalışmalar incelendiğinde, BKB olan hastaların büyük çoğunluğunda (%81) ağır çocukluk travmaları mevcuttur. İstismar genellikle hayatın başlarında başlar, şiddetlidir ve uzun sürer. İstismar ne kadar erken başlamış ve ne kadar uzun sürmüşse semptomların gelişme ihtimali de o kadar fazladır (Herman, 2016). Çocukluk travmaları ve özellikle cinsel istismar, çocuğun ebeveynler gibi bağlanma figürleri ile gerçekleştiğinde, travmatik etki çok daha şiddetli olup amneziler görülebilmektedir. Bu hastalarda en sık görülen psikiyatrik tablo BKB dur (Freyd, 1996; Herman, Perry ve Van der Kolk, 1989; Kutlu, 2018).

2.2.3 Travma ve BKB ile Çalışan Terapistleri Bekleyen Zorluklar

Travma ve özellikle ensest çalışan bir terapistin öncelikle profesyonel ve duygusal yeterliliğini değerlendirmesi gerekir. Bu konuda özel eğitim, konsültasyon ve süpervizyon alınması faydalı olur. İnsan kaynaklı travma tedavisi genellikle karşı aktarımlara neden olur ve terapistin de travmatize olmasına neden olabilir. Terapistin kendi travmaları ve yaşam stresleri mutlaka çalışılmalıdır (Courtois, 2004). Briere'e (1996) göre travma terapistinin öz-farkındalığı yüksek, psikolojik açıdan sağlıklı, karşı aktarımlara engel olabilecek derecede öz-kontrol becerisi olmalıdır.

Treolar (2009) tarafından yapılan çalışmada BKB olan kişilerle terapötik ilişki içerisinde olan terapistler en sık tatminsizlik yaşadıklarını, yetersiz hissettiklerini ve profesyonel ilişkiyi devam ettirmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. İki tipik ifade: "BKB olan kişileri manipülatif buluyorum ve BKB nun kötü davranış için bir özür olduğunu düşünüyorum" ve "BKB ile çalışmak aşırı derecede tatminsizlik yaratıyor... yetersiz hissediyorum... bazen de öfkeli ve güçsüz" olmuştur.

2.2.4 Terapötik Yaklaşım

Ensest en yıkıcı kompleks travma nedenlerinden biridir. Kompleks travma ağır stresörlere maruz kalma sonucu oluşur. Stresörler; 1. Tekrarlayıcı ve uzamış yapıdadır 2. Temel bağlanma figürlerinden zarar gelmesi veya terk edilme sonucu oluşur 3. Gelişimsel olarak en kırılgan zamanda gerçekleşir ve çocuğun biyopsikososyal gelişimine entegre olur. Bu tarz olaylara maruz kalmak psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan “kompleks reaksiyonlar” gelişmesine neden olur. Bir hastalık sürecinden ziyade, bu reaksiyonlar, kaçışın mümkün olmadığı ve normal duygusal ve sosyal kapasitenin gelişemediği bir ortama adaptasyon olarak görülebilir (Ford ve Courtois, 2009). Bu klinik yapılanma içerisinde göze çarpan temel psikiyatrik özellikler, duygu düzenleme sorunlarını, bozulmuş benlik algısı ve öz-gelişimi, güvensiz bağlanmayı, yapısal dissosiasyonu ve somatik sorunları içerir (Briere ve Runtz, 1993). Bu klinik tablo dört temel alanda sorun gelişmesine neden olur: 1. Bilişsel sorunlar (öz-saygı, fobiler ve “kötü” olmak ile ilgili) 2. Duygusal sorunlar (depresyon ve anksiyete gibi duygu durumuyla ilgili) 3. fiziksel-somatik sorunlar 4. İlişkisel sorunlar (Courtois, 1997).

Kompleks travma tedavisinde kullanılan birçok model olmasına karşılık klinik sunumdaki tüm alanları kapsayacak ve iyileştirecek bütüncül bir yaklaşım çok sınırlıdır. Ortaya çıkan sorunların tedavisinde bazen semptomatik çözüm yolları aranır (Younan, 2018). Örneğin anksiyete ve depresyon gibi semptomların tedavisi yapılmaya çalışılır ancak altta yatan enseste bağlı travmatik öykü masaya yatırılmaz (Lawson, 2012).

Kirschner ve Kirschner (1993) bundan yaklaşık 30 yıl önce enseste bağlı sorunların üstesinden gelinmesinde bilişsel davranışçı, psikodinamik veya aile terapisi gibi tek bir terapötik yaklaşımın yeterli olmadığını, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik ve gestalt terapinin temel teknikleri harmanlanarak bütüncül bir yaklaşım kullanılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Buna paralel olarak birçok araştırma bulgusu, tedavi odağının, duygu düzenleme stratejileri, travma anısının öyküleştirmesi, bilişsel yeniden yapılandırma ve benlik ve bağlanma ile sorunları iyileştirme üzerinde olması gerektiğini vurgulamaktadır (Cloitre ve ark., 2011; Herman, 1992).

Young tarafından geliştirilmiş şema terapi tüm bu ihtiyaçları giderecek şekilde, kompleks travma tedavisinde bilişsel, davranışsal, psikodinamik (nesne ilişkileri), bağlanma ve Geştalt modelinin bakış açılarını birleştiren bütüncül bir modeldir (Younan, 2018).

2.2.5 Şema Terapi

Şema terapi karşılanmamış duygusal ihtiyaçlar neticesinde oluşan erken dönem uyumsuz şemaları iyileştirmek için geliştirilmiş terapötik bir yaklaşımdır. Şema terapi, psikolojik rahatsızlıkların kökeninde erken çocukluk döneminde gelişen uyumsuz şemaların yattığını öne sürer. Erken dönem uyumsuz şemalar (çalışma boyunca “şema” olarak adlandırılacaktır), kendilik ve başkalarıyla ilişkiler ile ilgili genel, yaygın temalardır (Young ve ark., 2003). Genel anlamda şemalar, duyguları, düşünceleri, anıları, algıları ve davranışları etkileyen yaşam örüntüleridir (Arntz & Jacob, 2016). Şemalar çocuklukta gelişirler, yaşam boyunca değişime uğrarlar. Önemli ölçüde işlevsizdirler. Kısaca şemalara kendilik yıkıcı bilişsel ve duygusal örüntüler diyebiliriz. Şemalar, toksik çocukluk deneyimlerine bağlı olarak gelişirler ve anılar, bilişler, duygular ve beden duyularından oluşurlar. Toksik çocukluk deneyimleri, karşılanmamış çekirdek duygusal ihtiyaçları, bastırılmış duyguları, travmaları veya aşırı gevşek bırakılmış sınırları ifade eder (Young ve ark., 2003).

Şemalar, çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmaması sonucu oluşurlar. Çekirdek duygusal ihtiyaçlar, güvenli bağlanma, özerklik ve olumlu kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguları ifade etme serbestliği, kendiliğindenlik ve rol yapma, akılcı sınırlar ve özdenetimdir. Psikolojik açıdan sağlıklı insan, temel ihtiyaçları karşılanmış kişidir. Karşılanmamış çocukluk çağı ihtiyaçları ve travmalar sonucunda oluşan şemalar, kişinin yetişkinlik dönemindeki ihtiyaçlarının da karşılanmasına engel olurlar. Şema terapide amaç, karşılanmamış ihtiyaçlara odaklanmak ve kişinin bu ihtiyaçların farkına varmasını ve duygusal olarak işlemlenmesini sağlamaktır. İhtiyaçların karşılanması kişinin yaşadığı psikolojik sorunların ortadan kalkması için önemli bir araçtır (Arntz ve Jacob, 2016).

Klasik BDT ile kıyaslandığında şema terapi şu üç konu ile yakından ilgilenir (Arntz ve Jacob, 2016):

Sorunlu duygular: Kişilik bozukluklarının temelinde genellikle sorunlu duygular yatar. Şema terapi, daha çok karakterolojik sorunların çözümüne yönelik geliştirilmiş bir yaklaşımdır ve duygu odaklı müdahaleleri yoğunlukla kullanır.

Toksik Çocukluk Deneyimleri: Şemaların ana temelini oluştururlar. Çocuklukta yaşanmış her çeşit dram toksik bir deneyimdir. Dört tip toksik deneyim vardır:

1. *İhtiyaçların toksik şekilde engellenmesi:* Bu deneyim, çocuğun iyi sayılabilecek deneyiminin az ya da hiç olmamasıdır. Sevgi, anlayış, istikrar gibi temel kavramlar eksiktir. Çocuk duygusal açıdan yoksun, ya da terk edilmiş hisseder.

2. *Travmatizasyon:* Çocuğun zarar görmesini, kötü davranımı içerir. Çocuk zarar görür, kötüye kullanılır. İncinen çocukta güvensizlik gelişir, kendini kusurlu hisseder, utanç duyar.

3. *Gevşek Sınırlar:* Aile gerekenden fazla imkan sağladığı ve ihtiyaçtan fazlası karşılandığı için çocuk çok fazla “iyi şey” deneyimler. Bunun sonucunda bağımlı hale gelir veya hak görmeye, büyümeye başlar.

4. *Önem Verilen Kişilerle Özdeşleşme:* Çocuk ailede gördüğü davranışları ve deneyimleri mizacının etkisiyle içselleştirir ve özdeşim kurar.

Terapötik İlişki: Şema terapinin en güçlü yanlarından biri terapistin ebeveyn rolünü üstlenmesi ve profesyonel sınırlar içerisinde “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaparak hastanın sıcaklık ve bakım gibi ihtiyaçlarının karşılanmasında destek olmasıdır. Özellikle BKB gibi önemli bağlanma sorunu olan hastalarda, sınırlı yeniden ebeveynlik, hastanın kendini belki de ilk defa açmasına, duygularını göstermesine, aldığı destek sayesinde acı veren duygulara tahammül etmesine olanak sağlar. Sınırlı yeniden ebeveynlik kişiler arası ilişkilerin yansımalarının görülmesi, bazı ilişki şekillerinin ilk defa denenmesi, davranışların uygun bir şekilde değiştirilebilmesi, kısacası çocuklukta güvensiz bağlanma nedeniyle ortaya çıkan sorunların iyileştirilmesi açısından önemli bir imkan sunar.

Şema Alanları: Young ve arkadaşları (2003) tarafından tanımlanmış 18 adet şema bulunmaktadır. Bu 18 şema karşılanmamış duygusal ihtiyaç alanları içerisinde gruplanmışlardır.

Ayrılma ve Reddedilme Alanındaki Şemalar: Güvenli bağlanma ile ilgili sorunları içerir. Çocuk erken dönemde ebeveynlerine güvenli bağlanamadığı için yetişkinlikte başkalarıyla güvenli ilişki kuramazlar. Aile genel olarak, soğuk, sevgisiz, istismarcı ve reddedicidir. Çocukluk öyküsünde travmalar mevcuttur. Bu alandaki şemalar kişiye zarar vericidir ve yaşam boyu sağlıklı, tatmin edici ilişkiler kurmasına engel olur. Şema terapide, bu hastalar için terapötik ilişki son derece önemlidir. Bu alanda 5 temel şema mevcuttur:

- 1. Terk edilme/Değişkenlik:* Ebeveynler istikrarsız ve güvensizdir. Genellikle biri aileden uzaklaşmış ya da ölmüştür. Kişi bu nedenle sürekli terk edilebileceğini, sevilmeyeceğini, korunmadığını hisseder.
- 2. Güvensizlik/Kötüye Kullanılma:* Ebeveynler istismar edicidir, çocuğa kötü davranım ve kurban etme söz konusudur. Kişi her zaman yalan söylendiğini, aldatıldığını, zarar gördüğünü, haksızlığa uğradığını ve ihmalkar davranıldığını düşünür. Başkalarının sıklıkla “gizli bir planı” olduğu duygusunu taşır.
- 3. Kusurluluk/Utanç:* Aile ortamı reddedicidir. Kişi buna bağlı olarak kendini kusurlu, suçlu, güvensiz, aşağılık ve kusurlu hisseder. Yoğun duygu suçluluk olup, eleştiriye ve reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet vardır.
- 4. Duygusal Yoksunluk:* Aile ortamı genellikle soğuktur. Hasta hiçbir zaman sevgi ya da sıcaklığı tam olarak hissetmemiştir. Duygusal açıdan boşlukta ve hiçbir zaman desteklenemeyeceği beklentisi hakimdir. Yoksunluğun üç ana şekli, ilgi yoksunluğu, empati yoksunluğu ve korunma yoksunluğudur.
- 5. Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma:* Diğer insanlardan farklı olma, onlara yabancılaşma ve bir grubun parçası olamama duygusu içerir.

Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık: Kişinin ebeveynlerinden ayrılabilme, kendi başına olma, bağımsız hareket edebilme ihtiyacının karşılanmaması sonucu oluşan şemalar grubudur. Bağımsızlık ve başarı ile ilgili sorunlar bu şemaların sonucudur. Aile

çocuğun güvenine zarar verici veya aşırı koruyucu yapıdadır ve yeteneklerini göstermesi için çocuğa fırsat vermez.

6. Bağımlılık/Yetersizlik: Başkalarına bağımlı olmadan kişinin günlük ihtiyaçlarını, sorumluluklarını yerine getirememesi inancıdır. Bakım, yeni işler becerme, doğru karar alma konusunda sıkıntı yaşar. Bu kişiler dışarıdan kabiliyetsiz olarak görülürler.

7. Hastalıklar ve Zarar Karşısında Dayanıksızlık: Her an bir felaket olacağı (tıbbi, duygusal, dışsal) ve kişinin başa çıkmada yetersiz kalacağı duygusunu içerir.

8. İç İççe Geçme/Gelişmemiş Kendilik: Diğerleriyle sağlıklı ilişki kurmayı ve bireyselleşmeyi engelleyecek şekilde aile ile (özellikle anne) aşırı ilgi ve yakınlık durumudur. Kişi ne kadar zeki ve ne kadar eğitilmiş olursa olsun başkalarının desteği olmadan mutlu olamama ya da dayanamama duygusuna sahiptir.

9. Başarısızlık: Kişinin herhangi bir alanda başarısız ve yetersiz olacağı inancını içerir. Kişi kendini diğer insanlara göre daha az kabiliyetli, becerikli ve zeki görür. Talepkar bir durumla karşı karşıya kaldıklarında kaçmayı tercih edebildiklerinden başarısız olmaları da kendini doğrulamış olur.

Zedelenmiş Sınırlar: Bu kişiler normal sınırları kabul etmekte zorlanırlar. Sosyal durumlarda başkalarına saygı duymada, işbirliği yapmada, hedef belirleme ve ulaşmak için çabalamada sorun yaşarlar. Her zaman haklı olduklarını düşünürler ve başkalarına karşı büyüklenmeci davranırlar. Ailenin kökeni, sınır koyma konusunda yetersizlik, aşırı müsamaha veya yeterli rehberlik ve gözetimden uzak olma ile karakterizedir. Bazen çok katı ve disiplinli ailelerde de bu şema gelişebilir.

10. Haklılık: Kişinin başkalarından üstün olduğu, özel olduğu, kendi ihtiyaçlarının ön planda olduğu, sosyal durumlarda karşılıklılık prensibinin geçerli olmadığı inancını içerir. Üstünlüğe odaklanma aşırıdır (en ünlü, en başarılı, en iyi olma). Başkalarına zarar vermeden hedeflere ulaşma konusunda sıkıntı yaşar. Aşırı rekabetçi ve hakimiyet kurucudur, kendi bakış açısını kabul ettirmeye çalışır.

11. Yetersiz Öz-denetim ve Kontrol: Amaçlarına ulaşmak için gereken öz-denetim ve disiplini gösterememesidir. Bu kişiler çatışma ve sorumluluktan kaçarlar, sıkıcı

işlerden hemen vazgeçebilirler. Genellikle tembel, fazla çaba harcamayan kişiler olarak görülürler.

Başkaları Yönelimlilik: Onaylanmak ve sevilme amacıyla başkalarının düşünce ve tepkilerine aşırı odaklanma halidir. Başka insanların istek ve ihtiyaçları kendininkilerden her zaman daha önemlidir. Aile kökeninde çocuğun ihtiyaç ve isteklerinden ziyade ebeveynlerin ihtiyaç ve istekleri daha değerlidir. Çocuk sevgi alabilmek için şartları kabullenmek zorundadır.

12. Boyun eğme: Kişi davranışlarını başkalarının arzu ve ihtiyaçlarına göre ayarlar. Diğerlerinin ilişkilerde üstünlük kurmasına müsaade ederler. Aile içerisinde ihtiyaçlarını ortaya koyduğunda ebeveynler tarafından cezalandırılmış olabilir. Ayrıca boyun eğici davranışları gözlemlenen bir ebeveyn de bu şemanın gelişmesine neden olabilir.

13. Kendini Feda: Başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak için aşırı çaba sarf etmek ile karakterize bir şemadır. Boyun eğme şemasından farkı, bu şemada herhangi bir güç ile değil kendiliğinden ihtiyaç karşılama davranışı gösterilir. Kendi ihtiyaçlarına odaklanırlarsa genellikle suçlu hissederler.

14. Onay Arayıcılık: Başkalarından takdir görmek ve onaylanmak kişinin en büyük hedefidir. Diğer insanlar üzerinde iyi bir izlenim bırakmak için büyük çaba harcarlar.

Aşırı Uyarılma ve Ketlenme: Bu şema grubuna sahip kişiler doğal olarak ortaya çıkan duyguları ve ihtiyaçları ifade etmekten ve deneyimlemekten kaçınırlar. Ebeveynler kendiliğinden dile getirilmiş bir duyguyu eleştirmiş veya alay etmişse, çocuk duygusal olmaktan utanmayı öğrenebilir. Ayrıca sadece başarılar görülüp, eğlence ve kendiliğindenlik gibi hayatın diğer önemli fonksiyonları değersizleştirildiğinde de bu şemalar oluşmaya başlar.

15. Karamsarlık/Kötümserlik: Bu kişiler dünyaya karamsar gözlerle bakarlar. Sürekli bir şeylerin yolunda gitmeyeceği ve sorun çıkacağı yönünde beklentileri vardır. Bu şema genellikle model alınmış ebeveynler sayesinde öğrenilir.

16. Duygusal Ketlenme: Bu kişiler doğal olarak ortaya çıkan duyguları göstermekten hoşlanmazlar. Duygular onlar için gereksiz ve önemsizdir. Çocukluklarında genellikle öfke veya üzüntü yaşadıklarında ebeveynleri tarafından küçümsenmiş veya alay edilmişlerdir. Zamanla onlar da duygularını değersizleştirmeyi ve paylaşmamayı öğrenmişlerdir.

17. Yüksek Standartlar: Bu kişiler mükemmeliyetçi ve katı bir kişilik yapısına sahiptirler. İlgilendikleri ve yaptıkları her şeyin en iyi olması için aşırı çaba sarf ederler. Bir aktivitenin sonunda başarı gelmeyecekse onunla uğraşmaya gerek duymazlar.

18. Cezalandırıcılık: Bir hata yaptıkları zaman mutlaka cezalandırılması gerektiğini düşünen kişiler bu şemaya sahiptir. Kendilerine olduğu kadar başkalarına karşı da cezalandırıcı yaklaşırlar.

Şemalarla Baş Etme Biçimleri: Young ve arkadaşlarına (2003) göre çocukluk döneminde karşılanmayan ihtiyaçlar sonucunda şemalar gelişmeye başlar. Günlük yaşam olayları çerçevesinde, bir tehdit karşısında şemalar tetiklenerek yoğun duygular açığa çıkar. Bu duygulara tahammül etmek zor olduğu için çocuk çeşitli baş etme biçimleri geliştirir: Şemayı aşırı telafi eder, şemadan kaçınır ya da şemaya teslim olur. Bu üç tepki organizmanın tehdit karşısında verdiği üç temel tepki ile aynıdır: Savaşma, kaçma, dona kalma. Her üç tepki de bilinçdışıdır.

Şemayı aşırı telafi etmek şema ile savaşmaktır. Çocuk şemanın karşıt hali doğruymuş gibi hareket etmeyi öğrenir. Çocukken boyun eğici ise büyüdüğünde karşı gelmeye başlar, değersiz hissettiyse mükemmel olmaya çalışır, kötüye kullanılmışlarsa başkalarını kötüye kullanmaya çalışırlar. *Şemadan kaçınma*, yaşamı şema yok gibi düzenlemek demektir. Şemadan kaçınan kişiler, şemayı hissetmekten, düşünmekten ve yaşamaktan kaçarlar. Böylece şema hiç aktive olmaz. Madde kullanımı, aşırı yeme, kontrolsüz cinsel birliktelikler, aşırı temizlik, işkoliklik şemadan kaçınma yollarıdır. *Şemaya teslim olma* ise şemaya uyum sağlamaktır. Şema doğruymuş gibi kabul ederler, acısını devamlı hissederler ve şemayla birlikte yaşarlar. Şemaya teslim olan kişiler ebeveynlerin kendilerine çocukken davrandığı gibi incitici davranan eşler seçme eğilimi gösterirler. Böylece şema hiçbir zaman iyileşmez, daima varlığını sürdürür.

Üç şema baş etme biçimi de şemayı iyileştirmek yerine devam etmesini sağlar. Bu nedenle uyumsuz baş etme biçimleri olarak da adlandırılırlar.

Şema Mod Modeli: Şema modu, şema ile ilişkili olan, o andaki duygusal durumdur. Modlar, o anda deneyimlenen yoğun ve olumsuz duygularla eşleşen modlar ve bu duygularla başa çıkmak için kullanılan modlar olmak üzere ikiye ayrılır. Çocuk modları karşılanmamış çekirdek çocukluk ihtiyaçları karşısında gösterilen içsel tepkilerdir. Dört adet çocuk modu vardır: Kırılgan çocuk, öfkeli çocuk, dürtüsel çocuk ve mutlu çocuk. Eleştirel modlar, çocukluk döneminde istismar veya ihmal eden ebeveynlerin içselleştirilmiş sesleridir. Eleştirel ve talepkar olmak üzere iki tip ebeveyn modu vardır. İşlevsel olmayan başa çıkma modları, yukarıda bahsettiğimiz teslimci, kaçınmacı ve aşırı telafi edici modları kapsar ve çocukluk döneminde karşılanmayan ihtiyaçlar karşısında çocuğun adapte olmak için geliştirdiği savunma mekanizmalarını gösterir.

Tablo 2.2 - Mod Grupları – Genel Bakış (Arntz ve Jacob, 2016)

İşlevsel olmayan çocuk modları

Yalnız, terk edilmiş/kötüye kullanılmış, küçümsenmiş/aşağılanmış, bağımlı çocuk modları
Öfkeli, inatçı, kızgın, dürtüsel, denetimsiz çocuk modları

İşlevsel olmayan ebeveyn modları

Cezalandırıcı ebeveyn modu
Talepkar ebeveyn modu

İşlevsel olmayan başa çıkma modları

Teslim olma	Söz dinleyen teslimci mod
Kaçınma	Kopuk korungan mod
	Kaçınan korungan mod
	Öfkeli korungan mod
	Kopuk kendini uyuşturan mod
Aşırı telafi	Büyüklenmecı mod
	İlgi bekleyen mod
	Mükemmeliyetçi aşırı denetimci mod
	Paranoid aşırı denetimci mod
	Zorba ve saldırgan mod
	Entrikacı ve manipülatif mod
	Kurnaz avcı mod

İşlevsel sağlıklı modlar

Mutlu çocuk modu
Sağlıklı yetişkin modu

Söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve aşırı telafici olmak üzere üç tip işlevsel olmayan baş etme modu vardır. Sağlıklı yetişkin ve mutlu çocuğun sağlıklı modları ise kimliğin stabil olduğu ve duygusal ihtiyaçların etkin ve adaptif şekilde karşılandığında ortaya çıkan modlardır (Young ve ark., 2003). Şema modları kendiliğinden parçalanmış ve diğerlerinden ayrılmış yönleridir. Bu açıdan dissosiyasyon olma ya da kopma kavramı ile paraleldir. Şema modu ılımlı bir düzeydeyse ve basit bir “öfkellik”, “üzüntü” ya da “yalnızlık” hali ise dissosiasyon düzeyi düşüktür. Dissosiasyonun en üst seviyesinde dissosiyatif kimlik bozukluğundan söz edilebilir ve bir modda bulunan kişi diğer modların varlığından haberdar olmayabilir. Bu durumda modlar farklı kişiliklere denk gelir (Young ve ark., 2003).

2.2.6 Kompleks Travma, Cinsel İstismar ve Şema Terapi

Travmatik veya duygusal açıdan sıkıntılı çocukluk yaşantılarının yetişkinlik döneminde gelişebilecek psikolojik sorunlarla ilişkili olduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Travmatik yaşantılar şemaların gelişimine neden olurlar (Arntz ve Jacob, 2016). Çocukluk dönemindeki en ağır travmalardan sayılan cinsel istismar erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde rol oynayan önemli bir travmatik deneyimdir. Harding ve arkadaşlarının çalışmasında (2012), çocukluk öyküsünde cinsel istismar bulunan çocuklarda şiddetli ve zarar verici düzeyde şemalar geliştiği gösterilmiştir. Bu şemalar arasında “Güvensizlik/Kötüye Kullanılma” ve “Hastalıklar ve Zarar Karşısında Dayanıksızlık” ilk sıralarda olup, istismar kurbanının kasten zarar görme, istismar edilme, utandırılma, beklenmedik bir anda bir zarara uğrama konusundaki inançlarından kaynaklanabilir. Bu çocuklar kronik istismara bağlı pasif ve itaatkar kişilerarası ilişki kalıpları nedeniyle, kusurlu, yetersiz, diğerlerinden farklı, duygularını gösteremeyen bir benlik algısına sahip olmakta ve buna paralel olarak “Duygusal Yoksunluk”, “Sosyal izolasyon/Yabancılaşma”, “Terk Edilme/Değişkenlik”, “Kusurluluk/Utanç”, “Boyun Eğme”, “Duygusal Ketlenme” gibi şemalar geliştirmektedirler (Harding, Burns ve Jackson, 2012).

Estevez ve arkadaşları (2019) cinsel istismar ve dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, cinsel istismarın temel olarak bağlanma ile ilgili ihtiyaçlara karşılık olan “Ayrılmama/Reddedilme” ve “Zedelenmiş Özerklik” alanındaki

şemaların gelişimine neden olduğunu, bu iki alanın dürtüsel davranışlarla bağlantılı alanlar olduğunu ve yeme bozuklukları, madde kullanımı gibi psikolojik sorunlara yol açtığını belirlemişlerdir.

Kompleks travma tedavisinde uzun zaman “altın standart” bir tedavinin olmayışı sıkıntı yaratmıştır. Değişik tedavi modelleri travmanın farklı etkilerini iyileştirmeye yönelmişler (duygusal, bilişsel, davranışsal, somatik), bazen de sadece tedavinin nasıl uygulanacağına dair klinik tavsiyelerden öteye gidememişlerdir. Bu ihtiyacı karşılamaya yönelik olarak, Ford ve Courtois (2009), kompleks travma tedavisinde üç basamaklı bir model önerirler: Birinci aşama, güvenlik, bağlanma, stabilizasyon ve duygu düzenleme aşamasıdır ve travma ve biyopsikososyal etkileri üzerinde eğitim içerir. İkinci aşama, kişinin tolerans penceresi baz alınarak travma işleme aşamasıdır. Son aşamada ise otonomi, beceri kazandırma ve kendi/başkaları ile ilişkilerin geliştirilmesi hedeflenir. Bu aşamalar kavramsal olarak şema terapi ile aynı özelliklere sahiptir.

Şema terapide terapist “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaparak, kompleks travma tedavi modellerinden farklılaşır ve hastaya tedavinin farklı aşamalarında destek olur. Duygu odaklı müdahaleler, imgeleme çalışmaları ile, hastanın bugünkü problemlerinin çocuklukta karşılanmayan ihtiyaçları nedeniyle oluşan şema ve modlarla bağlantılarını göstermek için kullanılır. “Sınırlı yeniden ebeveynlik” terapistin, profesyonel sınırlar içerisinde, karşılanmamış çocukluk ihtiyaçlarını karşılaması ve gerektiğinde ebeveyn seslerinin kısılması için destek vermesidir. Bu müdahalelerde, kompleks travma tedavisinin ilk aşamasına uygun şekilde, çocuk modları hedeflenerek bağlanma, güvenlik, öz-düzenleme, otonomi, kimlik formasyonu alanlarındaki gelişimsel yetersizliklerin çözülmesi için çalışılır. Güvenli bağlanma bir yandan travmanın işlenmesine olanak sağlarken, bir yandan da travma ile ilişkili durumların ve şemaların da iyileşmesine olanak sağlayan ikinci aşamadır. Son aşamada ise, çekirdek duygusal ihtiyaçların fark edilmesi, başkalarına ifade edilmesi ve stres durumunda sağlıklı başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, daha adaptif bir yaşamı ve benlik algısının gelişmesini sağlar. Bu da sağlıklı yetişkinin güçlendirilmesi anlamına gelir (Farrell ve Shaw, 2012).

2.2.7 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Şema Terapi

Şema terapi BKB gibi kompleks klinik sunumlarda etkin bir tedavi yöntemidir. BKB olan kişiler kompleks travmaya özgü temel problemlerin çoğuna sahiptirler (kimlik karmaşası, kişiler arası ilişkilerde istikrarsızlık, duygulanım, somatik ve davranışsal disregülasyon) ve tipik olarak ihmal ve/veya fiziksel, psikolojik veya cinsel istismar öyküleri vardır (Young, 1990; Young ve ark., 2003).

Şema terapi açısından BKB'nun kökenlerine bakıldığında mizaç BKB gelişiminde rol oynayan faktörlerden biridir. Dürtüsellik ve duygu düzenleme ile ilgili mizaca bağlı sorunlar çevresel faktörler ile birleştiği zaman BKB gelişme riski de artmaktadır. Çevresel faktörler arasında en önemlileri şunlardır:

1.*Aile ortamı güvensiz ve istikrarsızdır:* Ailede fiziksel, psikolojik ve cinsel istismar söz konusudur. Çocuk neredeyse hiç güvenlik duygusu yaşamamıştır. Bakıcı olmadan yalnız bırakıldığı süreler oldukça fazladır. Çocuk çoğunlukla terk edilmiştir. Bakıcıların tavırları değişken, istikrarsız ve korkutucudur.

2.*Aile ortamı yoksundur:* Erken dönemdeki nesne ilişkilerinde sorun vardır. Fiziksel ve duygusal sıcaklık yoktur, rehberlik verilmez, koruma genellikle zayıftır. Çocuk duygusal açıdan yalnızdır.

3.*Aile ortamı cezalandırıcı ve reddedicidir.*

BKB olan hastalar genellikle 18 şemanın tümüne sahiptirler. Bununla birlikte 5 temel mod gözlenir (Young ve ark., 2003): *Terk edilmiş çocuk*, acı çeken içsel çocuktur. Hasta, terk edilme, kötüye kullanılma, yoksunluk ve boyun eğcilik şemalarına bağlı olarak yoğun acı çeker ve korkar. *Öfkeli ve dürtüsel çocuk*, temel duygusal ihtiyaçları karşılanmamış çocuğun modudur ve hakim olan duygu öfkedir. *Cezalandırıcı ebeveyn* hastayı yanlış yaptığı şeyler için eleştiren ve cezalandıran iç sestir. Bu mod aktif olduğunda hasta kendine acımasız davranır ve zarar verebilir. *Kopuk korungan mod* hastanın kendini kapattığı, çevresiyle ilişkisini kestiği moddur. Hasta duygularından çok uzaktır. Madde kullanımı, kaçınma, tıkanırcasına yeme dönemleri bu mod ile ilişkilidir. BKB hastaları zamanlarının çoğunu bu modda geçirirler. Sağlıklı yetişkin mod ise BKB hastalarında çok zayıf olarak görülür. Stres durumunda onlara ilgi ve sıcaklık

gösterecek, sakinleştirecek ebeveyn modu olmadığı için bu yoksunluğa dayanmaları çok zordur (Young ve ark., 2003; Arntz ve Jacob, 2016).

BKB tedavisinde şema terapinin temel odağı incinmiş çocuk modudur. Erişkin gibi görülseler de BKB hastaları ebeveynleri tarafından terk edilmiş ve incinmiş çocuklardır. Uygunsuz davranışlarının altında bencillik değil umutsuzluk yatar. Kendileriyle ilgilenen, onları seven kimseleri olmadığı için, küçük bir çocuğun böyle bir durumda yaptıklarını yaparlar. Sığındıkları insanlar her zaman onlara zarar veren kişiler olmuştur. Sert bir şekilde cezalandırılmışlar ve boyun eğdirilmişlerdir. Yalnız oldukları ve içselleştirebilecekleri sağlıklı bir erişkin modeli olmadığı için bir sıkıntı yaşadıklarında devam etmelerine yardım edecek içsel kaynakları yoktur. İncinmiş çocuğu iyileştirmenin en iyi yolu sınırlı yeniden ebeveynliktir. Hasta terapide büyür, sağlıklı erişkinliğe doğru ilerler. Terapist hasta için hiçbir zaman sahip olmadığı ebeveynini simgeler (Young ve ark., 2003).

Sınırlı yeniden ebeveynlik yaparken bir şema terapistinin karşılaşılabileceği zorlukların başında hastanın hiçbir zaman karşılanamayan ihtiyaçları gelir. BKB hastaları her zaman verileden fazlasına ihtiyaç duyarlar. Bu onların aç gözlü olmalarından değil ihtiyaçlarının hiçbir zaman tam olarak karşılanmamasından kaynaklanır. Terapistin hastanın tüm ihtiyaçlarını karşılaması söz konusu olmadığından arada her zaman bir boşluk olması kaçınılmazdır. BKB hastaları genellikle profesyonel sınırları soğuk, ilgisiz, bencil ve dayanılmaz bulurlar (Young ve ark., 2003).

İncinmiş çocuk modunun iyileştirilmesi tedavinin temel hedefidir. Terk edilmiş çocuğu korumak, sevgi almasını ve vermesini öğrenmesini sağlamak, ihtiyaçları karşılanmayan öfkeli ve dürtüsel çocuğun davranışlarına sınır koymak ve ihtiyaçlarını sağlıklı bir şekilde ifade etmesini göstermek önemlidir. Bununla birlikte cezalandırıcı ebeveyn ile savaşmak, devreden çıkarmak ve sağlıklı yetişkini güçlendirerek kopuk korungan modu devreden çıkarmak diğer önemli hedeflerdir (Young ve ark., 2003).

Kopuk korungan modun devre dışı bırakılması terk edilmiş çocuğa ulaşmak açısından çok önemlidir. Bu bazen bir yılı aşkın bir süreyi alabilir. Kopuk korungan mod, zarar

gören, incinen, ihtiyaçları karşılanmayan çocuğun acıdan kaçmak için kendi içine dönmesine, duygularını ve ihtiyaçlarını yok etmesine yardım eder (Young ve ark., 2003).

2.2.8 Şema Terapide BKB ile Çalışan Terapistleri Bekleyen Zorluklar

BKB hastasının mod değişimleri çok fazla ve sıktır ve terapistin içsel bir imgesine sahip değildir. Her mod ile birlikte terapist ile ilgili algı da değişir. Örneğin öfkeli çocuk modunda terapist kısıtlayıcı ve değersizdir. Cezalandırıcı ebeveyn modunda terapist eleştirir ve saldırgandır. Bu değişen değerlendirmeler terapisti alt üst edebilir ve karşı aktarım reaksiyonları göstermesine neden olabilir. Bu reaksiyonlar terapistin kendi şemaları ile ilgilidir. BKB ile çalışan terapistlerde en sık tetiklenen şemalar şunlardır (Young ve ark., 2003):

Boyun eğicilik: BKB hastasının talepkar ve sınırsız davranışları karşısında boyun eğicilik şeması aktive olan bir terapist pasif kalabilir. Pasiflik bir süre sonra terapisti öfkeliendirebilir, bu da terapötik ilişkiyi bozar. Terapist bu tuzaktan kaçınmak için uygun sınırlar oluşturma konusunda empatik yüzleştirme yapabilmelidir.

Kendini Feda Şeması: Birçok terapistin sahip olduğu bu şema BKB ile çalışırken çok fazla dış teması neden olur. Terapist bir süre sonra yorulur, kırgınlık başlar ve hastadan uzaklaşır ya da cezalandırır. Bu şema ile savaşmak için terapist kendi sınırlarını bilmeli ve bağlı kalmalıdır.

Kusurluluk, başarısızlık ve yüksek standartlar şemaları: Bu şemaların tetiklenmesi BKB ile çalışan terapist için çok olasıdır. İlerleme zor olduğu ve sonuçlar hemen alınamadığı için terapist kendini başarısız, etkisiz, suçlu hissedebilir. Mutlaka süpervizyon altında çalışılmalı, terapistin kendi kaynakları tam olarak ortaya konmalıdır (Young ve ark., 2003).

Duygusal Baskılama/Ketlenme Şeması: Bu şemaya sahip terapistler dışarıdan soğuk, katı veya aşırı disiplinli görülürler. BKB hastası her şeyden önce ilgiye ve ebeveynliğe

ihtiyaç duyar. Terapistin şeması üzerinde çalışması, hastaya daha sıcak yaklaşması, onun ihtiyaçlarına ve duygularına ilgi duyması önemlidir.

Şemaların aşırı telafisi: Terapist için en tehlikeli tuzaktır ve terapi sonlanabilir. Şemalarını aşırı telafi etmeye çalışan bir terapist karşı saldırı eğilimindedir, hastayı suçlama ve cezalandırma eğilimi gösterebilir. Bu, hastayı tedavi etmek yerine zarar verebilir ve bu nedenle mutlaka süpervizyon gerekir.

Şemadan kaçınma: Şemadan kaçınma hastanın duygu ve ihtiyaçlarını dışa vurmasına engel olur. Terapistin kendinin ve hastanın duygularına dayanmayı öğrenmesi gerekir.

Bu tez çalışmasının amacı temel olarak, terapi sürecinde olan bir ensest mağdurunun ensesti nasıl yaşadığını ve anlamlandırıldığını, bu deneyimin yarattığı travma ile başa çıkabilmek için geliştirdiği yöntemleri ve bu travmanın tüm yaşamı üzerindeki etkilerini nasıl yorumladığını anlamaktır. Bununla birlikte, hem danışanın hem de terapistin terapi sürecini ve değişimi nasıl yorumladıklarını görmek ve aralarındaki ilişki süreci anlamak da hedeflenmiştir. Bu amaçlara yönelik olarak bir nitel araştırma tasarlanmış ve hermenötik yaklaşım çerçevesinde “psikoterapi süreç analizi” yapılmıştır. Çalışmada şu sorulara cevap aranmıştır:

S1: Danışan ensesti deneyimini nasıl anlamlandırmaktadır?

S2: Danışan için ensest deneyiminde önemli kişiler kimlerdir ve bu kişilerle olan ilişkisini nasıl anlamlandırmaktadır?

S4: Danışan bu deneyimin yarattığı travmatik etkilerle nasıl başa çıkmıştır?

S6: Danışan terapi sürecini ve değişimi nasıl anlamlandırmaktadır?

S7: Terapist terapi sürecini ve değişimi nasıl anlamlandırmaktadır?

S8: Danışan ve terapist arasındaki ilişki süreci nasıldır?

Nitel araştırma çerçevesinde veri toplamak için psikoterapi seanslarından elde edilen görüşme kayıtları kullanılmıştır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1 Yöntembilimsel Bağlamın Açıklanması

3.1.1 Nitel Araştırma Yürütülmesinin Nedenleri

Psikoloji tarihsel süreçte felsefeden kopmuş ve kendi bağımsızlığını ilan etmiş bir bilim dalıdır. Bunu yaparken de içinde bulunduğu dönemin bilim anlayışını ve kurallarını kabul etmek durumunda kalmıştır. O dönemin bilim anlayışı insanı ve onu oluşturan sistemi incelemesini gerektirmiştir. Newton tarzı bu anlayışa göre deneysellik ön plandadır, olaylar arasında neden-sonuç ilişkisi önemlidir ve “ne” sorusuna cevap aranır. Psikoloji bu şekilde genel-geçer bilgiye elde etmeye çalışır. Her yerde, her durumda, herkes için geçerli olan bilgiye ulaşmak evrenselliğe ulaşmakla eşdeğerdir (Arkonaç, 1999).

Oysa her insan kendine “özgü” dür. Başka bir deyişle, insan öznel bir varlıktır ve psikolojinin amacı da bu öznel varlığı “anlamak” tır (Toprakkaya ve Karakaya, 2015). Kant, ruh bilimi olarak psikolojinin, matematik veya fizik gibi deneysel bir disiplin olmadığını, bu sebeple de “doğa bilimsel” olamayacağını ileri sürmüştür (Teo, 2012). Pozitivist bakış açısını kullanan nicel çalışmaların ileri sürdüğü gibi bilgi algılarımızdan bağımsız değildir ve ona sadece objektif kalınarak ulaşılamaz (Özdemir, 2010). Dolayısıyla psikolojinin bilgiye ulaşma yolu (epistemoloji) farklı olmalıdır (Sandage ve ark., 2008).

Bu bakış açısı son yıllarda etkisini göstermeye başlamış ve araştırmacılar nitel araştırmalara ağırlık vermeye başlamışlardır. Nitel araştırmalar, olayı kendi ortamında inceler ve gerçekliğin en önemli parçası olarak aktaranın yorumlarını da hesaba katar (McLeod, 2011). Nitel araştırmalarda bir hipotez veya yordanacak bir ilişki yoktur. Yaşanmış olay aktaranın öznel gözlüğünden aktarılır. Uygulamada standart prosedürler de yoktur, yarı yapılandırılmış ve kişi bazlı yollar izlenir (Willig, 2008). Bu özellikleri nitel araştırmaları yaşantısal kılar. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de psikoloji araştırmalarında günden güne artan oranda nitel araştırmalar yapılmaya

başlamıştır (Gülüm, 2015; Gülüm, Soygüt ve Ataman, 2018; Gülüm, Soygüt ve Safran, 2016).

Nitel araştırma yöntemleri sadece psikoterapi sürecinden geçen danışanlarla görüşmelerin yapıldığı ve “yorumlayıcı fenomenolojik analiz” veya “gömülü teori” gibi nitel metodolojilerin kullanıldığı araştırmalarda değil, psikoterapi seanslarının analizinde de kullanılır. Nitel araştırmalar, psikoterapi seanslarında, terapiye bağlı değişimi ve danışan ve terapist arasındaki ilişkiyi ve etkileşimi göstermesi açısından önemlidir (Sarı, 2019).

Nitel araştırmaların doğasındaki yorumlayıcı yaklaşım, hermenötik felsefesinin bu araştırmalara uyarlanmasına da imkan sağlamıştır. Hermenötik, yorum ya da anlamaya odaklı sistemli bir felsefi yöntemdir. Hermenötik ilk olarak antik Yunan devrinde yorumlama sanatı olarak kullanılmıştır. Hermenötik kelimesi kökenini Yunan Tanrısı Hermes’ten alır. Antik Yunan’da Hermes, diğer tanrılardan aldığı bilgileri insanlara ileten Tanrı’dır. Ancak bu bilgileri oldukları şekliyle değil, anlaşılır olması için yorumlayarak iletmektedir (Öztürk, 2009).

Antik Yunandan bugüne kadar hermenötik farklı şekillerde ele alınmış ve değişik disiplinlerde kullanılmıştır. “Yorumlayıcı” yaklaşım olarak da bilinen fenomenolojik hermenötik ilk olarak Martin Heidegger tarafından ortaya atılmış, daha sonra Hans-Georg Gadamer tarafından geliştirilmiştir ve sosyal bilimlere katılmasını sağlamıştır (Lindseth ve Norberg, 2004). Gadamer hermenötiği sadece doğa bilimlerine tercih edilebilecek bir yöntem veya sıradan bir metin yorumlama sanatı olarak görmeyip, bugün bulunduğu farklı yere getirmiştir. Anlama ve yorumlama sadece doğa biliminin işi değildir, insanın ve onun deneyiminin söz konusu olduğu her durumda önemlidir. Anlam sadece yazıda değil, insana ait her yaratımın içindedir. Hermenötiğin en önemli amacı da bu anlamı okumaktır. İnsan yaşadığı her deneyimde hermenötik bir süreç geçirir ve deneyiminden bir yorum çıkarmaya çalışır (Toprakkaya ve Karakaya, 2015).

Nitel araştırmanın iki ana akımı olan fenomenoloji ve gömülü teori hermenötik felsefe ile son derece uyumludur. Hermenötik fenomenolojide terapist ve danışan arasında

ikili bir ilişki vardır. Danışan yaşadığı deneyimi anlatır ve yorumlar. Buna karşılık terapist sadece belli bir mesafede oturarak gerçeği anlamaya ve anladıklarını yansıtmaya çalışmaz. O da kendi öznelliğini katar. Dolayısıyla anlama ve yorumlama diyaloglara bağlı olarak gerçekleşir (Sandage ve ark., 2008). Bu açıdan şema terapinin de hermenötik fenomenolojik prensipleri kullandığı söylenebilir. Terapist aktiftir, danışanın deneyime ilişkin yorumunu alır, kendi yorumunu ekler ve ortak bir yoruma ulaşırlar.

Hermenötik fenomenolojide Gadamer üç önemli kavramdan bahseder: Önyargılar, ufukların kaynaşması ve tarihsel bilinç. Gadamer'in önyargıları bir açıdan şemalara denk gelebilir. Araştırmacın ufku ile katılımcının ufku hermenötik süreç içerisinde birbiriyle kaynaşır. Bu terapide empatidir. Tarihsel bilinç ise geleneklerdir. Tarihsel bilincin şemalarla önemli bir bağlantısı vardır. Psikolojide temel amaç insanı anlamaktır. İnsanı anlayabilmek için onu her yönüyle, bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Gadamer'in hermenötiğini burada devreye sokacak olursak, insanı anlayabilmek için onun geçmişten getirdiği geleneğe de dikkat etmek gerekir. Gelenek içerisinde yaşantıları, içerisinde bulunduğu çevreyi, yaşam şartlarını, maruz kaldığı olayları barındırır. Şemalar da geçmiş yaşantıların etkisiyle oluşan bilişsel yapılarıdır ve aslında Gadamer'in gelenek kavramı ile örtüşmektedir (Toprakkaya ve Karakaya, 2015).

Bu araştırma hermenötik yaklaşımın kullanıldığı nitel bir psikoterapi süreç analizidir. Çalışmada çocukluk döneminde baba/kız ensestine maruz kalmış bir danışanın yaşanmış deneyimini araştırmak amacıyla bir yıl süren psikoterapi sürecinin analizi yapılmıştır. Danışanda bu deneyime bağlı olarak gelişebileceği düşünülen şemalar ve bu şemaların etkisiyle ensest deneyiminin anlamlandırılması değerlendirilmiştir. Terapinin başındaki ve sonundaki yorumlama farkının, şema terapinin etkisi ile şemaların değişimine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Danışanın deneyime ilişkin yorumları terapist tarafından alınmış, kendi şemalarının süzgecinden geçirilmiş ve tekrar yorumlanmıştır.

3.1.2 Tek Vaka Çalışması Yürütülmesinin Nedenleri

Bir araştırma yürütürken temel amacın, bu araştırmanın odağının açıklığının mı yoksa kapsayıcılığının mı olduğu belirlenmiş olmalıdır. Araştırma örneklemi çok dar ise ilgi odağını belirlemek ve veri toplamak kolaydır. Araştırma daha çok kişiye ulaşmayı hedefliyorsa sonuçlar daha anlamlı çıkar (Weiss, 1995). Vaka çalışmaları “neden”, “nasıl” sorularına cevap arandığı ve araştırmacının araştırılan fenomen üzerinde kontrolünün olmadığı durumlarda tercih edilir (Yin, 2003). Vaka çalışması bir fenomenin veya kişi, grup, kurum veya topluluk gibi bir sosyal birimin derinlemesine tanımlanması ve analizidir. Tek bir fenomen veya varlık (vaka) üzerine odaklanır ve daha derinlemesine bilgi sağlar (Merriam ve ark., 2002). Yin’e (2003) göre vaka çalışması, gerçek yaşam olaylarının bütüncül ve anlamlı bir perspektiften incelenmesine olanak sağlar. Katılımcının deneyimlerinin detaylı ve derin bir şekilde verilmesi, okuyucunun bu deneyimlerle bağlantı kurmasına, sunulan konuyu öğrenmesine ve derin bir anlayış geliştirmesine imkan verir. Araştırmacı vaka çalışmasının bulgularını büyük bir popülasyona genelleştirmez (Seidman, 2013).

Paralel olarak, bu çalışmanın tek vaka olmasının nedenlerinin başında yaşanmış enstest deneyimin danışanın perspektifinden ve derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca enstest toplumda tabu bir konu olması, örneklem bulmanın zorluğunu da beraberinde getirmekte ve kalabalık örneklerle çalışmak zor olmaktadır. Son olarak tek vaka çalışması terapi sürecinin yaşanmış deneyimi anlamlandırma üzerindeki etkisinin görülmesi açısından da önemli olmuştur.

3.2 Katılımcı Vaka Hakkında Genel Bilgi

Latife (takma ad) 44 yaşında, araştırmacının, İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı’nda 1 yıl süreyle izlediği bir danışandır. Şehir Üniversitesi’ne 2018 yılının Ekim ayında başvurmuş ve Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak tarafından şema terapiye uygun olduğu belirlendikten sonra terapi programına başlamıştır. Terapi sürecinin tamamı aynı kişi (“International Society for Schema Therapy [ISST]” tarafından sertifikalandırılmış Şema Terapisti, Eğitmeni, ISST Şema Terapisti Sertifikasyonu Türkiye Temsilcisi, öğretim üyesi Prof.

Dr. Gonca Soygüt Pekak) tarafından süpervize edilmiştir. Terapi süreci devam etmektedir.

Latife'nin çocukluk döneminde 8 yaşında başlayan ve yaklaşık 2 yıl süren bir baba/kız ensest öyküsü bulunmaktadır. Annesi öğrendiği zaman Latife'ye inanmamış, korumamış ve herhangi bir önlem almamıştır. Latife'nin durumunu anlatığı hiç kimse ona destek olmamıştır. Latife'nin iki kız kardeşi daha vardır ve kardeşlerden biri, anne ensest ilişkiyi öğrendikten sonra doğmuştur. Latife'den sonra doğan ancak bir yaşında ölen erkek ikiz kardeşler vardır. Baba Latife'den sonra en küçük kız kardeşi de istismar etmiştir. Latife annesinin erkek çocuk doğurmak için büyük çaba harcadığını, babasını evde tutabilmek için bunun önemli olduğunu, kendisi bebeklik resimlerinin de erkek gibi olduğunu ifade etmiştir.

Latife'nin fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmali içeren ağır travmatik bir öyküsü vardır. Eşinden 2 kez boşanmıştır ve 20 yaşından kızı ile birlikte yaşamaktadır. İstikrarsız bir iş hayatı vardır. İnsanlardan zarar görebileceği endişesi, güvensizlik, şüphecilik ve yoğun tehdit algısı göze çarpmaktadır. Terk edilmeye aşırı hassasiyet, boşluk ve sevilme hissi, uzun süren duygusal durağanlık ve katı düşünce tarzı dikkat çekicidir. Gençli yıllarında ilaç içerek intihara teşebbüs ve tekrarlayan şekilde bileklerini keserek kendine zarar verme öyküsü vardır. Terapiye başladığı dönemde romantik ilişki sorunları ve depresif yakınmaları mevcuttur. Süreç içerisinde kompleks travma sonrası stres bozukluğu ve buna bağlı olarak gelişebileceği düşünülen borderline kişilik örüntüsü gözlenmiştir. Latife'de Young (2017) tarafından tanımlanmış 18 adet adet şemanın tümünün varlığı tespit edilmiş olup, en güçlü şemalarının "ayrılma/reddedilme" alanındaki şemalar olduğu görülmüştür. Latife'nin baskın modları kaçınmacı ve aşırı telafi edici modlardır (EK 1 – Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu).

3.3 Araştırmacının Kimliği

Cook (2010) hassas araştırma konuları söz konusu olduğunda, araştırmacının özelliklerinin önemli olduğunu vurgular. Dört yıllık psikoloji lisans ve 3 yıl endüstriyel psikoloji yüksek lisans eğitiminden sonra, yaklaşık yirmi yıl ilaç sektöründe insan

kaynakları, eğitim ve pazarlama alanlarında farklı görevlerde sorumluluklar aldım. İlaç sektöründe uzun bir süre merkezi sinir sistemi ilaçlarının pazarlama grubunda, kronik şizofreni tedavisinde özel bir formül olan Clozapine (Leponex) adlı ilacın uzun süre Türkiye’de tanıtımını ve satışını yapan grubun yönetimi nedeniyle psikiyatri hekimleri ile yakın iş birliği içerisinde çalıştım. Bu süre zarfında şifa veren tarafta olmanın ne kadar değerli ve belki biraz da heyecan verici olduğunu keşfettim. Bir gün mutlaka klinik psikoloji alanına yönelme fikrinin tohumlarının o yıllarda atıldığını söyleyebilirim. 2017 yılında Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladım. Bununla birlikte iki kızımın doğumundan sonra, ebeveynliğin ne kadar özenli icra edilmesi gereken bir sorumluluk olduğunu fark ettim. Anne çocuk bağlanması için kritik olan dönemlerde yanlarında bulunmaya, ihtiyaçlarını dengeli bir şekilde karşılamaya, her şeyden önce çocuk yetiştirmenin gereğinin sahiplenmek değil rehberlik etmek olmasına gayret ettim. Bu dönemde en çok ilgimi çeken konu ise başka ebeveynlerin çocuklarına gelişimsel olarak zarar verici davranışları oldu. İhmalkar yaklaşımları ve uyguladıkları fiziksel ve psikolojik istismar karşısında çocukların çaresizlikleri beni şu konularda düşünmeye itti: 1. Çocuk sahibi olmadan önce anne-baba adaylarının özel eğitimden geçecekleri bir sistem kurmak ve bir iki nesil sonra daha bilinçli ebeveynler yetişmesine olanak sağlamak 2. Zarar gören çocukların erken dönemde tedavi ile desteklenmesi için çaba harcamak 3. Çocukluk döneminde kronik bir şekilde travmaya maruz kalmış yetişkinlere destek olmak. Gelişimsel travmaya bağlı olarak geliştiği kanıtlanmış borderline kişilik bozukluğu ve dissosiyatif kimlik bozukluğu özel olarak ilgilendiğim konular arasında.

Şema terapi programı çerçevesinde Latife’nin öyküsü, yukarıdaki düşüncelerime paralel olarak, ilgimi çekti. Deneyimsiz bir terapist olmamın sınırlarının farkında olarak, Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak’ın süpervizörlüğünün desteğine güvenerek, Latife’nin ağır çocukluk yaşantılarını ve özellikle ensesti nasıl deneyimlediğini görmek, o deneyimin bugünkü yaşantısı üzerindeki sonuçlarını fark etmek, anlamlandırmasına yardım etmek ve daha mutlu bir yaşam sürmesine vesile olmak için terapisti olmaya karar verdim.

3.4 Ölçüm Araçları

3.4.1 Terapi Seansları

Bir yıl süren terapi seanslarında danışanın enste ilişkin deneyimini ve bu deneyimin bugünkü yaşamına olan etkilerini derinlemesine anlayabilmek için araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı ve terapist aynı kişidir.

3.5 İşlem

Seanslar İstanbul Şehir Üniversitesi Dragos Kampüsü Psikoloji Araştırmaları Laboratuvarında yapılmıştır. Haftalık bazda yapılan seanslar en az 1 saat, imgeleme gibi yoğun duygu odaklı çalışmaların yapıldığı seanslar ise 1,5 saat olarak gerçekleştirilmiştir. 2018 yılının ekim ayında başlayan seanslar bir yıl devam etmiştir. Bu çalışma yapıldığı esnada 44 seans gerçekleştirilmiş olup, terapi halen devam etmektedir.

Seanslarda şema terapi süpervizyonuna uygun şekilde video kaydı alınmıştır. Gizlilik ilkesi gereği danışanın ismi değiştirilmiştir. İlk seansta bu terapi programından elde edilen bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılabilceği yönünde açıklama yapılmış ve hem sözlü hem de yazılı onam alınmıştır (bkz. Ek 2 -Klinik Değerlendirme v Psikoterapi Süpervizyon Eğitimleri Aydınlatılmış Onam Formaları, Ek 3- Psikoterapi Süreç Araştırması Aydınlatılmış Onam Formu). Ayrıca İstanbul Şehir Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (bkz. Ek 4 – Etik Kurul Onay Formu).

3.6 Analiz

Braun ve Clarke (2006) tarafından geliştirilmiş “Tematik Analiz – TA” nitel analizin temelidir ve bir verinin içindeki temaların belirlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması amacıyla kullanılır. TA teoriden ve epistemolojiden bağımsızdır ve farklı epistemolojik yaklaşımlarda kullanılabilir. Bu çalışmada da seanslardan elde edilen veri TA yöntemi ile analiz edilmiş ve analiz basamakları Tablo 3’de gösterilmiştir.

44 şema terapi seansı (herbiri 1-1,5 saat) video ile kaydedilmiş ve deşifre edilmiştir. Analize terapistin gözlemleri ve notları da eklenmiştir. TA basamaklarına uygun

şekilde (Braun ve Clarke, 2006), 44 seansın deşifrelerinden ilk kodlar çıkarılmıştır. Kodlamayı “temalar”ın belirlenmesi izlemiş ve bu temalara isimler verilmiştir. Tekrarlayan temalar not edilmiş, üst temalar ve alt temalar belirlenmiştir. Temalar danışanın ensesti deneyimlemesini ve anlamlandırmasını, terapi sürecini anlamlandırmasını, terapist ile etkileşimini ve terapistin süreci anlamlandırmasını kapsamaktadır.

Tablo 3.1 – Tematik Analiz Basamakları (Braun and Clarke, 2006)

<i>Basamak</i>	<i>Sürecin Tanımı</i>
1. Araştırmacının veriye aşina olması	Verinin deşifre edilmesi (gerektiğinde), verinin tekrar tekrar okunması, ilk fikirlerin not edilmesi
2. İlk kodların oluşturulması	Tüm veri seti boyunca verinin dikkat çeken özelliklerinin sistematik bir şekilde kodlanması, her bir kodla alakalı olan verilerin bir araya toplanması
3. Temaların aranması	Kodların potansiyel temalar altında toplanması, tüm verilerin ilişkili oldukları olası temaların altında toplanması
4. Temaların gözden geçirilmesi	Temaların, kodlanmış veri içeriğiyle (1. Düzey) ve tüm veri setiyle (2. Düzey) uyumunun kontrol edilmesi, analize ilişkin tematik ‘haritanın’ oluşturulması
5. Temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi	Her temaya ait özelliklerin sadeleştirilmesi ve analizde anlatılan hikâyenin bütünüün tanımlanması için analize devam edilmesi, her bir temanın açık bir şekilde tanımlanması ve isimlendirilmesi
6. Raporun hazırlanması	Somut, çarpıcı ve inandırıcı doğrudan alıntı örneklerinin seçilmesi, kodlanan veri içeriklerinin son kez analiz edilmesi, analiz sonuçlarının araştırma sorusu ve alan yazınla tekrar ilişkilendirilmesi, analizin akademik bir dille raporlaştırılması

Temaların yoğunlaştığı seanslar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 44 dür.

3.7 Araştırmanın Niteliği

Nitel araştırmalarda bilimselliği korumak amacıyla “Araştırma Niteliği” (trustworthiness) önemli bir konudur (Williams ve Morrow, 2009). Bu amaçla dikkat edilmesi gereken birkaç nokta vardır. Bir araştırmacı nitel veya nicel olsun bir araştırma yapmaya başladığı anda öznel dünyasının kapısını da aralamış olur. Nitel araştırmalarda bu yansıma bir zenginlik olarak görülse de farkında olunmazsa bulguların yorumunu etkileyebilir. Buna yansiyabilirlik (reflexivity) denir (Finlay, 2002). Bu yansımayı görmek ve izlemek için araştırmacı analizi belirleyecek bilgileri paranteze alır (bracketing) (Williams ve Morrow, 2009). Bu çalışmada da araştırmacı terapi süresince günlük notlar tutmuş, düşüncelerini, duygularını, deneyimlerini, tetiklenen kendi şemalarını (terk edilme, kusurluluk, boyun eğcilik, kendini feda) ve modlarını (eleştirel ebeveyn, kırılğan ve öfkeli çocuk) fark etmek için çaba harcamıştır. Seanslarda ortaya çıkan kırılmaların nedenini araştırmış ve süpervizyonlarda süpervizör ve grupla paylaşmıştır. Terapist kaynaklı kırılmalarda en önemli etkenlerden birinin deneyimsiz terapist olmak olduğunu düşünmüştür. Bunların dışında araştırmacı yetkin görüşmeler yapabilmek için seans öncesinde mutlaka hazırlanmıştır. Alan yazında çocukluk çağı istismarları, ensest, kompleks travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu gibi konularda detaylı araştırma yapmış ve her seanstan önce şema terapi müdahalelerini planlamıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Latife'nin baba ile yaşadığı ensest ilişki deneyimini ve bu deneyimin sonraki hayatına olan etkilerini nasıl anlamlandırdığını görmek amacıyla bir yıla yayılmış bir süreçte şema terapi çerçevesinde 44 seans gerçekleştirilmiştir. Deşifreler ve terapistin gözlem notları analiz edildikten sonra 3 bölüm halinde 12 ana tema elde edilmiştir. İlk bölüm "Danışanın Ensesti ve Bugünkü Yaşamı Üzerine Etkilerini Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Baba ile Savaşmak", "Ben Annemin Kumasıydım", "Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım", "Çok Değersizim". İkinci bölüm "Danışanın Terapi Sürecini ve Değişimi Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Ben Onları Affettim", "Baba ve Annenin Sonu", "Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum", "Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı". Son bölüm ise "Terapistin Terapi Sürecini Anlamlandırması" dır ve 4 ana temadan oluşmaktadır: "Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş", "Keşke Annen Ben Olsaydım", "Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak", "Fırtınaya Yakalanmış Geminin Kaptanı". Tablo 4 bölümleri, ana temaları ve alt temaları göstermektedir.

4.1 Danışanın Ensesti ve Bugünkü Yaşamı Üzerindeki Etkilerini Anlamlandırması

Bu bölüm Latife'nin ensesti nasıl deneyimlediği, başa çıkma şekli, baba ve anne ile olan ilişkisi, bu travmatik deneyimin bugünkü hayatına olan etkileri, kişiler arası ilişkileri ve karşı cinsle olan ilişkisi ile ilgili bilgiler içermektedir. Bölüm 4 ana tema ve 12 alt temadan oluşmaktadır.

4.1.1 Tema 1 - Baba ile Savaşmak

Baba ile yaşadığı ensest ilişkiyi nasıl anlamlandırdığı sorulduğunda Latife'nin en sık kullandığı kelime "savaş" olmuştur. İki yıl boyunca cinsel istismara, sonrasında da uzun yıllar fiziksel ve psikolojik istismara maruz kalan Latife bu dönemi kendi açısından yorucu, tehlikeli, ezici, yalnız, anlaşılmamış, babayı ise hem cellat hem de zavallı olarak yorumlamaktadır. Bu ana tema altında 4 alt tema belirlenmiştir: "Bir

Kere Vurulursanız Bir Daha Vurulmaktan Korkar mısınız?”, “Tehlikenin Ne Zaman Geleceği Belli Değildi”, “Ben Şerefsiz Bir Babanın Kızıyım”, “Babam Benim Celladımdı”.

Tablo 4.1 – Ensestin ve terapi sürecinin danışan ve terapist tarafından anlamlandırılması sonucu ortaya çıkan temalar

- **Danışanın Ensesti ve Bugünkü Yaşamı Üzerindeki Etkilerini Anlamlandırması**

1. **Ana Tema: Baba ile Savaşmak**

Alt temalar

- 1.1 Bir Kere Vurulursanız Bir Daha Vurulmaktan Korkar mısınız?
- 1.2 Tehlikenin Ne Zaman Geleceği Belli Değildi
- 1.3 Ben Şerefsiz Bir Babanın Kızıyım
- 1.4 Babam benim celladımdı

2. **Ana Tema: Ben Annemin Kumasıydım**

Alt Temalar

- 2.1 Anlaşılmamanın Dayanılmaz Ağırlığı
- 2.2 Öfkeli Çocuk Latife
- 2.3 Anlamlandırmak ya da Anlamlandıramamak

3. **Ana Tema: Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım**

Alt Temalar

- 3.1 Ben Herkesten Farklıyım
- 3.2 Çok Yalnızım
- 3.3 Her Zaman kandırılabilirim
- 3.4 Her An Her Şey Bitebilir
- 3.5 Yanlış Yapan Ceza Görmeli

4. **Ana Tema: Çok Değersizim**

- **Danışanın Terapi Sürecini ve Değişimi Anlamlandırması**

1. **Ana Tema: Ben Onları affettim**

2. **Ana Tema: Baba ve Annenin Sonu**

3. **Ana Tema: Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum**

4. **Ana Tema: Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı**

- **Terapistin Terapi Sürecini Anlamlandırması**

1. **Ana Tema: Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş**

2. **Ana Tema: Keşke Annen Ben Olsaydım**

3. **Ana Tema: Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak**

4. **Ana Tema: Fırtınaya Yakalanmış Geminin Kaptanı**

4.1.1.1 Bir Kere Vurulursanız Bir Daha Vurulmaktan Korkar mısınız?

Latife için hayat çok küçük yaşlarda başlamış bir savaştır. Anne ve babadan uzun yıllar ayrı kalmış, ilk bir araya gelerek aile gibi yaşayacaklarını düşündükleri an babanın istismarı ile karşılaşmıştır. Latife bunu baba tarafından vurulmak olarak anlamlandırmaktadır.

“Çocukluğum biraz Belçika biraz Türkiye’de geçti. İlkokula Türkiye’de başladığımda ananemin yanında kalıyordum. O yıllara damgasını vuran duygum özlemdir. Ananeme gelince anne babayı özliyordum, Belçika’ya gidince ananemi. İlkokul 2. Sınıfta yani 8 yaşındayken Belçika’ya aldirdılar beni. Büyük bir özlemlle gittim. Gittikten kısa bir süre sonra bir gün baba beni kucağına oturttu ve şey sordu: “Dayın da seni böyle kucağına oturtturuyor mu? “Bu soruya anlam veremedim ama garip de geldi (1)...Yaşadığımız evde benim odam mutfak ile birleşti. Buzdolabı ile yatağımın arasında çok az yer vardı. Baba bir gün gardrop ve buzdolabı arasında olduğum sırada bana garip bir şekilde organıyla sürtünerek geçti. Çok tuhaf hissettim. Normal bir değme değildi o. Yanlışlıkla değmiş gibi değildi. Kafam karışmış, şaşırılmış, tuhaftım. Anlamlandıramıyordum. Hayal kırıklığı biraz. Küçüktüm, dışarıda koca bir dünya var, anlayamıyorum ne olduğunu. Kötü bir şey olmamalı bu. Ama kötü. Sezgilerim kötü diyordu. Endişe duyduğumu hatırlıyorum (1)...Bu dokunmalar şefkatli bir dokunma değil diye düşünüyordum. Baba beni ilk kez böyle vurdu işte (14)”

Latife babaya karşı koymak için çok büyük bir mücadele yaşamakta, mücadeleden vaz geçerse zarar göreceğini, yenileceğini ve yok olacağını düşünmektedir. Ayakta kalabilmek için en güvendiği kişi ile savaşmak ve kendini ona karşı korumak zorundadır.

“Baba dozu artırmaya başladı. Her gün daha ileri gidiyordu. Çok uzun sürdü mücadelemiz, sanırım iki yıla yakın. O saldırıyordu ben kendimi savunmaya çalışıyordum. Çok yorucuydu (1)... Baba her yerde peşimdeydi. Okula gidiyordum, arkamı dönüp bir bakıyorum, ağaçların arasında şapka ve gözlük takmış beni takip ediyor (1)...Fiziksel olarak ben küçüktüm o kocamandı. Karşı koymak zorundaydım, karşı koymazsam ya daha fazla dayak yiyecektim ya da daha fazla cinsel tacize uğrayacaktım. Karşı koymaktan başka çarem yoktu (7)...Bu boğuşmalarda arada bana şunu söylüyordu: “Şimdi sana ileride evlendiğin zaman kocana neler yapacağını öğreteceğim (17)”

Latife baba ile verdiği fiziksel ve psikolojik mücadeleden dolayı her şeyin üstesinden gelebileceğine inanmış ve terapide onun bu yanına “Savaşçı Latife” adı verilmiştir.

“Hayata savaşarak başladım. Ve bu savaşa hala devam ediyorum. Babayla savaştım ve kendimi korudum ya, her Şeyle başa çıkabilirim gibi geliyor. O kadar alıştım ki hayatımda bir olay olmasına. Sanki bir askerim ve sürekli savaşıyorum. Emekli albayların elinden silah alınırsa ne yaparlar bilmiyorum (22)”

Baba ile savaşması, teslim olmaması ve ondan korunmayı başarması, Latife’ye her savaşı kazanabileceğini düşündürmüş ve beraberinde korkusuzluğu getirmiştir. Terapide onun bu yanına “Korkusuz Latife” adı verilmiştir. Korkusuz Latife her Şeyin üstesinden gelebileceğini düşünmekte, tehlikeli veya güvenilir durumları ayırt edememekte, nemsizleştirmekte veya üstesinden kolaylıkla gelebileceğini düşünerek savaşma yolunu seçmesine neden olmaktadır.

“Hiçbir zaman korku hissetmedim. Yaşadıklarım karşısında susup, sinip korkabilirdim. Olayların içinden ne olursa olsun çıktım, boyun eğmedim. Bu bana güç verdi. Her Şey benim elimde, kontrol edebilirim, Őekillendirebilirim diye düşünmeye başladım. Bu korkusuzluk bana cesaret verdi (4)...Almanya’da yaşadığımız evde çatı katı vardı. Gece oraya çıkıp kuruyan çamaşırları almak gerekirdi bazen. Annem çıkmaya korkardı, ben hiç korkmadan çıkar alırdım. Tehlike gelecek diye düşünmedim hiç. Dünyanın en büyük tehlikesi en güvendiğim insandan gelmişti, başka ne olabilirdi ki. Bir kere vurulursanız bir daha vurulmaktan korkar mısınız (14)”

“Korkusuz Latife” tehlikeli bir durum karşısında uyarı geldiği ve kendisini koruması yönünde telkinde bulunulduğu zaman ise bunu dikkate almamaktadır. Latife terapisinin ilerleyen döneminde yeni bir işte çalışmaya başladıktan bir süre sonra patronun Şizofren olduğunu öğrenmiştir. Latife patron ile sadece ikisinin olduğu bir ofiste çalışmaktadır ve patronun uygunsuz davranışları olduğunu seansta paylaşmıştır. Şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu, ilaç kullanımının bırakılması halinde çevreye zararlı olabilecek davranışlar görülebileceği konusunda bilgi verilmesine rağmen Latife Şöyle cevap vermiştir:

“Bana zarar vermeye kalkarsa nasıl olsa kendimi korurum, üstesinden gelirim. Hem ne kadar tehlikeli olduğunu kendim görmek istiyorum. Bana heyecanlı geliyor biraz (34)”

4.1.1.2 Tehlikenin Ne Zaman Geleceği Belli Değildi

Saldırılardan önce baba plan yapmakta, evde kimsenin olmadığı zamanları kollamakta ve Latife’ye cinsellikle ilgili mesajlar göndermektedir. Latife tehlikeye karşı kendini

korumak için her zaman tetikte olmayı öğrenmiştir.

“Tehlikeye karşı uyanık olmayı öğrendim ben. Başka çarem yoktu çünkü. Kendimi korumam gerekiyordu (7)... Saldırmadan önce bütün tesisatla hazırlıklı oluyordu, copu bir tarafta, şeyi bir tarafta. O kafasında planı çiziyordu önceden (21)... Sezgilerim hep güçlüydü. Hep uyanık olmak zorunda hissediyordum Bir şeylerin yolunda gitmediğini, bir tehlike gelebileceğini hemen hissederdim. Yanlış bir şey olduğunda garip bir şekilde hemen fark ederdim (7)... Babanın hep böyle tahrik edici bir hali vardı. Evin içinde külotla dolaşırdu mesela. Mesaj gönderirdi adeta. Orada da bir şeyler sezderdim (7)... Sürekli bir cinsellik mesajı alıyordum. Çizgi film kasetlerim vardı, onlardan birini seçip seyretmek için videoya takıyordum, içinden porno film çıkıyordu. Baba özellikle o kasede kaydetmiş. Karşıma hep cinsellikle ilgili mesajlar çıkıyordu. Kasedi falan benim ulaşabileceğim yerlere koyardı... Bir süre sonra saldırı planlarını fark etmeye başlamıştım (1)”

4.1.1.3 Ben Şerefsiz Bir Babanın Kızıyım

Bu alt temada Latife daha çok istismarın nasıl yaşandığına ve babaya karşı olan duygularına ilişkin detaylar vermektedir. Erken yaşta yaşanan cinsel istismar onun daha sonraki yaşamında erkeklerle olan ilişkilerinde güvensizliğe, cinsel sorunlar yaşamasına ve değersizlik duygularına yol açmıştır. Babaya karşı duyduğu duygular çoğunlukla tikslenme, öfke, güvensizliktir.

“Beni soyuyordu, çok iğreniyordum... Kendi de çıplak olurdu bazen, organlarını tamamen görürdüm (26)... Tenini gördüğüm zaman bile irkiliyordum (17)...Bu yüzden erkek fiziği hep itici gelir bana, onları görmek çok çirkin bir şey (21)... Tacizlerden sonra kendimi kullanılmış hissediyordum, ondan iğreniyordum (14)... Ona güvenmeyi öğrenemedim, ne acı... Ben şerefsiz bir babanın kızıyım. Bunu hep söyledim, bundan sonra da söyleyeceğim (21)”

Aşağıda ifadeler, Latife'nin yavru bir köpek gibi gördüğü babaya karşı hem acıma hem de aşığılama duygularını içermektedir.

“O kadar zavallıydı ki benim gözümde. Bana saldırdığı zamanlarda da zavallıydı. Onunla yalnız kalmaktan korkmuyordum ben. Bir köpeğin nasıl idrakı yoksa, sırf nefsiyle harekette bulunuyorsa, o da öyleydi... Sanırım 94 yılıydı artık Türkiye'deydik. Tüm ailenin bir arada olduğu bir buluşmada babanın tüm yaptıklarını herkesin önünde yüzüne vurdum. Saldırdığını söyledim. Beni tehdit etmeye başladı. Ağzını burnunu kırarım senin dedi. Aldırış etmedim. Koltuğun

üstüne çıktım ve korkusuzca her şeyi anlattım... Sokaklarda bir yerlerde kalmaya başladı baba. Yavru köpek gibiydi gözümde... Acıdım o zaman. Anne de acıdı. Ama inanır mısınız boşanmadı ondan (14)”

4.1.1.4 Babam Benim Celladımdı

Latife'nin annesi durumu öğrenmesine rağmen babadan ayrılmamış ve Latife 18 yaşına kadar babasıyla Belçika'da babasıyla aynı evde yaşamak zorunda kalmıştır. Latife o dönemi “tutsaklık” olarak görmektedir. Baba, annenin konuyu öğrenmesinden sonra cinsel istismardan vazgeçmiş ancak yerini ağır fiziksel istismar almıştır. Latife bu ilişkide kalmaya zorlanmasını celladıyla yaşamak olarak nitelendirmektedir.

“Ben celladıyla büyümüş biriyim. Bana kötülük yapmış biriyle büyümek zorunda kaldım ben. Annem yüzünden. Çok kötü bir adamı sevmek zorunda kaldım... Ben bugün bana kötülük yapan herkesle beraber yaşayabilirim (21)... Sürekli bir bahane buluyordu dövmek için, sigara içmem, asilik etmem, hep dayak bahanesiydi.... Copu vardı, copla dövüyordu beni. Her yerim mosmor olurdu (2)... Çaresizdim. Bu çok kötü bir duygu. Şimdi çaresiz kalmakla o zaman çaresiz kalmak arasında öyle büyük fark var ki (1)... Yıllarca o evde tutsak gibi yaşadım (3)”

4.1.2 Tema 2 - Ben Annemin Kumasıydım

Latife, en büyük kurtuluşun annesinin durumu öğrenmesi ve babanın evden gönderilmesi olacağını düşünmüştür. Ancak annesinin kendisine inanmaması, yanında durmaması, onu suçlaması ve baba ile aynı evde yaşamaya zorlaması onun için en büyük hayal kırıklığı olmuştur. Latife o yıllarda buna uzun süre anlam verememiştir. Terapinin ilerleyen dönemlerinde bu deneyimi “Ben annemin kuması gibiydim. Fazlaydım ona. Annem yanımda dursaydı babamın yaptıklarından o kadar etkilenmezdim. Dağılmama neden olan kişi annemdir” şeklinde anlamlandırmıştır.

Anne kendisini anlamadığı için Latife artık kimsenin onu anlamayacağına inanmış ve kendini anlatmak için kimi zaman aşırı çaba harcamış ve öfkelenmiştir. Kimi zaman da anlaşılmayacağını düşünerek ihtiyaçlarını ortaya koymamış ve kendi dünyasında yaşamayı seçmiştir.

Bu tema altında 3 alt tema belirlenmiştir: “Anlaşılmamanın Dayanılmaz Ağırlığı”, “Öfkeli Çocuk Latife” ve “Anlamlandırmak ya da Anlamlandıramamak”.

4.1.2.1 Anlaşılmamanın Dayanılmaz Ağırlığı

Anne, Latife'nin her şeyi anlatmasının ardından meselenin üstünü örtmeye, olanların suçlusunu olarak onu göstermeye, her zaman sorunlu ve saldırgan bir çocuk olduğunu kanıtlamaya, başka sorunları nedeniyle böyle davrandığını ve baba ile ilgili bir sorun olmadığını göstermeye çalışmıştır.

“Bir gün yine saldırdığında yanağını ısırıldı. Annem ısırığı görünce “kızım bu adam sana bir şey mi yapıyor dedi. Anlattım. Ama biliyor musunuz, inanmadı. Emin misin diye sordu (1)... İıı, sanki bir kuyuya düştüm ve içinden çıkamıyordum (1)... Anneme derdimi anlatamadım ya, şimdi ne yapsam insanlar söylediklerimi anlamayacaklar gibi geliyor. Anlatmanın kaç yolu varsa hepsini deniyorum (21)... Anneme söyledikten sonra esas mesele yani taciz benim için kenarda kaldı. Artık ana mesele annemdi. İnanmadı bana (19)... Bir süre sonra bir gün ilaç içerek intihar ettim, öleyim dedim. Annem sıkıntımı anlatsın istiyordum. Bana “baban sana bir şey yaptığı için değil, başka bir çocuğa aşık olduğun için ilaç içtin” dedi. Yaa... Mide bulandırıcı değil mi? (1)... Böyle bir karanlık ortamda yaşayıp gidiyoruz. Hiçbir sorun yokmuş gibi. Sonrasında... Annem hamile kaldı. En küçük kardeşimize (1)... 12 falanım. 12 yaşındayken günlüğüme hoşuma giden bir çocukla ilgili yazı yazmıştım. Annem okumuş, babanla bir şey olsaydı başkasına aşık olmazdın dedi... Delirdim (1)... Birgün ben banyodayken baba beni gözetliyormuş, anne de görmüş. Hiç sesini çıkarmamış (1)... Annemin benimle ne derdi var diye düşündüm hep.. Sanki ben onun kumasıydım (20)”

4.1.2.2 Öfkeli Çocuk Latife

Latife anneye anlattıktan sonra bir şeyin değişmemesi üzerine öfkesinin giderek arttığı, herkesten ve her şeyden nefret etmeye başladığı bir döneme girmiştir. Kendisiyle ilgili olsun olmasın kavgalara karıştığını, korkusuzca kırıp döktüğünü, birkaç kez uyuşturucu bile denediğini aktarmıştır.

“Anneme söyledikten sonra hala bir şey olmayınca sigara içmeye başladım. Sanırım 9 yaşındaydım sigara içmeye başladığımda. Annemin kabul etmemesi, emin misin demesi... Nefret.... Öfke... Hiddet... Bir şeyleri kırıp döküyordum. Nerede bir problem, nerede bir olay, ben oradaydım (1)...Aslında ilkokulda çok usluydum. Bu olaydan sonra koştum. Tamamen arkadaşlarımla dışarıya verdim kendimi. Hatta o ara esrar bile denedim (3)”

Latife korunmamış, anlaşılmamış ve zarar görmüş bir çocuktur. O yıllarda çocuk haliyle insanların ona daha fazla zarar vermesini engellemek için öfkelenmeyi seçtiğini varsayabiliriz.

“Aslında hem asi hem de içe kapanıktım. Öfkemi dışa vururken bir yandan da insanları gözlemleyip anlamaya çalışıyordum. Bana zarar verirler mi diye korkuyordum belki de. Sanırım öfke ile kendimi korumaya çalışıyordum (3)”

Korunmamış çocuk Latife bir süre sonra çevresinde sıkıntıda olan herkesi korumaya başlamıştır. Kız arkadaşlarına karşı özellikle koruyucu davranmakta, haksızlığa uğradığını düşündüğü biri olduğunda hemen korumaya almaktadır. Görüştüğü birkaç kız arkadaşından en yakın olan ailesinden ağır fiziksel şiddet gören bir kızdır.

4.1.2.3 Anlamlandırmak ya da Anlamlandıramamak

Latife yaşadığı her sıkıntı karşısında anlam bulmaya çalışmış, yaşadıklarının nedenini, neden onun başına geldiğini sorgulamıştır. Anne-babanın düşüncelerini anlamak için çaba göstermiş, onları anlarsa daha rahat edeceğini düşünmüş, belki de kendi çocuklukları da kötü olduğu için kendisine bunları yaşattıklarını düşünmenin ona iyi geldiğini fark etmiştir.

“Baba beni ilk kucağına oturttuğunda başladı anlamlandırmaya çalışmam. Bir gariplik var bunda dedim. “Dayın da böyle kucağına oturtuyor mu” tuhaf bir soruydu (1)...Anneme anlatıp bir tepki vermediğinde de anlamlandırmaya çalıştım annem neden böyle yapıyor diye (1)... Yıllar içerisinde hep devam etti bu anlamlandırma çabası. Her şeyi anlamlandırmaya çalışıyordum. Bir dönem bitiyor başka bir dönem başlıyordu. Her yeni dönem bir tırtılın kozadan çıkışı gibiydi. 30 lu yaşlarımı çok farklı yaşadım. 40 lı yaşlar depresyonla beraber başladı. Lanet olsun ben bu işten kurtulamayacağım diye düşündüm. Depresyon bambaşka bir yere götürdü beni (1)... Anne de baba da hangi şartlarda yaptılar bunu hep anlamaya çalıştım (4)... Kötü olamazlar diye düşündüm hep...Baba kucağına oturtuyor, anlamlandırmaya çalışıyorum. Çizgi film kasedinden porno çıkıyor, anlamlandırmaya çalışıyorum. Kimse yanımda durmuyor, anlamlandırmaya çalışıyorum (6)”

4.1.3 Tema 3 - Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım

Bu tema Latife'nin diğer insanlarla ilişkilerinde yaşadığı sıkıntılarla ilgilidir. Latife kendini hiçbir zaman diğer insanların arasında düşünemediğini, sanki onlardan farklı, adeta özürlü gibi hissettiğini ifade etmektedir. Ona göre “Dünya bir yanda, Latife bir yanda”dır. Başkaları ile olan ilişkilerinin temelinde sevildiğini hissedememe, yalnızlık ve zarar görebileceği endişesi yatmaktadır. Latife'nin duygusal yoksunluğunun kökeni

bebeklik dönemine dayanmaktadır. 40 günlükken bakıcıya bırakılan Latife 2.5 yaşına kadar farklı bakıcılarla büyümüş, 2.5 yaşında Türkiye'ye ananeye gönderilmiş, daha sonra 8 yaşına kadar Türkiye ve Belçika arasında gidip gelerek çocukluğunu geçirmiştir. Yalnız bırakılma, bir yere ait olduğunu hissedememe, sevilmeme, onaylanmama, baba tarafından cinsel taciz, annenin destek olmaması gibi çocukluk deneyimleri Latife'de duygusal yoksunluğun, terk edilmenin, değersizliğin, güvensizliğin köklerini oluşturan önemli etkenler olabilir.

Yakınlarından gördüğü sevginin yetmediğini, başka şeylerin ön planda olmasına dayanamadığını, sıklıkla kendini önemsiz, değersiz ve terk edilmiş hissettiğini belirtmektedir. Yalnızlık duygusu çok yoğundur. İnsanlara güvenmekte zorlanmakta, kendisine zarar verebileceklerini düşünmektedir.

Bu ana tema altında 5 alt tema belirlenmiştir: "Ben Herkesten Farklıyım", "Çok Yalnızım", "Her Zaman Kandırılabilirim", "Her An Her Şey Bitebilir", "Yanlış Yapan Ceza Görmeli"

4.1.3.1 Ben Herkesten Farklıyım

Latife baba kendisine ilk saldırdığı zaman bunun sadece kendi başına geldiğini düşünmüştür. Kendini kaybolmuş, yalnız ve farklı hissetmiştir.

"Babanın tacizi karşısında ilk düşündüğüm şey "Dünyada bunu yaşayan tek insan benim herhalde" oldu (1)...Farklı hissedirdim o zamanlar kendimi. Diğer insanlardan farklıyım, onlar da bunun farkında derdim. Farklı olduğumu düşündükçe hırçınlaşıyordum ve kavga ediyordum (1)...Bu benim için engelli yaşamak gibi bir şey. Ben buradayım, dünya burada. Hayatın içine ne kadar girmek istesem de, ne kadar hayat güzel desem de.. Derinlerde bir yerlerde buna inanamıyorum (20)... Bu dünyaya ait hissetmiyorum kendimi. Farklılık duygusu var (20)"

4.1.3.2 Çok Yalnızım

Latife'nin sıklıkla yaşadığı sıkıntıların başında yalnız olmak ve başkalarının sevgisini tam olarak hissedememek gelmektedir. Aşağıda paylaştığı anılar bu duygunun kökenini göstermektedir:

“Annem beni sevsin isterdim. Bazen yanına gider sarılmaya çalışırdım, iterdi beni. Öpmek istediğimde “yılışma” derdi (20)... Okulda veli toplantısı olurdu. Annem de gelsin isterdim. Başka çocukların ki gelirdi, benimki yok (17)... Annemin yanında hiç çocuk olamadım. Kafamı annemin kucacağına bile hiç koymadım ben... Duygusal olarak sarıldığımı hiç hissetmiyorum. Her şey ortaya tam olarak konsun istiyorum... İnsanlar açık değil gibi geliyor. Seviyorsam bunu sonuna kadar söylüyorum, herkes her zaman aynı şekilde söylesin istiyorum (1)... Kızımın sevgisi beni çok mutlu ediyor. Ama bazen onda bile eksiklik hissediyorum, sevgisini tam vermiyor gibi geliyor (4)”

Anne ve babanın fiziksel ve duygusal ihmali Latife'nin dışlanmışlık, yalnızlık, bir yere ait olmama, sevilmeme, değersizlik ve terk edilme duyguları geliştirmesine neden olmuş olabilir.

“Belçika’da ilkokul ikinci sınıftaydım. Okul evden yürüyerek yarım saat uzaktaydı. Annem okulun ilk başladığı gün beni götürüp okulu gösterdi, bir daha da götürmedi, kendim gittim. Yol تنها ve uzaktı. Karanlık oluyordu. Sigara içerek gidiyordum (9 yaşında), çakmağım vardı onu hatırlıyorum. Bir kere arkamda ses duymuştum, korkudan öne doğru seslendim ki beni yalnız sanıp bir şey yapmasınlar (22)... Okula giderken bana hiç kahvaltı hazırlamazdı. Kendine kahvaltı hazırlıyordu, kendi yiyordu. Maydonozları, peyniri... Oturup masaya tek başına kahvaltı ettiğini hatırlıyorum. Ben kahve alıp çıkardım evden. 9 yaşında falandım o zamanlar (22)... Evde çoğunluk yemek olmazdı, kendi yiyecekse yemek yapardı... Okulda toplantı olunca anneme gelmesi için yalvarırdım, annem okulda görünsün isterdim. Birileri benim annem olduğunu görsün isterdim. O alışverişe giderdi. Pahalı şeyler alırdı, bana da alırdı. Bir kenara atardım onları nefret ederdim (23)... Annemle hiç sarılmış resmimiz yok. Yanaştığımda iterdi böyle beni. Beni öptüğünü kokladığını hatırlamıyorum. Hiçbir şey yokmuş. (24)... Derin yalnızlık hissedirdim çoğu zaman. İliklerime kadar yalnız (1)”

Latife sıklıkla iki ülke arasında gidip gelmekte, Türkiye’ye geldiği zamanlarda ananesinin yanında kalmaktadır. Ananesini sevgisiz ve sert bir kadın olarak tanımlamaktadır. Aynı şekilde diğer akrabalar da Latife'nin duygusal ihtiyaçlarını karşılama konusunda yetersiz kalmışlardır.

“Ananeme Türkiye’ye göndermişlerdi yine, ilkokula başlamamıştım sanırım. Ananem ve dayım karşılıklı dairelerde otururlardı. Oyuncaklarımı doldurduğum bir çuvalım vardı, sırtımda çuvalımla gezerdim. Teyzem evde temizlik yaptığında evi kirletmeyeyim diye beni dayıma yolluyordu. Yengem de dayım uyuduğu için eve almıyordu. Böyle kalakalıyordum apartmanın ortasında çuval sırtımda. Ağlıyordum (5)”

Latife erkeklerle olan ilişkilerinde de çoğunlukla yalnızlık duygusunun hakim olduğunu, kendini hiçbir zaman bir ilişki içerisinde hissemediğini belirtmiştir. Sağlıklı bir ilişki hiçbir zaman yürütememiştir. İlişkilerinde genellikle babaya benzeyen ve kendisine duygusal yoksunluk yaratacak partnerler seçmektedir. Onlar istedikleri için hayır diyemediğini ve beraber olduğunu, daha sonra da sıkılıp ayrıldığını ifade etmektedir.

“Erkek arkadaşlarımla olan halimi düşünüyorum. Sevmeyi çok istiyordum ama üstüme fazla düşen biri olunca da irkiliyordum, rahatsız oluyordum nedense (17)... Aşk benim için çok önemli bir şeydi ama ilişkiyi de hiç yürütemezdim, hep platonik aşıktım ben (1)... Eşimle ilk tanıştığımızda içine kapanık oluşu çok ilgimi çekti. Duygularını kimseye kolay kolay belli etmez o (2)”

Başka bir erkek arkadaşından şöyle bahsetmektedir:

“Zekasıyla farklı biriydi o. O anlamda beni çok etkiledi. Biraz psikopattı. Babaya benziyordu psikopatlığı. Babam da etkilerdi insanları. Bir yandan yerinde duramayan fırlıdak gibi bir adamdı, bir yandan ağır ve içine kapanıktı (3)”

Tanıştığı evli bir erkekle bir süre arkadaşlık ettikten sonra zorba davranışlar yüzünden uzaklaşmaya başlamıştır. Bir gece eve gelerek istemediği halde Latife’yi dışarı çıkarmış, ıssız ormanlık bir yola doğru giderek arabayı durdurmuş, cop ile dövmeye başlamış ve sonra da tecavüz etmiştir. Bu esnada Latife karşı koymak, bağırarak yardım istemek gibi herhangi bir karşı aktivitede bulunmamıştır. Nedeni sorulduğunda ise ne yaparsa yapsın tecavüze uğrayacağını bildiğini, o yüzden karşı koymanın anlamsız olduğunu söylemiştir.

Baba ile bir taciz anısına ilişkin imgelemede duygusal yoksunluğun derecesini ve sevgiye olan ihtiyacını göstermesi açısından şu sözler hem çarpıcı hem de düşündürücüdür:

“Terapist: Latife 9 yaşındasın ve baba ile evde yalnız olduğunu söyledin. Şu an neler olduğunu anlatır mısın bana?”

Latife: Baba üzerimdekini çıkarıp abanmaya çalışıyor

Terapist: Neler hissediyorsun?

Latife: Çok açık söyleyeyim, bir yandan tiksiniyorum bir yandan da sevmek istiyorum (17)”

4.1.3.3 Her Zaman Kandırılabilirim

En güvendiği kişiden gelen cinsel taciz karşısında Latife tüm insanların potansiyel olarak kendisine zarar verebilecekleri düşüncesiyle, onlara karşı dikkatli olmayı, güvenmemeyi öğrenmiştir. Latife bu duyguyu özellikle iş hayatında yoğun hissetmekte, etrafının her zaman işi bilmeyen ama zarar verme potansiyeli yüksek insanlarla sarılı olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte arkadaşlarına, eşine, hatta bazen kızına karşı bile yoğun bir kandırılma duygusu taşımaktadır. İlişkilerin yüzeysel olduğunu, insanların genellikle birbirlerine iki yüzlü davrandıklarını, açık olmadıklarını, özellikle iş hayatında çok zorlandığını ifade etmektedir.

“Önce baba ile başladı bence bu. Babam diye baktığınız kişinin böyle bir şey yapması en büyük kandırma değil mi (3)... Babanın yaptıklarını anneme anlattığımda annem olduğu için bir şey yapar diye düşündüm. Ben ona inanıyordum. Ama yapmadı. O da kandırdı beni (3)... Babayı anlattığım hiç kimse yardım etmedi, ona engel olmadı. Güvenebileceğim hiç kimse olmadı. Güvenme hissini hiçbir zaman tadamadım (17)... Amcam da taciz etti bir gün. Baba tacizinin başladığı yaşlardaydım, 8 falan... Bir gün bize gelmişlerdi. Oyun oynayalım seninle dedi. Nedense bu laftan huylandım. Ben babadan tecrübeli olduğum için anlayabiliyordum bunun ne demek olduğunu. Gel oyun oynayalım, sana iğne yapayım dedi. İğnenin ne olduğunu anladım hemen. Kendi kızına da yapmış zaten, sonradan öğrendik (3)... Sanki hep bir kullanılmışlık ve kandırılma duygusu taşıyorum... İnsanlar sahte mi, samimi mi anlayamıyorum (2)”

4.1.3.4 Her An Her Şey Bitebilir

Latife hiçbir şeyin sonunun olmadığını, her an her şeyin biteceğini düşünmektedir. İlişkilerinin bitebileceğini, ölümün her yerde olabileceğini, hayatında ne varsa uzun ömürlü olmadığı duygusunu taşımaktadır.

“Size (terapist) bağlanmamam gerekiyor fazla. Nasıl olsa bir gün terapi de bitecek. Bu size güvenmediğim için değil, hiç kimseye güvenemiyorum. Kimseyle sonuna kadar gidemeyeceğim gibi geliyor (20). Ölüm benim için yaşamla aynı (25)... Arkadaşlarım, dostlarım için de öyle. Bir sıkıntı olacak ve bitecek duygusu (5)... Ölümünden korkmuyorum, mesela şu an ölsem fark etmez (1)... Sevgili olmadım mesela kimseyle. Yürütemiyordum erkeklerle ilişkiyi. Ya onlar bitiriyordu

ya ben bırakıyordum. Her ilişkide içimde bitecek, yürümeyecek korkusu vardı. İlişkiler bitebilir, hayat bitebilir (3)”

Latife kendini hiçbir zaman tam olarak güvende hissetmemekte, bir iş yolunda gitse bile hemen değişebileceğini ve sonunun kötü bitebileceğini düşünmektedir.

“Hiçbir şeyden tam olarak emin değilim. Sanki hep alarm durumundayım, her an bir kötülük gelebilir. Sanki araba kullanırken bir yerden bir psikopat çıkabilir gibi geliyor... Hep bir tehlike var gibi geliyor. Kendimi korumak istiyorum. Birinin beni korumasını istiyorum. Korumaları için onlara mesaj vermeye çalışıyorum (21)”

4.1.3.5 Yanlış Yapan Ceza Görmeli

Latife'nin çocukluk öyküsünde cinsel ve fiziksel istismarda bulunarak kötüye kullanan baba; fiziksel istismarda bulunan, ihmal eden, korumayan, yardım etmeyen anne ve yakınlar olmak üzere kötüye kullanıma ortak olmuş insanlar bulunmaktadır. Bu insanlar yaptıklarından dolayı ceza almamışlar ve Latife için adalet yerini bulmamıştır. Latife bu adalet ihtiyacını “Yanlış yapan ceza görmeli” olarak dile getirmektedir.

“Baba yanlış yaptı ama anne onu boşamadı, ceza vermedi ona, haddini bildirmedi. Yaptığı normalmiş gibi yüzünüzce bizimle yaşamaya devam etti. İsteddiği zaman karıştı, istediği zaman dövdü. Kimse haddini bildirmedi ona (6)... Baba kanser oldu, öldü ama bu ceza değil ki. Biz onun hayatından çıkmalıydık, ceza bu olurdu. Beni kaybetmeliydi, ailesini kaybetmeliydi (6)... Biri yanlış bir şey yaptığı zaman ceza görmeli, kim olursa olsun. Ceza görürse bir daha yapmaz (6)... İş hayatında insanlar katakullu yapıyor, sıkıntı yaşıyorum. İşini iyi yapmayan herkes için bir ceza olması gerekir (5)”

4.1.4 Tema 4 - Çok Değersizim

Latife eşiyle 23 yaşında evlenmiştir ve 20 yaşında üniversitede okuyan bir kızı bulunmaktadır. Latife terapiye başladığında birkaç gün önce eşinden ikinci kez boşandığını açıklamıştı. Değersizlik, sevildiğini hissedememe ve yoğun yalnızlık duyguları Latife'nin yaşamında en fazla eşiyle olan ilişkisinde ortaya çıkmaktadır.

“Eşim seni seviyorum dediğinde hiç emin olamadım bundan. Emin olmak istiyorum hep emin olmak istiyorum, bu hep var benim hayatımda (3)... Bugün de öyle, değer verdiğini görmek istiyorum hep, teyit etmek istiyorum. Değer veriyorsa gösterir diye düşünüyorum, söylemesi yeterli değil (4)... Hep yapmadığı şeyler var gibi geliyor bana. Eksik olan... İlgilenmediği... Hep bu

duyguyu taşıyorum ve çok kızıyorum ona (11)...Geçen akşam işten çıktım. Hava soğuktu, otobüs de gelmedi. Soğukta eve yürüdüm. Çıkış saatimi biliyor, beni arayıp sorabilirdi, işten gelip alabilirdi. Düşünceli biri değil (12)”

Terapi boyunca eşi ile ilişkisi devam etti, ancak bu ilişki boşanmadan önce olduğunu iddia ettiği gibi dalgalı bir seyir izledi. Latife eşi ile olan bu dalgalı ilişkiye “ergen ilişkisi” adını verdi. Aynı dalgalı seyir terapi boyunca da devam etti. Eşi ilk başta haftada birkaç kez eve gidip geldi, daha sonra Latife’nin talebi üzerine birlikte yaşamaya başladılar. İki kez boşanmış olmalarına rağmen kopmamak, eşinin istediği zaman gidip gelmelerine sınır koyamamak veya koymak istememek bu ilişkide göze çarpan temel motif oldu. Aşağıda seanslar arasında ilişkinin nasıl dalgalandığına dair ifadeler yer almaktadır:

“Aramız yine iyi değil. Ama ayırlamam. Şu anda varlığı bile yetiyor....Kötülük yapsa bile biriyle olan ilişkim devam edebiliyor benim. Sırf insan olduğu için. Ben celladıyla büyümüş biriyim. Baba benim celladımdı ama ben onunla yaşamak hatta onu sevmek zorunda bırakıldım. Kötü biriyle savaşmayı ama sarılmayı da öğrendim (21)”

“Bana dün evlenme teklifi etti. Kafam karıştı, bilmiyorum. Tekrar bir şans vermek doğru olur mu. Ancak belli şartlarda. Belki onun da terapiye gitmesi gerekir. Ben de ondan çok şey beklemişim aslında. Annem babam kardeşim olmasını istemişim (23)”

“Ondan gittikçe uzaklaşıyorum. Ama gitmesini de istemiyorum (24)”

“Onunla ilişkimiz şu an stabil. İkimiz de daha dikkatli davranıyoruz. Kızımın yurt dışına gidişinden sonra daha rahat iletişim kurabildiğimi fark ettim. İçimde tutmayı söyleyiyorum her şeyi (30)”

“Cumartesi akşamı kavga ettik. Bizim sonumuz yok dedi. Evlenmeyi bekleme dedi (31)”

“Onsuz yapamıyorum olmuyor, nefes alamıyorum. Ciğerlerime bir şey batıyor. Gidiyor geliyor. Konuşmuyoruz ama onun oluşu bana yetiyor (32)”

Latife ilişkide değer verilmek isteği ile ilgili ihtiyacını ortaya koymamakta çünkü eşinin onu terk edeceğinden korkmaktadır. Bazen de eşinden değer görmek için aşırı

talepkar olmaktadır. Aşağıdaki ifadeler bu iki uç noktadaki davranışa örnektir:

“Balık akvaryumuna bir yazı yazdım koydum geçen gün... Beni sev, bana iyi bak... Belki görür anlar diye düşündüm... Sonra aldım yazıyı o görmeden (38)...”

“Yeterince sevilmediğimi düşünmek beni öfkeliendiriyor. Her iki boşanmada da aynı şeyi yaşadım. Eşimle evlenmeden önce hamile kalmıştım ve onun benimle bu yüzden evlendiğini düşündüm uzun zaman. Çünkü o hamile olduğumu ilk öğrendiğinde baba olmaya hazır olmadığını söylemişti. Ben de bebeği her şekilde doğuracağımı söylemişim. Sevildiğimi hissetmiyordum. Kızım doğduktan sonra bir gün eşim kızımı nasıl emzireceğime müdahale etmişti. Büyük bir öfkeyle mahkemeye başvurdum ve boşanma davası açtım. Eşim çok oldu. İkincisinde de iletişim kuramamak, sevildiğimi hissetmemek beni o kadar öfkeliendirdi ki, bir gün eve geldiğinde yastığını yorganını yataktan başka yere attım. Beni evden kovuyor musun dedi. Sustum. Bir süre sonra kendisi boşanmak istediğini söyledi (24)”

4.2 Danışanın Terapi Sürecini ve Değişimi Anlamlandırması

Latife'nin yaşadıklarını anlamlandırması süreç içerisinde değişime uğramıştır. Bu bölüm anne-baba ile olan ilişki ve duygulardaki değişimi, değişimden kaynaklanan rahatlamayı ve tedirginliği, son olarak da teslim olduğu ilişkilerin farkına varmasını göstermektedir.

Latife terapisinin başında, yaşadıklarını anlamlandırabilmek için kendi kendine çok çalıştığını, sonra anne-babayı affetmeye karar verdiğini, dolayısıyla kendi başına hallettiğini ve sorunlarını çözdüğünü söylüyordu. Kendisinin de psikoloji ile çok ilgili olduğunu, çok okuduğunu, onun sorunlarını çözebilecek herhangi bir psikoterapi yöntemi olmadığını düşünüyordu. Latife'nin terapiye başladığı dönemde en belirgin düşüncesi terapisinin işe yaramayacağı idi. Terapisinin işe yaramayacağı ve sorunları kendi başına hallettiği düşüncesi oldukça uzun sürdü. Bu düşünceler onun aktif olarak terapiye katılmaktan kaçınmasına neden oluyordu. Bu temaya rengini veren kavram örtmekti ancak kendisi hiçbir şeyi örtmediği konusunda ısrarlıydı. Süreç içerisinde anne-babayı affetme ve terapisinin işe yaraması ile ilgili düşünceler değişime uğradı. Bu bölümde 4 ana tema belirlenmiştir: “Ben Onları Affettim”, “Baba ve Annenin Sonu”, “Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum”, “Orkidenin Dallarını Budama Zamanı”.

4.2.1 Tema 1 - Ben Onları Affettim

Latife terapiye ilk başladığı dönemde anne ve babayı affettiğini söylüyordu. Onları affetmesi gerektiğini, yaşadıklarını ancak bu şekilde anlamlandırabildiğini ve rahat hissettiğini ifade ediyordu. Latife “ben sorunları halettim” derken aslında kabuk tutmuş bir yarayı tekrar kanatmaktan korkuyormuş izlenimi uyandırıyor. Terapi boyunca dile getirdiği şu cümleler onun sorunları gün ışığına çıkartmaktan ve tekrar çözüm bulamamaktan korkusunu göstermekteydi.

“Bu yaşta tekrar bu terapi işini çıkardım, belki de hallettim, gerek var mıydı (5)... Terapi işe yarayacak mı bilmiyorum (2)... Terapi bende oluşmuş zararları terapi ortadan kaldıracak mı emin değilim. Aslında çok zararları oldu mu onu da hala düşünüyorum. Bu kadar her şeyi kabul etmişken. Sanki ben o olaylardan özgürleşmişim gibi geliyor. Kendimde böyle bir travmatik durum hissetmiyorum. Etkilerini yaşadım yıllarca ama ben onlardan aşama aşama kurtuldum. Annemi kardeşlerimi affettim ben. Kimseye kızgın değilim (4)... Merak ediyorum aslında. Sizin düşündüğünüz gibi örttüğüm bir şeyler var mı, örttüysem neleri örtmüşüm merak ediyorum (4)...Tekrar aynı şeylerle uğraşmak ürkütüyor beni. Bir süre önce yoğun bir depresyon yaşadım. Tekrar öyle olur diye korkuyorum. Dibe vurursam ve çıkamazsam (4)... Affetmezsem başa çıkamam. Hayata tutunamam (5)”

Latife acı veren duygulardan uzak durmak için affetmeyi tercih ediyor olabilirdi. Uzun süren bilişsel müdahalelerle “affetmenin” aslında yaşanan travma ile tekrar karşılaşmaktan korkmak olduğu, üstünü örtmeye çalıştığı ve bir kaçınma davranışı olduğu çalışılsa da, Latife buna uzun süre karşı çıktı, anne babayı gerçekten affettiğini, artık bir şey yapmaya gerek olmadığını söyledi. Affetmek düşüncesi ona bu meselenin bitmiş olması gibi geliyor ve kendini rahatlatmasını sağlıyordu.

Terapi ilerledikçe Latife affetme konusunda yanıldığını fark etmeye başladı. Bir seansta anne ve baba ile çocukluk imgelemeleri yaparken yoğun öfke çıkışı yaşamış, bu öfke bazen haftalarca sürmüş, seans aralarında hafta boyunca öfke çıkarmaya devam ettiğini terapistle mesaj atarak dile getirmiştir.

“Ben sanırım affetmemişim ikisini de. Şimdi düşünüyorum da birkaç yıl önce depresyona girdiğim dönemde hep bunu düşündüm. Böyle içimden bir şey dışarı çıkmak istiyordu. Ben onları affetmeyi seçtiğimi ama affedemediğimi fark ettim o zaman (4)”

Yaşadıklarını anneye anlattıktan sonra annenin inanmaması, harekete geçmemesi ve Latife'nin yanında durmaması, onun anlaşılmayacağını düşünerek insanlardan ve duygularından uzaklaşmasına ve içe kapanmaya başlamasına neden olmuş olabilir Latife'nin bu kaçınma davranışı baba tacizini anneye anlattığı 10 yaş civarında başlamış ve terapiye başladığı 43 yaşına kadar aktif kalmıştır. İmgeleme çalışmalarımızda bu davranış travmatik anılara ulaşmamızı engelleyen, terapötik ilişkiyi ve terapi sürecini etkileyen en önemli unsur olmuştur.

“Onları hatırlamak beni sıkıştırıyor, baskı altına alıyor. Sanki bir yere sıkışır nefes alamazsınız ya, öyle işte. Baba üzerime gelip sıkıştırıyordu ya beni, belki ondan öyle. Kapalı alanda kalmak rahatsız eder hep beni, çaresiz hissedirim. Bir baskı hissi. Sıkışma hissi (13)... Eşim bazen sana ulaşamıyorum, içine kapanıyorsun anlayamıyorum der. Birdenbire yok oluyorum sanırım (8)”

Sıkıntı veren duygulardan uzaklaşmanın ve örtmenin yolu keyif veren başka duygulara yönelmek olabileceğinden Latife'nin geçmişinde de aşırı kilo alıp verdiği dönemler olmuştur.

“Deli gibi yemek yediğim dönemler oldu. Çok kilo aldım. Bunun ruhsal bir şeyden olduğunu fark ediyordum. Ben normalde TV izlemem, sürekli survivor izliyordum. Evden hiç çıkmıyordum (7)”

İmgeleme çalışmalarında kaçınma davranışları çok ön planda olduğundan duyguların açığa çıkmasını sağlamak uzun süre mümkün olmamıştır.

“Terapist: Latife, annene, sana inanmadığını ve anlamadığını, hiçbir zaman korumadığını söylemek ister misin?”

Latife: Yok söylemek istemem şu anda. Artık onu kırmak istemem. Bunları tekrar yaşamasını anlamlı bulmuyorum. Söylemek intikam almak gibi geliyor. Şu an intikam almak istemiyorum... Zaten ne zaman söylemek istesem hep kendini savunmaya geçti. Sonra kavgalar başladı. Dinlemediği için ben de her fırsatta kavga ediyordum. Yine değişmedi bir şey. Ben de artık söylemekten vazgeçtim...Ben anneme düşündüklerimi söylemek isterim de bu saatten sonra onu kırmak, her şeyi yıkmak. Ne bileyim. O hesaplaşacak güçte değil belki de (22)... 67 yaşında bir kadına bu kadar yılın şeyini söyleyemem... İçimde o kadar çok öfke var ki, söylersem yığılır kalır gibi geliyor (21)”

Latife duygulardan kaçan bir yanı olduğunu uzun süre kabul etmese ve “ben hiçbir şeyden kaçmam, her şeyin üstüne giderim” şeklinde düşünse de sandalye çalışmaları faydalı olmuş, bu yönüyle yüzleşmiş ve duygularını sakladığına dair terapistle fikir birliğine varmıştır:

“Bir süredir duygularımı yaşamıyor muyum diye düşünüyordum... Evet yaşamıyor muşum gerçekten... Eşime de öyle... İçimden o kadar çok şey geçiyor ki söylemek istediğim ama hiç söyleyemediğimi fark ettim. Anneme de öyleymiş, anneme bir şey söylemek istemem diyorum ama aslında söylemeye kalksam sanırım bomba gibi patlarım (16)... Ne zaman bir şey söylemeye çalışsam hemen tersine döndürdü meseleyi. Öfkelenmeler, bağırılmalar, çağırılmalar. Pat diye düşer bayılırdı bir de. Kendini korumak için herhalde. Ben de bir süre sonra üstüne gitmekten vazgeçtim zaten. Hiç söylememeye başladım (23)”

Duygularıyla karşılaşmaya başlaması Latife'nin değişim yaşamaya başlamasına yol açmıştır. Seans aralarında öfke çıkışları devam etmiş ve bunu zaman zaman terapistle yazarak paylaşmıştır.

“Geçen seanstan sonra anneme çok dolduğumu fark ettim. Evde kızıma anlatmaya devam ettim. Çok öfkeliydim. Kafasını şişirmek istemesem daha devam edecektim ama. Hatta bana “anne bunları terapistine de söyledin mi” dedi (22)... Anneme şundan dolayı da çok kızgınım. Nasıl öyle bir adamı eş ve baba olarak seçti. Bunun kızgınlığı da var. Nasıl bir adam olduğunu biliyor. Nasıl bir şuarsuzluk. Adam zıpır zıpır, hiç yerinde duramayan biriymiş. Kendi hırsı uğruna 3 çocuk feda etti. Nasıl öyle birini seçti, of çok kızgınım anneme (29)”

4.2.2 Tema 2 - Baba ve Annenin Sonu

İmgeleme çalışmalarında Latife'nin babaya duyduğu öfke rahatlıkla çıkmıştır. Bir taciz anısını imgeleme ve yeniden senaryolaştırma esnasında, terapist çocuk Latife'yi babanın saldırısı başlamadan ortamdaki alıp araya cam separatör koymuş, kendisi rol model olarak babaya öfke çıkarmış ve polis çağırarak babayı teslim etmiştir. Latife bu deneyim karşısındaki duygularını şöyle aktarmıştır:

“Terapist: Latife ne hissediyorsun?”

Latife: Değişik... Kendimi güvende hissetmenin ne demek olduğunu fark ettim ilk defa. Tadını çıkarmaya çalışıyorum.

Terapist: Korunmak, kollanmak iyi geldi mi?

Latife: (şiddetli ağlama)... (sessizlik)... Bunu kimsenin yapmamış olmasına inanamıyorum. Hadi anne baba hastaydı, diğer herkes de hasta mıydı. Öğrenen hiç kimse yardım etmedi. Şimdi siz beni korurken fark ettim, hayatta ilk defa korundum ben. Güneş ışığı gibi geldi bu bana. Sıcacık (18)”

Bu seanstan sonra Latife'nin babaya duyduğu öfke, zaman zaman imgeleme çalışmaları ile kontrol edilmiş, herhangi bir öfke çıkışı gözlenmemiştir.

Latife terapiye başladıktan sonra uzun bir süre anne ile yüzleşmenin bir işe yaramayacağını savunmuştur. Anneye öfke çıkarma konusundaki direnç örttüğü duyguların yoğunluğuna işaret edebilir. İlk olarak 19.seansta Latife kaçınmayı durdurmuş, çocuk Latife olarak anne ile yüzleşmiş ve daha önce kırmaktan korktuğu anneye karşı yoğun öfke çıkışı olmuştur. Öfkelenmeler diğer seanslarda da devam etmiştir.

Anneden sevgi ve destek alamayan Latife, buna rağmen anne olan ilişkiye devam etmiş, onu hayatından çıkaramamıştır. Latife adeta kendisini bir türlü sevmeyen anne tarafından sevilme için beklemiş ve savaş vermiştir. Ancak anne tüm bu çabalara rağmen Latife'nin yanında olmamış, onu anlamamış ve desteklememiştir. Latife duygusal olarak beslenmediği halde, “belki bir gün” umuduyla annesi ile ilişki içinde kalmaya, sevgi beklemeye devam etmiştir. Annesi onu sevmedikçe, o sevilmeyi beklemiştir. Latife'nin duygusal ilişkilerinde de aynı örüntü göze çarpmaktadır. Latife annesi ile olan ilişkisinin diğer ilişkilerini nasıl belirlediğini şu şekilde yorumlamıştır:

“Terapist: Sizce anneniz ile kurduğunuz bu ilişki ile bugün kurduğunuz ilişkiler arasında bir benzerlik var mı?

Latife: Galiba eşimle olan ilişkim de böyle. İş hayatımda da öyle. Biri benimle ilgilenene kadar savaşıyorum. Ama olmuyor. Boşa kürek sallamak gibi. Nasıl annemden bir şey elde edemedim, onlardan da elde edemiyorum. Hep savaş hep savaş (20)”

Latife annesi ile olan ilişkisini bitirip bitirmeme konusunda uzun zaman tereddüt yaşamış, bazen bu tereddüt aynı seans içerisinde bile gözlenmiş, anneden uzak durmakla ilişkiyi devam ettirmek arasında kararsız kaldığı görülmüştür.

“Anne... Sen benim sevebileceğim bir insan değilsin normalde. Ama bir şekilde sevmeye çalıştım ya da bilmiyorum onun adının ne olduğunu. İnanamıyorum senin benim annem olduğuna. Ama bu çok enteresan. Senden uzaklaşmaktan da korkuyor gibiyim. Kopamıyorum. Önceden bitirmeliydim. Zamanında bitirmediğim için şimdi bitirmek çok saçma olacak ama bitirmeliyiz galiba. Bu saatten sonra. Bilmiyorum. Karar veremiyorum. Geçen sefer seviyorum dedim ama düşündüm. Sevsem anneme bir şey olsa üzülürüm. Ama çok da üzülmem. Özlemem yani onu şey yapmam, normal birinin annesinin öldüğü gibi, anne çok önemlidir. Öyle bir şey hissetmem herhalde (22)”

Seanslar ilerledikçe Latife'nin annesine karşı olan duyguları netleşmeye başlamıştır:

“Terapist: Anneye karşı hislerinizi anlamlandırmaya çalışıyoruz bir süredir. Bazen seviyorum diyorsunuz, bazen nefret ediyorum diyorsunuz, 67 yaşında bir kadın üstüne gidersem kaldıramaz diyorsunuz. Karmaşık duygular değil mi...”

Latife: Evet sevdiğimi düşünüyordum onu. Burada irdeledikten sonra artık bir şey ifade etmediğini fark ettim. Ben hayatımda hiç kimse kalmadığı için ona tutunmuşum (23)”

Latife 24.seanstan önce telefonda mesaj atarak anne ve baba ile ilgili sürekli imgeleme yaptığını, yoğun öfke çıkışı olduğunu, her imgelemenin sonunda onlara hakaret ettiğini söyledi. Latife seansa geldiğinde son derece yorgun, solgun ve mutsuz görünüyordu. Bu durum terapistte bir kaybın arkasından tutulan yası düşündürdü. Latife annesinin onu hiç sevmediği gerçeği ile yüzleşerek bu konudaki son umudunu da kaybetmiş görünüyordu.

“Çarşamba akşamı “Hayatı Yeniden Keşfedin”i okurken birden imgeleme yapmaya başladım. Size de yazdığım gibi. Şeyy... Ya gittikçe uzaklaşıyorum zaten. Okurken de anladım, bayağı bir üstünü kapatmışım ben bunun. Olduğu gibi kabul etmeye çalışmışım.... Dedim ki ne sıkıntınız vardı bana böyle bir hayat yaşattınız. Duygusal yoksunluk bölümünü okudum kitapta, 163.sayfa mesela. Şey diyor. Aşırı ihmal edilmişseniz. Kendimi anneme yakın hissediyor muyum, onu seviyor muyum, ona ne hissettiğimi söyleyebilir miyim. Hayır hayır hayır hepsi hayır. Offf... Bunları okudukça içim boşaldı sanki... Hiçbir şey yokmuş, tutunabileceğim hiçbir şey yokmuş. Bu kadar mı yok dedim. Bu kadar mı sevmemiş beni... (ağlıyor) (24)”

Latife seans boyunca yoğun bir üzüntü ifadesiyle “annem beni bu kadar mı sevmemiş” sözünü tekrarladı.

“Ne acı. Bu kadar mı sevmemiş. Ben bunu telafi etmeye çalışmışım bir şekilde. Son 20 yıldır kapatmaya çalışmışım. Üzerinde hiç düşünmemişim. Çok can acıtıcı...İçim ürperiyor. Çok yalnızım. Onlarla olsam, hayatımdan çıkarmasam bile yalnızım. Hayatıma bir katkısı yok annemin. O da yok, o da yok. Sinir bozucu. Bunca yıl bir ilişkim olsun diye uğraştım ya. Şimdi siz bana bir şablon verdiniz ve olması gerekeni gördüm. Ama aynı zamanda olmadığını hem de hiç olmadığını da gördüm (24)”

Bir sonraki seans ve takip eden birkaç seans Latife'nin anne olan ilişkisini yorumlaması ve annesinin kendisini hiçbir zaman sevmediğini kabul etmeye çalışması devam etti.

“O hep mağdur rolünde olduğu için üstüne gidemedim. Halledemeyeceğimizi bildiğim için uğraşmadım sanırım. Seviyormuş gibiydi sanki, tamam beni tamamen sevdiğini hiç düşünmedim ama. Yine de...Tamam eksiklerini biliyordum, seziyordum bir şeyler olduğunu ama, bu bildiğimi yok saydım sanırım. Hiç sevmemiş beni. Çok yazık (25)”

25. seansta anne ile ilişkinin anlamlandırılması iyice derinleşti ve farkındalık oldukça arttı:

“Ben anneye anlatmaya çalışmaktan, hesap sormaktan yorulmuşum ve beyaz bayrak çekmişim. Savaşmaktan vazgeçip teslim olmuşum. Öyle kabul etmişim annemi. Savaşı durdurup iyi duygularla devam edelim demişim. Normal bir anne gibi kabul etmişim onu... O da baba ölünce mevzu kapandı diye düşündü. Artık beni onunla bir araya getirmeyecek, aynı evde yaşamaya mecbur etmeyecek, konu kendiliğinden halloldu diye düşündü. Ama görünürde bitti bunlar, iç dünyamda bitmedi. Aklıma geldikçe savaş yeniden başladı...Yüzleşmeler, öfkelenmeler... Öfkelenmeler de bir işe yaramayınca bu öfke bana zarar vermesin diye bir kenara koydum... Annemin iyi bir insan olmadığını görüyorum ve bu zor geliyor bana. Bunu kabul etmek zor. Ben onu her çocuk gibi iyi bir insan olarak düşünmek istedim. İyi bir anne değilse iyi bir insan da değil o zaman. Bunu kabul ediyorum sanırım şu an. Sen iyi biri değilsin anne (25)”

26. seans Latife annesi ile olan ilişkisini bitirmiş görünüyordu.

“Beni hiç sevmemişsin anne. Artık ölsen üzülmem anne (26)”

Bundan sonraki seanslarda Latife uzun süre annesi ile herhangi bir konu getirmemiş, ilgili sorulara “annem artık benim için yok” yanıtını vermiştir. Latife 44. seansta annesi ile ilgili yorumlamasına şu sözlerle yeni bir boyut getirmiştir:

“Babam benim celladımdı diye düşündüm hep. Şimdi fark ediyorum..... benim celladım babam değil annemmiş, ben babadan kaçıp anneme esir olmuşum (44)”

4.2.3 Tema 3 - Bulutlar Dağılıyor Ama Korkuyorum

İmgelemeler, sandalye çalışmaları ve öfkelenmeler etkisini göstermiş, yoğun duygu çıkışlarını takiben Latife bu dönemi bulutların dağılıyor olmasına benzetmiştir.

“Bastırdığım öfke çıktıkça karanlık açılıyor gibi geliyor, bulutlar dağılıyor.... Sanki her şeyi bir kutuya koymuşum, şimdi kutu açıldı, her şey dağıldı. Ama bir yandan da bu dağınıklığı toplayamazsak diye korkuyorum (24)... Geçmişin içine giriyoruz. Öfke çıktıkça rahatladığımı, hafiflediğimi, mutlu olduğumu ve geçmişten arındığımı hissediyorum. Ama yine de, dağıtırsak toparlayamamaktan korkuyorum (25)”

Latife'nin “dağıtırsa toparlayamama” korkusu bir süre devam etmiş, terapiye çekimser yaklaşımı bu sözlerde olduğu gibi kendini dönem dönem göstermiştir. Ancak travmatik çocukluk anılarına odaklanarak imgelemeler ve yeniden senaryolaştırma çalışmaları devam ettikçe ve Latife bu senaryolarda terapist veya başka biri tarafından kurtarılıp “mutlu son” gördükçe yaşadıklarını siyah bir kuyudan çıkmaya çalışmak ve kuyunun ucundaki ışığı görmek olarak yorumlamıştır.

“Daha bir özgür hissetmeye başladım. Daha rahatladım. Siyah bir kuyunun içinden dışarı çıkarılıyorum gibi hissettim. Kuyunun ucundaki ışığı gördüm sanki (26)... Geçen hafta buradan çıktıktan sonra ayaklarım neredeyse havada gittim. Annemin beni babadan kurtardığı imgeleme çok mutlu etti beni. Sanki gerçekmiş gibi geldi. Annemi arayacaktım. Telefonu çıkardım. Sonra tekrar çantama geri koydum. Gerçekten o yapmış gibi hissettim, çok hoşuma gitti. Üstümden bir yük kalktı gibi. Ona olan öfkem gitti sanki (26)... Şu annemin beni babadan kurtardığı imgeleme var ya. Sonrasında içimden bir kuş uçtu sanki. O zamandan beri iyi duygu bende devam ediyor. O gün buradan oynayarak çıktım. Uça uça gittim. Seke seke gittim. Anneye artık bir şey söyleme ihtiyacım kalmadı. Anneyle ilgili herşey bitti benim için, rahatlatan bir duygu oldu. Sigara içip rahatlamak gibi sanki (28)”

İlerleyen seanslarda toksik çocukluk deneyimleri ile olan bağlarının zayıfladığına ve özellikle anne ile yaşadıklarının anlamlandırılmasına dair sinyaller oldukça umut verici idi ve terapinin işe yaramayacağına dair endişelerle dolu seanslardan sonra Latife ilk defa 29.seansta “terapi galiba işe yarıyor” dedi.

“Onlar benim hiç annem babam değilmiş gibi hissediyorum, bağ hissetmiyorum aramda. Onlar başkaları ben başkasıyım, aramızda bir şey yok gibi geliyor. Bir şey ifade etmiyorlar bana. Bir yandan kötü bu, yıllarca bana ifade etsin diye uğraştım ama şimdi varlığı yokluğu aynı. Boşluk hissediyorum ama kötü bir boşluk değil...Elimde bir oyuncak vardı bıraktım ve elim boşaldı gibi...Sigarayı bırakmak gibi belki de, üzüntü vermiyor ama boşluk işte... Babayla ilgili olan imgelemede de, bir ağırlık çıktı içimden çok iyi geldi.. İmgelemenin bu kadar işe yaradığını gördüm daha önce çok inanmıyordum çünkü... Terapi işe yarıyor... Anneye bir şey söyleme ihtiyacım kalmadı artık (29)... Şimdi içimdeki çocuğu dışarı çıkarma zamanı... Onu biraz daha anlamam lazım...Eskiye göre biraz daha keyif veren şeyler yapmaya çalışıyorum (30)”

4.2.4 Tema 4 - Orkidenin Kuru Dallarını Kesme Zamanı

Latife bir süre sonra bir seansa geldiğinde şu hikayeyi anlattı:

“Ben orkideleri çok severim. Evde bir sürü orkidem var. Ancak açtıktan bir süre sonra bir daha eskisi gibi açmaz oluyorlardı nedense. Geçen gün bir arkadaşım geldi, orkideleri gördü ve “eğer orkidelerin tekrar açmalarını istiyorsan onların kuruyan dallarını kesmen gerekir” dedi. Benim de üzerimde bir sürü kuru dal var. Kurumuş dalları kesme vakti geldi (35)”

Latife uzun bir şekilde yenilenme ihtiyacından bahsetti ve annesini hayatından çıkarmış olmanın cesaretiyle artık diğer kuru dalları da kesmeye hazır olduğunu söyledi. Latife 40. seansa geldiğinde davranışlarından rahatsızlık duyduğu, toksik olduğunu düşündüğü eski bir arkadaşı ile ilişkisini bitirdiğini açıkladı. Bu kararı nasıl aldığı sorulduğunda, annesiyle olan ilişkisini bitirdiği için kendine zarar veren ilişkileri bitirmeyi öğrendiğini söyledi.

Latife terapisinin bundan sonraki bölümlerinde anneye ilgili herhangi bir konu dile getirmemiş, anne ile ilgili sorulara “artık benim için bir şey ifade etmiyor, öfke duymuyorum, hiçbir şey hissetmiyorum ona, benim için bitti” diyerek cevap vermiştir.

4.3 Terapistin Terapi Sürecini Anlamlandırması

Bu bölüm, Latife'nin yaşanmış enest deneyimini ve enest sonuçlarının bugünkü yaşantısı üzerindeki sonuçlarını terapist olarak anlamlandırmamı içermektedir. Latife'nin toksik çocukluk deneyimlerine bağlı olarak şekillenmiş olabileceğini düşündüğümüz borderline kişilik örüntüsünün terapötik ilişkiye etkileri ve benim şemalarım ile etkileşime girmesi temaya rengini veren ana unsurlardır. Zarar görmüş,

ihmal edilmiş Latife'ye karşı duyulan şefkat, kaçınma tepkilerinin aşılmasındaki zorluklar, katı düşünce tarzına bağlı olarak kendi doğrularının peşinde koşması ve terapist olarak doğruları gösterme çabaları ve terapötik ilişkiyi kırılmalardan koruyabilmek için gösterdiğim çabalar bu bölümün içeriğini oluşturmaktadır.

Bu bölümde 4 ana tema belirlenmiştir: "Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş", "Keşke Annen Ben Olsaydım", "Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak" ve "Fırtınaya Yakalanmış Teknenin Kaptanı".

4.3.1 Tema 1 - Elimin Üzerindeki Ürkek Kuş

Latife'nin kaçınmacı davranışları benim için oldukça zorlayıcı bir döneme neden oldu. Latife bana elimin üzerine konmuş ürkek bir kuş olduğunu ve onu ürkütürsem kaçabileceğini düşündürdü. Birçok imgeleme çalışmasını hatırlamadığı gerekçesiyle yarıda bıraktı veya imgeyi tam olarak yaşamak yerine dışarıdan biri gibi anlatmaya çalıştı. Bununla birlikte Latife'nin genellikle kısık ve tek düze olan ses tonu, duygulanımdan uzak yüz ifadesi, terapi odasında sanki terapist yokmuş ve kendi başına konuşuyormuş tavrı, ikimizin arasında bir sis perdesi olduğu izlenimi uyandırdı.

Aşağıdaki seansta Latife ile metakomünikasyon yaparak ona kaçınmacı tavrının bana neler hissettirdiğini aktarmaya çalıştım:

“Terapist: Benimle olan ilişkinizde bir mesafe hissediyorum. Benimle bütün hikayenizi paylaşıyorsunuz ama bazen aramızda bir sis perdesi var gibi geliyor. Size de öyle geliyor mu?

Latife: Öyle mi?

Terapist: Bu da bir tür kaçınma gibi sanki, ben öyle algılıyorum. Duygulara tam temas edemiyoruz diye düşünüyorum...

Latife: Bilmem

Terapist: Mesela bundan önceki seansa, başvurduğunuz işten red cevabı geldiği için, önce kırılğan Latife modunuz geldi. Sonra kopuk korungan mod devreye girdi. Tüm seans boyunca benimle hiç temas etmediğinizi hissettim. Sanki avucumda ürkek bir kuş olduğunu ve her an uçabileceğini düşündüm. Açıkçası terapiyi bırakabileceğiniz hissine kapıldım. Bunu sizinle paylaşmak istedim bu seans... Siz ne düşünüyorsunuz?

Danışan: Yok terapiyi bırakmam da. İşe yarayacak mı diye düşünüyorum. Yani sizinle alakası yok (7)”

Latife terapinin başlamasından sonra yaklaşık 4-5 aylık bir süre kaçınmacı tavırlar sergilemeye devam etmiş, terapinin işe yaramayacağı konusundaki endişelerini sıklıkla dile getirmiş, seans gün ve saatleri konusunda uyumsuzluk göstermiş, terapist uzun bir mesafeden sorun yaşamadan gelebiliyor olmasına karşılık kendisi kar yağışını bahane ederek veya uyanamadığı için bazı seanslara gelmemiştir. Hayatı yeniden keşfedin adlı kitabı okumak, kendisinde olan şemaların adını ve içeriklerini öğrenmek gibi ödevleri yapmamış, nedenini de işten veya sosyal programlarından dolayı fırsat bulamamak olarak öne sürmüştür. Latife'nin imgelemeler, öfke çıkışları ve yeniden senaryolaştırmalarla birlikte terapistte olan güveni artmış ve kaçınmacı davranışlardan yavaş yavaş uzaklaşmaya başlamıştır:

“Gittikçe daha iyi hissediyorum. Bir kere size olan güvenim artıyor. Burada yaptıklarımızın boşa çıkmayacağını hissediyorum, inanıyorum ona yani.

Terapist: Terapinin başlarında sizden sürekli şunları duyuyordum: Terapi işe yarayacak mı? Ben zaten hallettim. Kendim de çok çalıştım. Bence fazla hasar yok. Bu sözleri hatırladınız mı?

Latife: Evet evet. Herhangi bir psikolojik yöntemin benim durumumu iyileştirebileceği konusunda tereddüdüm vardı. Bir sürü şeyin farkında olduğumu düşünüp aslında bir o kadar da olmadığını fark ediyorum. Siz beni çok iyi tanımaya başladınız o da beni çok mutlu ediyor, çünkü olmayan bir şeyden bahsetmiyorsunuz. Dün bir arkadaşıma sizden bahsederken size ne kadar inandığımı fark ettim. Umursandığımı görmek beni mutlu ediyor. İyi ki rastladım size (20)”

4.3.2 Tema 2 - Keşke Annen Ben Olsaydım

Latife'nin ağır istismar öyküsü, yalnız bırakılmışlığı, korunmamış ve sevilmemişliği terapi sürecinde beni en çok etkileyen faktörler oldu. Bazı seansların bitiminde duygusal yoğunlaşmaya bağlı olarak şiddetli baş ağrısı yaşadım. Cinsel ve fiziksel şiddet öyküsünü paylaşırken ona sıklıkla yoğun bir şefkat duyduğumu fark ettim. Ayrıca kendimi çoğu zaman şöyle bir düşüncenin içinde buldum: “Latife'nin annesi ben olsaydım, bunları yaşamayacaktı ve bugün böyle bir hayatı olmayacaktı”.

Latife'ye karşı en yoğun şefkati aşağıdaki paylaşımlarından sonra hissettiğimi söyleyebilirim:

“Annem beni bu kadar mı sevmemiş”, “Ölsen üzülmem anne”, “Beni keşke evlatlık verseydiniz”, “Babam benim celladımdı”, “Saldırmadan önce hazırlık yapardı, koltuk, yastıklar... Hissederdim”, “Ne istediniz benden diye sormak istedim onlara rüyamda. Ne derdiniz vardı benimle”, “Kahvemi alır çıkardım evden, o kahvaltı masasında kahvaltı ederdi. Maydonozları, peynirleri... 9 yaşındaydım”

Bu paylaşımlar anne ve babaya öfke, Latife'ye üzüntü ve şefkat duymama ve Latife için diğer danışanlardan daha fazla fedakarlık yapmama neden olmuştur. Özellikle baba ile yapılan bir imgeleme ve yeniden senaryolaştırma çalışmasında babaya karşı yoğun öfke duyduğumu fark ettim.

4.3.3 Tema 3 - Yaramaz Bir Çocuğun Peşinden Koşmak

Latife'nin katı düşünce tarzı terapide en çok karşımıza çıkan ve ilerlememize engel olan özellikti. Bu özellik Latife'nin sadece kendi doğrularının olmasına, dürtüsel davranışlara, en önemlisi ilişkisel sorunlara yol açıyordu. “Yanlış yapan birini görürsem hemen hayatımdan çıkarırım” Latife'nin en sık kullandığı cümle idi ve bunu terapisti için de geçerli olduğunu belirtiyordu. Latife katı düşünce tarzından zaman zaman şikayet etmekle birlikte, bunun küçük yaşlarda geliştiğini, doğruları bulmak için güvенеcek kimse olmaması nedeniyle sadece kendi doğrularına güvenmeyi ve o doğrularda ısrar etmeyi öğrendiğini belirtiyordu. Kontrolü elden bırakır ve başkalarına güvenmeye başlarsa başına felaketler gelebileceğini düşünüyordu.

“Kendi doğrularıma çok güveniyorum. Başıma gelenlerden sonra tek tutunacağım yer kendi doğrularım oldu. Anne beni savunmadı, etraftakiler de öyle. Kendimi tek savunacak kişi bendim. O yüzden kendi doğrularım bana yol gösterir diye düşündüm galiba (8)... Katı düşünce tarzı beni çok yoruyor. Karşımdaki insanları da yorabiliyor. Eşimi de yormuştur sanırım. Benim doğrularım. İşte bazen bencilliğe gidebiliyor mesele. Ortada ben varım, dünya benim etrafımda. Hep kendi açımdan bakmak. Her şeyi ben biliyormuşum gibi olmak. Karşımdakini de beni de rahatsız ediyor aslında. Böyle yapmak istemiyorum ama öyle oluyor. Hayatı akışına bırakmam gerek, her şeyin kendi konforum için olması gerekmiyor (13)...Kimse bana doğru olanı söylemedi, hepsini ben düşündüm, kendimce doğru olan şeyleri kural olarak koydum. Esnemedim sonra da. Kontrolü başkasına hiç vermedim. Eşime de vermedim (13)”

Latife her ne kadar “terapist olarak size güveniyorum” dese de çok da güvenemediği birçok olayda belli oluyordu. İstismar edilmiş bir çocuk olarak başkalarıyla güven ilişkisi kurmakta zorlanıyor, sadece kendi doğrularına güveniyor ve kontrolü hiçbir zaman başkasına bırakmıyordu. Tüm bunları doğrulayacak bir deneyim Latife ikinci işe başladığında yaşandı. Merkezi yurt dışında olan bir personel seçme ve yerleştirme firmasına girdi. Firmanın tek çalışanı patrondu ve Latife ile aynı ofisi paylaşacaktı. Bir görüşmede patron şizofren olduğunu açıkladı. Latife telefonla beni arayarak şizofreninin nasıl bir hastalık olduğunu sordu. Terapist olarak kendisine şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu konusunda bilgi aktarımda bulundum, ilaç kullanımının önemini vurguladım, ilacın bırakılması durumunda halüsinasyonlar ve sanrılar gibi birtakım semptomların ortaya çıkabileceğini, bu semptomların da Latife açısından tehlike yaratabileceğini söyledim. Güvenlik açısından mümkün olduğu kadar ofiste yalnız kalmamaları konusunda uyardım.

Latife 27.seansa geldiğinde patronla ofiste tek başına çalışmaya devam ettiğini ve korkmadığını söyledi.

“Şizofren birinin ne kadar tehlikeli olabileceğini kendim yaşayıp görmek istiyorum. Bana bir şey yapmaya kalksa bile ben onunla başa çıkabilirim. Her şeyle tek başıma başa çıktığım için herhalde deli cesareti var biraz. O noktaya gelince kendimi korurum düşüncesi hakim hep bende. Bilmiyorum, başıma geleceklerin bilincinde değilim belki de (27)”

Latife'nin kendi doğrularına çok güvenmesi, katı düşünce tarzı, mantık süzgecinden geçirmeden karar alması ve dürtüsel olması bana kendimi zaman zaman yaramaz bir çocuğun peşinden koşan anne gibi hissettirdi.

Latife bir seansta artık zincirlerinden kurtulduğunu, ileriye bakmak istediğini, kendisi için yapacağı en güzel şeyin bir meslek edinmek olduğunu söyledi. Psikolojiye olan merakından bahsetti, seminer vermek, okullarda öğrencilere rehberlik yapmak istediğini belirtti. Kendisine bunun çok değerli bir düşünce olduğundan, okumanın yaşı olmadığından, sevilen bir işte çalışmanın her zaman çok motive edici olduğundan bahsettim ve tekrar üniversite okuması için olabildiğince destekledim. Ancak

matematik konusunda zorluk yaşadığını belirterek Psikoloji lisansı okumak istemediğini söyledi.

Aradan bir süre geçtikten sonra mesaj atarak bir üniversitenin klinik psikoloji yüksek lisansı açtığını, ancak tezli mi tezsiz mi yapacağına karar veremediğini söyledi ve bu konudaki fikrimi sordu. Başvurmayı düşündüğü üniversite alan dışından adaylara psikoloji eğitimi vermeden klinik psikoloji eğitimi vermeyi vaat ediyordu. Kendisine programın tezli veya tezsiz olmasından ziyade psikoloji lisansına sahip olmadan klinik Psikolog olunamayacağını, hiçbir ciddi kuruluşun ve meslek odasının bunu desteklemediğini söyledim. En doğru yolun, daha önce de konuştuğumuz gibi önce temel psikoloji okumak olduğunu söyledim. Yazdığı cevap şöyle idi:

“Sanırım tezli veya tezsiz okuma konusunda soruma sizden cevap alamayacağım. Bu ülkede birçok psikolog bu işten doğru dürüst anlamıyor, bu işte kişinin kendini geliştirmiş olması en önemli şey. Bu kadar istekli birinin engellenmesini doğru bulmuyorum. Ben bu konuda ısrarlıyım ve denemek istiyorum (36)”

Latife 44.seansta klinik psikoloji konusunda benim kendisini desteklemeyişimi “yine anlaşılmadım” olarak yorumladı. Terapist olarak en büyük sorumluluğumun danışanlarıma doğru bilgiyi ve yolu göstermem olduğunu söylememe rağmen ikna olmadığı açıktı.

Birkaç seans sonra Latife organik tarım yapmaya karar verdi. Doğada olmanın onu her zaman çok mutlu eden bir şey olduğunu, toprak satın alarak güneye yerleşeceğini anlattı. Ona göre tek sorun eşinin ve kızının onunla birlikte başka bir şehre taşınamayacak olmalarıydı.

Latife'nin belirlediği hedefler gerçekçi değildi ve o hedeflere ulaşmak için gideceği yolları yanlış seçiyordu. İlgileri çoğunlukla tutarsız ve kısa sürede başka bir alana kayabiliyordu. Bu konuda bilgi sahibi olan ve yol göstermek isteyen kişilere de inanmıyordu. “Ben kararımı verdim böyle yapacağım, olacakları kendim görmeliyim” tavrı bana sıklıkla yaramaz çocuk peşinden koşan anne hissi yaşattı ve çoğunlukla onu bir konuda ikna etmek için çaba harcarken buldum.

4.3.4 Tema 4 - Fırtınaya Yakalanmış Teknenin Kaptanı

Latife ile terapiyi yürütmeye çabalamak bana kendimi “Fırtınalı havada tekneyi kıyıya yanaştırmaya çalışan bir teknenin kaptanı” olduğumu düşündürdü. En sakin görünen zamanlarda bile şiddetli bir fırtına çıkabiliyor ve terapötik ittifakta kırılma yaşanabiliyordu. Bu kırılmalara örnek olarak şu olayları verebilirim: Öncelikle Latife ihtiyaçları karşılanmamış bir çocuk olarak sadece kendi ihtiyaçlarının karşılanmasına önem veriyordu. Empatik düşünce yeteneği yok denecek kadar zayıftı. Örneğin seans günlerini ve saatlerini çoğunlukla keyfi bir şekilde değiştirmek istiyor ve benim uygunluğumu önemsemiyordu. Üniversiteye yakın oturuyordu ve kar yağdığında benim uzak bir mesafeden gelmeme rağmen kendisi seansa gelmiyordu. Seansları çoğunlukla Skype ile yapmayı teklif ediyor, nedenini de okula gelmenin programını engellediğini söylüyordu. Latife adeta bir pamuk prenses gibi yaşamak istiyor, sadece kendi isteklerinin yerine gelmesini talep ediyor, ancak diğerlerinin bu ihtiyaçları karşılamak için gösterdiği çabaları görmüyor ve takdir etmiyordu.

Latife'nin büyükenmecî tavırları çok belirgindi ve sürekli psikolojiden anladığını, yaptığımız anlamlandırma çalışmalarının onun için yeni olmadığını, kendisinin zaten bunlar üzerinde uzun zaman çalıştığını söylüyordu.

Latife'nin psikoloji eğitimi almadan klinik psikolog olma konusundaki ısrarı önemli bir kırılma nedeni oldu. Bu konuda onu desteklemediğimi ve anlayışsız davrandığımı düşündüğünü belirtti.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1 Bulguların Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı cinsel istismarlarının büyük bölümünü aile içi cinsel istismar, yani ensest oluşturmaktadır (Bozbeyoğlu ve ark. 2010). Ensest en ağır çocukluk çağı travmasıdır. Çocuğun en güvendiği yakınlarından gelmesi ve tekrarlayıcı olması, ensesti, kompleks travma etkenleri arasında en üst sıraya yerleştirmektedir (Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007). Psikolojik savunma mekanizmaların henüz gelişmediği gelişimsel dönemde yaşanması çocuğun olgunlaşma ve gelişim sürecini etkiler. Mağdur için ensest ve ona karşı geliştirdiği savunma mekanizmaları kişiliğinin bir parçası haline gelir. Bugün birçok kişilik bozukluğunun yanısıra özellikle BKB'nun travmatik bir etiolojisinin olduğu artık açıktır (Van der Kolk, McFarlane ve Weisaeth, 1996).

BKB olan bireylerde bağlanma, güvenlik, öz-düzenleme, otonomi, kimlik formasyonu gibi alanlarda gelişimsel yetersizlikler söz konusudur. Kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar BKB'nun en temel özelliğidir. BKB hastası adeta terk edilmiş çocuk gibidir. Güvenilebileceği, kendisini seven, ilgilenen kimsesi olmamıştır. Yaşam boyu bağlanabileceği, güven veren, ilgilenen bir ebeveyne ihtiyaç duyar. Şema terapide bu ihtiyaç sınırlı yeniden ebeveynlik ile karşılanır. Hasta terapide büyür, sağlıklı erişkinliğe doğru ilerler. Terapist hasta için hiçbir zaman sahip olmadığı ebeveynini simgeler (Young ve ark., 2003; Farrell ve Shaw, 2012).

Bu çalışmada borderline kişilik örüntüsü olan 44 yaşında bir baba/kız ensest mağdurunun ensest deneyimini ve bu deneyimin bugünkü yaşantısı üzerindeki etkilerini anlamlandırması incelenmiştir. Şema terapi sürecinde olan danışan yaşadığı ensest deneyimini ve etkilerini önce terapinin başında, şemalarının süzgecinden geçirerek anlamlandırmıştır. Süreç ilerleyip şema terapiye bağlı olarak şemalar iyileştikçe anlamlandırma da değişmiştir. Çalışmada terapist de ensest konusunda

danışanın yorumu ile kendi yorumunu harmanlamış, ayrıca BKB olan danışanla yaşadığı süreci anlamlandırmıştır.

Bulgular, baba/kız ensestine maruz kalan danışanın baba ile verdiği savaş, annenin durumu öğrendiği zaman inanmaması, yanında durmaması, babaya tepki vermemesi, sevgisini alamadığı anneye tutsak oluşu ve babadan ziyade anneye duyduğu öfke ile ilgili yorumlarını ortaya koymaktadır. Ayrıca yaşadıklarının sonucunun bugüne olan etkileri, ağır değersizlik duyguları, insanlarla ilişkilerde sorunlar, sevgisizlik ve derin mutsuzluk duygularını yorumlaması da çalışmanın diğer önemli sonucudur. Bulgular büyük oranda alan yazınla örtüşmektedir.

5.1.1 Latife'nin Aile Yapısı

Çalışmalar ensestin her ailede görülebilme olasılığına karşın belirli ortak özellikleri olduğunu da ortaya koymaktadır. Babaların kendi anneleriyle bağlanma süreçlerinde sorun yaşadıkları ve az ebeveyn bakımı almış oldukları, empati geliştirmeyi öğrenemedikleri, kendi-odaklı (self-centered) kişiler oldukları bilinmektedir (Fowler, Burns ve Roehl, 1983). Çoğunlukla antisosyal kişilik özellikleri gösterdikleri, dürtü kontrol zayıflığı, madde ve alkol kullanımı, engellenmeyi tolere edememe, zayıf muhakeme gücü, manipülatif eğilim ve sorumsuzluk gibi sorunları olduğu da gösterilmiştir (De Chesnay, 1985; Lanning, 2001; Erdoğan ve ark., 2011). Cinsel istismarda bulunan erkeklerin çocukluk öykülerinde büyük oranda cinsel istismar ve aile içi şiddet görülmektedir (Herman, 1992; Kaplan, 1996; Gaffney, 2003; Aydın ve ark., 2015). Babaların bir kısmı işsiz olup evde oturmaktadır, anne çalışmaktadır (Gündüz, Karbeyaz ve Ayrancı, 2011). Latife'nin ailesinde de baba çoğunlukla işsizdir, anne çalışmakta, Latife ise kız kardeşlerine bakmaktadır. Latife babasının çocukluğunun da ağır istismar altında geçtiğini, tüm yaşamının cinselliğe odaklı olduğunu, sorumsuz, bencil biri olduğunu, alkol kullandığını belirtmektedir. Latife'ye fiziksel şiddet uygulaması (cop kullanarak) antisosyal kişilik yapısına işaret edebilir.

Ensest ailelerinin özellikleri arasında kapalı iletişim kanalları, evlilik sorunları ve anne-kız arasındaki uzaklık da bulunmaktadır (Herman, 1992; Lanning, 2001). Latife'nin ailesinde de sorunlu bir evlilik göze çarpmakta, anne baba sürekli kavga etmektedir.

Aile içinde duygusal paylaşım ve sevgi yoktur. Anne doğduğu günden itibaren Latife'ye uzak ve sevgisiz olmuştur.

5.1.2 Baba ile Savaşmak

Baba/kız ensestinde güç ve otoritenin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Babanın süper gücü karşısında kız güçsüzdür, utanır, karşı koyamaz (Brownmiller, 1975). Latife'nin öyküsünde ise farklı bir dinamik göze çarpmaktadır. Baba ataerkil bir figür değildir ve aile içerisinde önemli bir gücü yoktur. Sadece kadınlara aşırı düşkünlüğü ile bilinmektedir ve anne kendi ailesine karşı çıkararak baba ile evlenmiştir. Latife'nin deyimiyle evlilik annenin inadına bağlıdır ve yürümesi için inat etmektedir. Babanın aile içerisinde güçsüz oluşu, Latife tarafından "zavallı köpek yavrusu" olarak tanımlanmasına ve acınmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte ensest mağduru kız çocukları güçlü baba figürü karşısında boyun eğip, sessiz kalırken Latife savaşmayı ve karşı koymayı seçmiştir. Latife'nin bu zorlukla öfkeli çocuk olarak baş etmeye çalıştığını varsayabiliriz.

İstismarcı babanın Latife'de güvensizlik/kötüye kullanım şemasının oluşmasına yol açtığı, Latife'nin de aşırı telafi göstererek şema ile savaştığı ve kötüye kullanım tehlikesi hissettiği her durumda "savaş"ı tercih ettiği görülmektedir. İstismarcı babayla savaşmaktan kaynaklanan "Savaşçı Latife" kimliği onun bugünkü yaşamında hep savaşmak gerektiği inancının yerleşmesine, baba ile savaşarak kendini korumayı öğrendiği için, her zorluktan savaşarak kurtulacağını düşünmesine ve uzak durmak gereken tehlikeleri ayırt edememesine neden olmuştur.

Latife'nin baba ile ilgili aktardığı önemli bilgilerden biri de babanın saldırıları karşısında ondan tiksilmekle birlikte, seviliyor olmaktan hoşlandığını ifade etmesidir. Çalışmalar da buna paralel olarak enseste maruz kalan kızların büyük oranda hiç sevilmemektense böyle bir sevgi ilişkisi içinde olmayı tercih ettiklerini göstermektedir (Brownmiller, 1975).

Baba ile savaş bağlamında, Latife sıklıkla sezgilerinin güçlü olduğunu ve tehlike gelecek yeri ve zamanı hemen algıladığını vurgulamıştır. Tehlikeye karşı uyanık olma

halini Herman (2016) şöyle açıklar: Şiddet öngörülemez yapıdadır. Şiddetin bu öngörülemez doğası çocuğun her zaman uyanık ve tedbirli olmasını gerektirir. Tehlike sinyallerini ve saldırıya ilişkin ipuçlarını yakalamaları için özel yetenekler geliştirmeleri gerekir. Böylece sezgileri güçlenir (Herman, 2016). Bu bilgiye paralel şekilde, kaygılı, kötümser ve her an kötü bir şey olabilme endişesi Latife'nin çocukken sürekli babadan gelecek bir tehlike beklentisi içinde yaşamış olmasından kaynaklı bir aşırı uyarılma hali olarak değerlendirilebilir.

Latife'nin babayı cellat olarak nitelendirmesi kronik travma durumunda mağdurun çaresizliğini, durumun eziciliğini, onun açısından ölümlerle eşdeğer olduğunu düşündürmektedir. Baba Latife'nin hem can alıcısı hem de aynı evde yaşamak durumunda olduğu kişidir. Latife bunu "tutsaklık" olarak ifade etmiştir. Tutsaklık Herman (2016) tarafından aile içi istismarlarda karşılaşılan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Mağdur, görünmeyen demir parmaklıklar arkasında, aile adı altında yıllarca istismarcıya tutsak olur.

Latife'nin önemli çocuk modlarından biri "Öfkeli Çocuk Latife"dir. Öfkeli çocuk modu kötüye kullanılmış, yalnız bırakılmış, terk edilmiş çocuğun isyanıdır. Borderline kişilik örüntüsünün belirgin modlarından biridir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bugünkü yaşantısında bu mod Latife'ye mesleki yaşamda ve romantik ilişkisinde fazlasıyla zarar vermektedir.

5.1.3 Ben Annemin Kumasıydım

Baba/kız ensestinin görüldüğü ailelerdeki temel karakterlere ilişkin çalışmaları gözden geçirdiğimizde üç karakterin baş rolü oynadığını görmekteyiz: Baba, anne ve kız (mağdur) (De Chesnay, 1985). Latife'nin öyküsünde de aynı üç karakter bulunmaktadır.

Latife ensesti annesine açıkladığı zaman anne onu korumamış, inanmamış, babayı terk etmemiş ve yıllarca aynı evde yaşamasına göz yummuş hatta mecbur etmiştir.

Bu çalışmada Latife'nin aile ve anne ile ilgili yorumları literatüre uyumlu bulunmuştur. Eisnitz (1984) ensest ailelerinden annenin bazen "bilinçli olarak görmezlikten gelme" sinden bahseder. Kızların ensest karşısında korunmadığı ve yeterli desteğin verilmediği ailelerde anne ve kız arasındaki ilişki mesafe göze çarpar. Annelerin düzeni bozmak istememeleri, olayın çevreden duyulmasını istememeleri, statükoyu korumak için çaba göstermelerine neden olabilmektedir. Bu anneler bağımsız bir davranışta bulunmanın riskini alamazlar (Herman, 2016; De Chesnay, 1985; Romans ve ark., 1997; Polat, 2000; Erdoğan ve ark., 2011). Bir grup anne de eşinin çocuklarına cinsel istismarda bulunabileceğini düşünemez. Bunu fark ettiğinde de şaşkınlık, öfke, suçluluk gibi karmaşık duygular neticesinde inanmak istemeyebilir ve örtmeye çalışabilir. Örtme davranışı beraberinde suçu çocuğa yüklemeyi de getirmektedir (Johnson, 2004; Polat, 2000).

Latife babasının istismarı karşısında annesinin kendisini korumamasını ve görmezlikten gelmesini annesi ile aralarındaki kuma tarzı ilişkiye bağlamaktadır. Terapi sürecinde Latife annesinin kendisini doğduğu andan itibaren istemediğine dair birçok yoruma ulaşmıştır. Babanın başka kadınlarla birlikte olmaması ve eve bağlanması için erkek çocuk doğurmak istemesi, ancak ilk çocuğun kız olması, ardından doğan ikiz erkek bebeklerin ölmesi, annenin Latife'ye daha fazla düşmanlık göstermeye başlaması olarak yorumlanmıştır. Latife'ye göre tüm ailenin annesinin evliliğine karşı olması nedeniyle annenin her şeye rağmen bu evliliği sürdürme çabasında olduğunu, boşanmayı kendine yediremediğini, bu yüzden de kendisinin kurban edildiğini ve en büyük zararı gördüğünü düşünmektedir. Annesi ona göre bencil ve inatçı biridir ve her şeyi bildiği halde göz yummuştur.

Latife terapi sürecinde aslında sorununun baba ile değil anne ile olduğu sonucuna varmıştır. Anne yanında dursa, ona destek olsa ve babayı evden gönderse, bugün yaşadığı hiçbir sıkıntının olmayacağını fark etmiş ve terapinin son döneminde kendisi için celladın babası değil annesi olduğu yorumuna ulaşmıştır. Bu yorum Latife'nin anneye duyduğu öfkenin süreç içerisinde artmasına neden olmuştur. Aynı şekilde, yapılan çalışmalarda da ensest öyküsü olan yetişkin kadınların kendilerine cinsel

istismarda bulunan babalarından çok buna göz yuman ve korumayan annelerine öfke duyduklarını göstermektedir (Collins ve ark., 1982; Herman 1992; Dube ve ark., 2005).

Latife'nin anneye sıkıntısını anlatamaması, annenin aktif bir şey yapmaması ve yanında durmaması karşısında, Latife'nin teslimci modu tercih ettiği düşünülebilir. Teslimci söz dinleyen mod başkalarını kötü davranışları karşısında sessiz kalmaktan başka yapacak bir şey olmadığını düşünmesidir (Arntz ve Jacob, 2016). Latife uzun yıllar annesi ile ilişkide kalmış, kendisini birgün sevmesi için umutsuzca beklemiş ve terapiye başlayana kadar onun kendisine kötülük yaptığını düşünmemiştir. Annesi ile ilişkisinin temelinde yer alan teslimci mod, onun başkalarıyla olan ilişkisini de etkilemiş, ona zarar veren toksik bir ilişkiden çıkmayı öğrenememiştir. Buna en önemli örnek eşi ile yaşadığı ilişki verilebilir.

5.1.4 Dünya Bir Yanda, Ben Bir Yandayım

Latife'nin çocukken, fiziksel ve duygusal açıdan ihmal edilmesi, fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğraması nedeniyle ayrılma/reddedilme alanındaki şemalar çok yoğundur. Bu şemalar bağlanma ile yakından ilgilidir (Young, Klosko, Weishaar, 2003). Latife'de 18 şemanın tümü gözlenmekle birlikte en yoğun şemalarının terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/kötüye, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, dayanıksızlık haklılık/büyükleme, kötümserlik, yetersiz öz denetim gibi şemalardır. Belirgin modlar ise terk edilmiş çocuk, öfkeli çocuk, cezalandırıcı ebeveyn, kopuk korungan moddur. Uyumsuz baş etme tepkileri arasında aşırı telafi edici, kaçınmacı ve teslimci modlar gözlenmektedir.

Eşyle ilişkisinde duygusal yoksunluk, terk edilme ve kusurluluk şemalarının etkisi ön plandadır. İlgil bekleyen mod ve büyükleme mod gibi aşırı telafi edici modların yanısıra ilgilenilmemiş, yalnız bırakılmış, sevilmemiş çocuğu simgeleyen incinmiş çocuk ve öfkeli çocuk modları gözlenmektedir. Öfkeli çocuk eşyle iki kez boşanmasına, incinmiş çocuk ise sevgiye ve ilgiye olan ihtiyacı nedeniyle dönem dönem yoğun depresyon yaşamasına neden olmaktadır.

Ensest mağdurları sosyal, duygusal, bilişsel ve psikolojik birçok sorun yaşayabilir. En sık karşılaşılan sorunlar arasında, diğer insanlara uzak olmak ve onlardan farklı olmak, ilişki kurmakta zorlanmak, ilişkileri yapay, boş ve çelişkili bulmak, kimseyi sevemeyeceğini düşünmek gelmektedir (Herman & Hirschman, 1977). Herman'a göre (2016) diğer insanlardan farklı olduğunu düşünmek, onlara uzak olmak, ilişki problemleri yaşamak erken çocukluk dönemindeki bağlanma problemine işaret eder. Latife'nin travmatik öyküsünde de bugüne yansıyan en önemli etki diğer insanlarla olan ilişkilerinde görülmektedir. "Dünya bir yanda, ben bir yandayım" Latife'nin diğer insanlara ne kadar uzak ve onlardan farklı hissettiğini göstermektedir. Şema terapide ayrılma/reddedilme alanındaki şemalar bağlanma ile ilgili şemalardır. Bunlar terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, güvensizlik/kötüye kullanım, sosyal izolasyon şemaları olup Latife'de hepsi yoğun bir şekilde gözlenmiştir. Latife bu şemaların etkisini bugün "değersizim", "her an her şey bitebilir", "sevildiğimi hissetmiyorum", "herkes beni kandırabilir", "ben farklıyım, adeta özürlü gibiyim" gibi ifadelerle yansıtmaktadır.

Ensest mağdurları erkeklerle olan ilişkilerinde sıklıkla taciz edildiklerini veya hiç ilgi görmediklerini düşünebilmektedirler. Erkeklerle negatif duygular beslemek de sık görülen sonuçlar arasındadır. Bununla beraber kendilerinden yaşça büyük veya evli erkeklerle beraber olan mağdurlar da görülmektedir. Bu ilişkilerde önem verdikleri konunun, biri için özel olmak, güç sahibi olmak ve ensestin gizlilik kuralını tekrar yakalamak olduğunu belirtmektedirler (Herman ve Hirschman, 1977). Latife de bir dönem evli bir erkekle birlikte olmuş ve sonu tecavüzle sonuçlanmıştır. Kimi zaman da bir erkeğe çekici gelebilmek için en önemli şeyin ona cinsellik sunmak olduğunu düşünmüştür. Latife için cinsellik zorlanmak anlamına geldiğinden, evliliğinin ilk başlarında eşiyile cinsel birliktelik yaşamadan önce eşinin onu zorlaması ile ilgili fantezi kurduğunu da belirtmiştir.

5.1.5 Kopuk korungan Mod

BKB olan bireylerde en belirgin görülen kopuk korungan mod ebeveyn ve çocuk modları ile ilişkili modlardan koruma amaçlıdır. Kopuk korungan mod BKB olan bireylerin bazen aylarca etkisinde olduğu bir moddur. Sosyal geri çekilme, kaçınma,

madde kullanımı, yeme bozuklukları gibi davranışlarla karakterizedir (Arntz ve Jacob, 2016). Bu modda iken kişi yaşanan kötü deneyimleri hatırlamak istemeyebilir veya kendini soyutlayarak yaşananları başkası deneyimlemiş gibi aktarabilir (Young, Klosko, Weishaar, 2003). Seanslarda Latife'nin erken çocukluk döneminde kendini olumsuz duygulardan korumak için kopuk korungan mod geliştirdiği düşünülmüştür. İmgeleme çalışmalarımızda bu mod travmatik anılara ulaşmamızı engelleyen, terapötik ilişkiyi ve terapi sürecini etkileyen en önemli unsur olmuştur. Kopuk korungan mod, kırılğan çocuğun çektiği acıyı azaltmaya yardım eden bir mod olup, yoğun depresyon döneminde aşırı yemek, içki, TV seyretme gibi davranışlar acı çeken kırılğan çocuğun kendini uyuşturmasına yardımcı olabilmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Latife'nin terapiye başladığı dönemde içki kullanımı mevcuttu, ilerleyen dönemde azaldı. Geçmiş dönemde aşırı kilo alıp verdiğini belirtmiştir. "Anne-babayı affettim" tepkisinde de bu modun etkisi olduğu düşünülmektedir.

Sandalye çalışmaları ile Latife kopuk korungan mod ile tanıştırdı ve anneyle yüzleşememe ve gereken öfkeyi çıkaramama sorununun kopuk korungan modla ilişkili olduğunu gördü. Bu onun değişim yaşamaya başlamasına neden oldu. Seans aralarında da öfke çıkışları oldu ve bunu zaman zaman terapistle yazışarak paylaştı. Yaklaşık 8 aylık bir süreçte Latife anne ile olan ilişkisini tamamen bitirdiğini, bir daha onu görmek istemediğini belirtti. Bu süreçte Latife'nin annenin kendisini sevmeyişini kabullenmekte zorlanması, kabullendikten sonra da bir süre yas tutması terapisti duygusal açıdan en zorlayan süreçlerden biri olmuştur.

5.1.6 Terapi ve Değişim

İmgelemelerin, öfke çıkarmaların ve yeniden senaryolaştırmaların etkisiyle, terapi başladıktan yaklaşık 8 ay sonra Latife değişim yaşadığını fark etmeye başlamıştır. Bunu "bulutlar dağılıyor", "kuyunun ucunda ışık görüyorum", imgelemelerden sonra uçarak gidiyorum", "orkidenin kuru dallarını artık kesmek gerekiyor" şeklinde ifade etmiştir. Bu sözler terapinin etkili olduğunun, Latife'nin kopuk korungandan çıkıp mutlu çocuğu görmeye başlamasının sinyalleri olarak terapisti son derece mutlu etmiştir.

Latife'nin en ağır aşama kaydedilen güncel sorunu eşi ile olan ilişkisidir. Duygusal açıdan beslenmediği bir ilişki olmasına ve dönem dönem toksik özellikler göstermesine rağmen Latife bu ilişki içerisinde kalmaya devam etmektedir. Annenin kendisini sevmediğini kabul ettikten sonra eşine olan bağımlılığının daha da arttığı gözlenmiştir. Latife'nin temel sorunları, ihtiyaçlarını ortaya koyamamak veya ihtiyaçlarının karşılanmasını için aşırı baskı uygulamak şeklinde aşırı telafi davranışlarıdır. Sevildiğini, değer verildiğini hissetmemek en temel şikayetleridir. Eşiyle olan ilişkide şema teslimi de göze çarpmaktadır. Toksik olmasına rağmen anne, baba ile olan ilişkisinden çıkamamış, Latife de benzer şekilde kendi annesi ile olan ilişkisinden çıkamamıştır. Şema teslimini doğrulayacak şekilde bugün eşiyle olan ilişkisinden de çıkamamakta, teslimci mod sergilemektedir.

5.1.7 Terapötik İttifakta Kırılmalar

Ensest mağduru ve zorlu kişilik sorunları olan bir danışan ile psikoterapi süreci, şema terapinin ilişki doğası nedeniyle terapötik ittifakta kırılmalara mahkum bir süreçtir. Kırılma kavramına yakından bakacak olursak, psikoterapi sadece tekniklerden ibaret değildir. Terapist ve danışan birlikte ilişki bir süreç yürütürler ve terapi odasına kendi çocukluk meselelerinden harmanlanmış yüklerle girerler. Terapistin bir davranışı/sözü danışanın olumsuz bir erken çocukluk yaşantısını çağrıştırdığı gibi, danışan da terapistin eski yaşantılarını ve zorlu duygularını tetikleyebilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). İki tarafın da "aynı sayfada olamaması" (Richards, 2011) kırılmadır. Kırılma kaçınılmazdır ama önemli olan terapistin bu kırılmaları nasıl yönettiğidir. Safran ve Muran (2000b) kırılma yaşandığında metakomünikasyon önerirler. Metakomünikasyon "şimdi" ve "burada" tekniğiyle terapi odasında neler olup bittiğine dışarıdan üçüncü bir göz olarak bakabilmektir.

Latife'nin terapi sürecinde de birkaç kez terapötik ittifakta kırılma yaşadık. Öncelikle terapiye başladığı zaman hakim olan ve oldukça uzun süren kopuk korungan mod kırılma nedenlerinden biriydi. Latife bu dönemde terapiye ilgisiz görünüyordu, terapinin öncelikleri arasında yer almadığını belirtiyordu, seans saat ve tarihini değiştirmek için büyük çaba harcıyordu. Bu durum, terapi her an bitebilir endişesi yaşamama neden oluyordu. Bu dönemde kendi terk edilme şemamın sıkça

tetiklendiğini fark ettim. Kopuk korungan moddan dolayı Latife'ye ulaşamadığımı görerek kendi yetkinliğimi sorgulamama neden oldu. Artan suçluluk duygularımı eleştirel ebeveyn moduma ve kusurluluk şemamın aktive olmasına bağladım. Kopuk korungan mod hüküm sürdüğü dönemde Latife'nin terapiyi sonlandırmasına engel olmak amacıyla kendimi feda ettiğimi fark ettim. Ayrıca sürekli onun isteklerini yerine getirmeye çalışmamı boyun eğcilik şemamın aktive olmasına bağladım.

Terapötik ittifakta kırılmaya neden olan bir başka etken ise Latife'nin dürtüsel davranışları nedeniyle kendine zarar verebilecek kararlar alması ve "inatçı çocuk" modu ile bu kararların doğruluğunda ısrar etmesi idi. Buna en belirgin örnek lisans eğitimi uygun olmadığı halde klinik psikoloji yüksek lisansı yapmak istemesi idi. Kendisine izlemesi gereken yolun önce psikoloji lisans eğitimi almak olduğunu belirttiğimde ise bunu kendisine destek olmamak veya anlaşılmamak olarak nitelendirdi. Bu durum karşısında eleştirel ebeveyn modumun aktive olduğunu fark ettim.

Yaşanan kırılmaların bir kısmı danışandan kaynaklansa da deneyimsiz bir terapist olarak kendimden kaynaklandığını da belirtmek isterim.

5.2 Öneriler

5.2.1. Enseste Bağlı Kompleks Travma Mağdurları ile Çalışacak Terapistler İçin Öneriler

Travma çalışmak Herman'ın (2016) da belirttiği gibi insanın karanlık yüzüyle karşı karşıya gelmektir. Söz konusu travma insan eliyle olmuş, gelişimsel süreçte kronik ve tekrarlayan şekilde yaşanmışsa yaşam boyu ağır sonuçları kaçınılmazdır.

Travma ile çalışacak terapistin her şeyden önce travma literatürüne hakim olması gerekir. Kompleks travma mağdurlarında ortaya çıkabilecek kişilik bozuklukları ve diğer patolojiler hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir.

Zemininde enseste bağlı kompleks travma yatan borderline kişilik örüntüsüne sahip danışanlarla çalışan terapist her zaman sürprizlere açık olmalı, bitmek bilmeyen

krizlere hazırlıklı olmalı ve ilişkinin bir gün yerde bir gün gökte olabileceğini öngörebilmelidir.

Ensest mağdurları ile psikoterapi yapmak her zaman yoğun duygulanım yaşamak demektir. Bunun nedeni terapistin kendi şemalarının tetiklenmesidir. Şema tetiklenmelerinin farkında olmak ve süreci kontrol edebilmek terapinin başarısını yükseltecektir.

Ensest mağdurları ile çalışan terapistlerin farkında olması gereken bir diğer konu ise terapötik ittifakta kırılmalar yaşanmasıdır. Şema terapi gibi ilişkiyel bir terapi yaklaşımında kırılmaların olması her zaman beklenmelidir. Önemli olan kırılma olması değil bu kırılmadan iki tarafın da zenginleşerek çıkmasıdır. Terapist kendi açısından tetiklenen meselelerini onarmalı ve bu noktadaki ihtiyaçlarını karşılamak için çaba harcamalıdır (Young ve ark., 2003). Alanyazına paralel olarak bu çalışmanın sonuçlarının da işaret ettiği üzere, kırılmalardan zenginleşerek ve dönüşerek çıkmanın yollarından en önemlisi psikolojik öz bakım yapmaktır, yani içindeki çocuğa iyi bakım vermek ve ihtiyaçlarını karşılamaktır. Terapistin kendi şemalarının farkında olması ve iyileştirmeye çalışması da diğer önemli faktördür. Terapist kendi şemalarının farkında olduğunda danışandan gelen manipülasyonu da uygun bir şekilde yönetebilir. Son olarak her zaman vurgulanan ve borderline bireylerle çalışırken özellikle gözden kaçmaması gereken konu uygun bir süpervizyon sürecinden geçmektir.

5.2.2 Ensest konusunda Toplumu ve Bireyleri Bilinçlendirmeye Yönelik Öneriler

Bu çalışmanın bulguları daha önceki çalışmalarda önerilen hareket planlarının önemini bir kez daha göstermiştir. Ensestin önlenmesi veya ortaya çıkan hasarların azaltılmasına yönelik olarak toplumu bilinçlendirme amaçlı programlar hazırlanmasının (Medya, okullar, STK'lar'ın katkısıyla), cinsiyet ayrımcılığına yönelik söylemlerin ve tutumların önlenmesinin, yoğun anne-baba eğitimlerinin, kadının iş gücüne katılmasının, eğitimin gücüne yönelik politikalar hazırlanmasının, aile içi iletişimin ve özellikle anne-kız ilişkisinin güçlendirilmesinin, çocuk hakları konusunda eğitimler ve ensest mağdurlarının ilk başvurabileceği kurumlar için özel programlar tasarlanmasının büyük önem taşıdığı bu çalışma ile de desteklenmiştir.

5.3 Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın güçlü yönleri, yöntembilimin incelenen konunun (ensest) derinlikli doğasına uygun olması ve tek vaka üzerine odaklandığı için derinlemesine bilgi sağlamasıdır.

Sınırlılıkları ise büyük popülasyona genellenemez olması, terapistin aynı zamanda araştırmacı olması, katılımcının güvenilir bilgi verdiğinin varsayılması, araştırmacının katılımcının bazı bilgileri tamamen paylaşmamış olabileceğinin farkında olması ve katılımcının erken çocukluk döneminden gelen bilgiler olması nedeniyle değişikliğe uğramış olma ihtimalinin olmasıdır. Bir diğer sınırlılık ise katılımcının tanısına ilişkin durumdur. Birçok randomize kontrollü çalışma ve vaka çalışmalarının aksine, Latife yapılandırılmış bir tanısal değerlendirmeden geçmemiştir (örn; SCID); Laboratuvarımızda tanısal değerlendirmeler ve mülakatlar Morrison'ın (2014) ilk görüşme prensipleri temel alınarak yapılmıştır.

KAYNAKÇA

Adler G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.

Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt MN, Taşdemir GN et al. (2009) Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilimler Dergisi*, 8, 1-27.

Alikaşifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Albayrak-Kaymak, D., Uysal, O. & İter, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl*, 30, 247-255.

APA (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. (Çvr. E. Köroğlu), 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arkonaç, S. (1999). *Psikolojide İnsan Modelleri*. Alfa Yayınevi, İstanbul.

Arntz, A. & Jacob, G. (2016). *Uygulamada Şema Terapi / Şema Mod Yaklaşımına Giriş Rehberi*. (G. Soygüt, Çev.) Ankara: Nobel.

Aydin, B., Akbaş, S., Turla, A., Dünder, C., Yuce, M. & Karabekiroğlu, K. (2015). Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases. *J Forensic Sci*, 60, 61-65.

Bağ, Ö. & Alşen, S. (2017). Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarın değerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(1), 62-68.

Beard, K.W., Griffee, K., Newsome, J.E., Harper-Dorton, K.V., O'Keefe, S.L., Linz, T. D., ve ark. (2017). Father-daughter incest: effects, risk-factors, and a proposal for a new parent-based approach to prevention. *Sex. Addict. Compulsivity*, 24, 79–107.

Blume, E. S. (1990). *Secret survivors uncovering incest and its aftereffects in women*. New York: Ballantine Books.

Bozbeyoğlu, A.Ç., Koyuncu, E., Kardam, F. & Sungur, A. (2010). Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye'de Ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1).

Braun, V. ve Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

Briere, J. & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312–330.

Briere J. (1996). *Therapy for adults molested as children*. (2nd ed.). New York: Springer.

Brown, G.R. & Anderson, B. (1991) Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*, 148, 55-61.

Brownmiller, S. *Against Our Will: Men, Women and Rape* (New York: Simon & Schuster, 1975).

CAP (1994). The Kentucky Child Assault Prevention Project, USA.

Celbis, O., Özcan, M.E. & Özdemir, B. Paternal and sibling incest: Acase report. *Journal of clinical forensic medicine*, 13 (2006), 37-40.

Chu, J.A. & Dill, D.L. (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 147, 887-892.

Cloitre, M., Cohen, L., & Koenen, K. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York, NY: The Guilford Press.

Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C., Green, B.L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*, 24(6), 615-627.

Collins, J.L., Hamlin, W.T., Minor, M.A. & Knasel, A.L. (1982) Incest and child sexual abuse. *J Natl Med Assoc*, 74 (6), 513-517.

Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W. W. Norton & Co.

Courtois, C.A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered-memory issues. *American journal of psychotherapy*, 51(4).

Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy*, 41, 412–425.

Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. & Peroon, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse Negl.*, 26(9), 957-973.

De Chesnay, M. (1985). Father-Daughter Incest: An Overview. *Behavioral Sciences & The Law*, 3(4), 391-402.

De Young, M. (1982). *The sexual victimization of children*. London: McFarland & Company, Inc.

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., et al. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am. J. Prev. Med.* 28, 430–438.

Eisnitz, A.J. (1984). Father-daughter incest. *International Journal of Psychoanalysis*, 10, 495-503.

Erdoğan, İ.B., Şengül, C.B., Dilbaz, N. & Bozkurt, S. (2004). Disosiyatif amnezi ve travma sonrası stres bozukluğu tablosu ile başvuran bir yasak-sevi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 161-165.

Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M.G., Atabek, M.S., Koparan, C., Özdemir, E. ve ark. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12, 55-61.

Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763–784.

Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (2012). *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook*. John Wiley and Sons.

Finkel, K.C. (1994). Sexual abuse and incest. What can you do? *Can Fam Physician*, 40, 935-944.

Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17:67-70.

Finkelhor, D. (1994a). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18(5), 409–417.

Finkelhor, D. (1994b). Sex abuse and sexual health in children: current dilemmas for the pediatrician. *Schweiz Med Wochenschr*, 52, 2320–2330.

Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209-230.

Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). *Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*, pp. 13–30.

Fowler, C., Burns, S., & Roehl, J. (1983). The role of group therapy in incest counseling. *International Journal of Family Therapy*, 5 (2), 127-135.

Freud, S. (1979). *Totem ve tabu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gaffney, D. (2003). PTSD, RTS and child abuse accommodation syndrome: therapeutic tools or fact-finding aids. *Pace Law Rev*, 24, 271-291.

Gencer, Ö., Özbek, A., Özyurt, G. & Kavurma, C. (2016). Çocuk ve ergenlerde aile dışı ve aile içi cinsel istismar olgularının karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 56-64.

Godbey, J.K. & Hutchinson, S.A. (1996). Healing from incest: resurrecting the buried self. *Arch Psychiatr Nurs*, 10, 304-310.

Gomes, V., Jardim, P., Taveira, F., Dinis-Oliveira, R.J. & Magalhães, T. (2014). Alleged biological father incest: a forensic approach. *J Forensic Sci*, 59, 255-259.

Gorey, K.M. & Leslie, D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl*, 21(4), 391-398.

Gökten, E.S. (2011). 2009-2011 yılları arasında bir devlet hastanesinde çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18, 105-116.

Gölge, B. (2005). Cinsel Saldırıda Etkili Faktörler ve Suçlu Profili, yayımlanmamış doktora tezi (İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü).

Graber, K.M.A. (1991). *Ghosts in the bedroom: A guide for partners of incest survivors*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Green, J. (1996). Mothers in "incest families": a critique of blame and its destructive sequels. *Violence Against Women*, 2(3), 322-348.

Gunduz, T., Karbeyaz, K. & Ayranci, U. (2011). Evaluation of the adjudicated incest cases in Turkey: difficulties in notification of incestuous relationships. *J Forensic Sci* 56(2), 438-443.

Gülüm, V. (2015). Psikoterapinin Yarıda Bırakılması (PYB) ve Terapötik İttifakın Niteliksel Olarak İncelenmesi: Seans İçerisinde Hasta-Terapist Etkileşimleri İle PYB'yi Öngörebilmek Mümkün mü? *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Gülüm, I. V., Soygüt, G., & Ataman, Ece (2018). Schema Therapy for Pervasive and Chronic Life Problems: A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study. *International Journal of Psychotherapy*, 22(1), 37-52.

Gülüm, I. V., Soygüt, G. ve Safran, J.D. (2018). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28(5), 685-707.

Harding, H. G., Burns, E. E., & Jackson, J. L. (2012). Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: Implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 560-575.

Herman, J. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, USA: Harvard Press

Herman, J., Perry, J.C.& Van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146(4), 490-495.

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.

Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J. Trauma Stress*, 5(3), 377-391.

Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayınları. İstanbul.

Herman, J. & Hirschman, L. (1977). Father daughter incest. *Journal of women in culture and society*, 2(4), 735-756.

İbiloğlu, A.O., Atlı, A., Oto, R. & Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 10(1), 84-98.

İmren, S.G., Ayaz, A.B., Yusufoglu, C. & Arman, A.R. (2013). Clinical features and risk factors related with suicide attempts in sexually abused children and adolescents. *Marmara Med J*, 26(1), 11-16.

Johnson, C.F. (2004) Child sexual abuse. *Lancet*, 364, 462-470.

Johnson, C.F. (2008). Abuse and Neglect of Children. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18, 178-182.

Kaplan, S. (1996). *Physical abuse and neglect*. In *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 2nd ed (ED M Lewis):1033-1041. Baltimore, MA, Williams & Wilkins.

Kardam, F. & Bademci, E. (2010). "Ensest Olaylarında Annelerin Rolü" Yayınlanmamış Bildiri, I. Ulusal Nüfusbilim Kongresi, 7-10Ekim 2010, ODTÜ Kültür ve Kongre Merkezi.

Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116, 506-512.

Kenny, M.C. & McEachern, A.G. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: a selected review of the literature. *Clin Psychol*, 20(7), 905–922.

Kinsey, A., Pomeroy, W.B., Martin, C. E., & Gebhard, P. Sexual Behavior in the Human Female (Philadelphia: Saunders & Co., 1953), pp. 116-122.

Kirschner, S., Kirschner, D.A. & Rappaport, R.L. (1993). *Working with adult incest survivors: The healing journey*. New York: Brunner/Mazel.

Koten, Y., Tuğlu, C. & Abay, E. (1996). Üniversite öğrencileri arasında ensest bildiri. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Sözel Bildiri, s.154, Ankara.

Kutlu, M.A. (2018). Borderline kişilik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5), 11-20.

Lanning, K.V. (2001). *Child Molesters: A Behavioral Analysis for Law Enforcement Officers Investigating Cases of Child Sexual Exploitation*. 4th ed. Alexandria, Virginia, National Center for Missing & Exploited Children.

Lawson, J. (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *J. Hum. Behav. Soc. Environ.*, 22, 572–590.

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol. Psychiatry*, 62, 553–564.

Levi-Strauss, C. (1969). *The Elementary Structures of Kinship*. Boston: Beacon Press, p. 481

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.

Lindseth, A. & Norberg, A. ('004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18, 145–153.

Lubell, A. K. N., & Peterson, C. (1998). Female incest survivors: Relationships with mothers and female friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 193-206.

Lum, J.A., Powell, M., Timms, L. & Snow, P. (2015). A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res*, 58, 961–976.

Macan, M., Uvodic, P., Botica, V. (2003). Paternity testing in case of brother-sister incest. *Croat Med J*, 44(3), 347-349.

Maisch, H. (1972). *Incest*. New York: Stein and Day.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on mental health: A systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*, 29, 647-657.

McLean, LM., Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 160(2), 369-371.

McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. Sage. Los Angeles.

Mead, M. "Incest," in International Encyclopedia of the Social Sciences, ed. David L. Sills (New York: Crowell, Collier & Macmillan, 1968).

Meiselman, K. C. (1979). *Incest: A psychological study of causes and effects with treatment recommendations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Meiselman, K. C. (1990). *Resolving the trauma of incest: Reintegration therapy with survivors*. San Francisco: Jossey-Bass

Merriam, S.B. ve ark. (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis* (1st ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Morrison, J. (1980). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American journal of psychiatry*, 37(2), 239-241.

Nasıroğlu, S. (2014). Çocuk istismarında rehabilitasyon ve tedavi merkezleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6, 67-78.

Nurcombe, B. (2000). Child Sexual Abuse I: Psychopathology. *J Psychiatry*, 34,85–91.

Ovayolu, N., Uçan, Ö. & Serindağ, S. (2007). Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 13-22.

Özdemir, M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1), 323-343.

Özgüven, H.D., Soykan, Ç. & Yazar, H. (2003). Bir yasak-sevi olgusuna yaklaşım ve karşılaşılan güçlükler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14, 311-318.

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (12), 1579-1583.

Paveza, G. J. (1988). Risk factors in father–daughter child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 290–306.

Perdahli, F.N., Arman, A., Kalaca, S. & Berkem, M. (2010). Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Child Youth Serv*, 32, 1285-1290.

Plummer, C.A. (2006). "The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children". *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1227-1237.

Polat, O. (2000). Çocuk istismarı. *Adli Tıp Dergisi*, 290, 207-231.

Popper, C., & West, S.A. (1999). Disorders usually first diagnosed in infancy, Childhood or Adolescence. In: Hales RE; Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *The American Psychiatric Pres*, 884-887.

Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L. & Post, R.M. (1986). *The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases*, 47(6), 285-293.

Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(3), 269–278.

Romans, S.E, Martin, J. & Mullen, P.E. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems: neither necessary, sufficient nor acting along. *Crim Behav Ment Health*, 7, 327-338.

Romito, P. (2008). *A Deafening Silence: Hidden Violence Against Women and children*. Bristol: PolicyPress

Russell, D.E.H (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 133-146.

Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.

Sadock, B.J, Sadock, V.A. (2000). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins. P.2878-89.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology/ In Session: Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 233- 243.

Sandage, S.J., Cook, K.V., Hill, P.C., Strawn, B.D. ve Reiner, K.S. (2008). Hermeneutics and Psychology: A Review and Dialectical Model. *Rev of Gen Psychology*, (12)4, 344–364.

Sandalcı, F. (2004). Aile İçinde ve Aile Dışında Cinsel İstismar Nedeni ile Koruma Altına Alınan ve SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne Bağlı Kuruluşlarda Bakılan Çocukların Sosyo-

Demografik Özellikleri, yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sarı, S. (2019). Psikoterapide süreç analizi: Nitel araştırma yöntemlerinin psikoterapi araştırmalarına uygulanışı. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(1), 1-17.

Sarıççek, S. & Ağrıtmış, A. (2016). Sürtünme yolu ile istismar sonrası gebelik: Bir ensest olgusu. *Journal of forensic medicine*, 2016, 30(2), 180-185.

Sariola, H. & Uutela, A. (1996). The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl*, 20, 843–850.

Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education & the social sciences* (4th ed.). New York: Teachers College Press.

Seto, M. C. (2018). *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention.*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.

Sezgin, A.U. (1993). Ensestin Psikosoyal ve Adli Yönden İncelenmesi, yayımlanmamış yüksek lisans tezi (İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü).

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry*, 51, 936–950.

Soylu, N., Pılan, B.Ş., Ayaz, M. & Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etmenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 13,292-298.

Stevenson, J., Meares, R. & Comerford, A., (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 160, 165–166.

Studer, L. H., Sribney, C., Aylwin, A. S., & Reddon, J. R. (2011). "Just an incest offender?" in *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice, and Research*, eds D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, and F. PfA (New Jersey, NY: Wiley-Blackwell), 489–505.

Şar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5622.

Tamura, A., Tsuji, H., Miyazaki, T., Iwata, M., Nishio, H., Hashimoto, T., et al. (2000). Sibling incest and formulation of paternity probability: case report, *Leg Med (Tokyo)*, 2(4), 189-196.

Taner, Y. & Gökler, B. (2004). Child abuse and neglect: psychiatric aspects. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.

Teo, T. (2012). "Eleştirel Psikolojide Felsefî Meseleler", Eleştirel Psikoloji (iç.), (Çev: Güneş Kayacı Sevinç), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

Testoni, I., Mariani, C. & Zamperini, A. (2018). Domestic Violence Between Childhood Incest and Re-victimization: A Study Among Anti-violence Centers in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9(2377).

Tomko, R.L., Trull, T.J., Wood, P.K. & Sher, K.J. (2013). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J. Personal. Disord*, 1–17.

Topçu, S. *Ensest. İçinde: Özçelik B (yazar). Cinsel İstismar. Ankara: Phoenix, 2009: 81-124.*

Topçu, S. (1997). *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı*. Ankara: Doruk Yayıncılık.

Toprakkaya, A. ve Karakaya, E. (2015). Psikoloji Dünyasında Yeni Bir Yaklaşım: Hermeneutik. *Felsefe Dünyası*, 61, 16-35.

Treolar, A.J.C. (2009). A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2).

Trickett, P.K., Noll, J.G. & Putnam, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 23, 453-476.

Turner, S. (1993). Talking about sexual abuse: the value of short-term groups for women survivors. *J Group Psychother, Psychodrama Soc*, 46, 8-12.

Türkiye Ensest Atlası Projesi Özet Rapor, 2014. Raportör: Elçin Çavlan.

Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması özet rapor (2009). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, KSGM, Ankara

Türkiye Psikiyatri Derneği (2017). "Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması" başlıklı bilgilendirme dosyası.

Uğur, Ç., Şireli, Ö., Esenkaya, Z., Yaylalı, H., Saday Duman, N., Gül, B. ve ark. (2012). Cinsel istismar mağdurlarının psikiyatrik değerlendirilmesi ve izlemi: Son dört yıllık deneyim. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18, 81-86.

Van Buskirk, S., & Cole, C. (1983). Characteristics of eight women seeking therapy for the effects of incest. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 20, 503-514.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experiences on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.

Vural, P., Uçar, H.N., Eray, Ş., Çolpan, M. & Kocael, Ö. (2013). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 39, 49-53.

Westerlund, E. (1992). *Women's sexuality after childhood incest*. New York: W. W. Norton & Company.

Weiss, R. S. (1995). *Learning from strangers: the Art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press.

WHO (1996). *Violence: a Public Health Priority, Global Consultation on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2004). *Guidelines for Medicolegal Care for Victims of Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2006). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017). *Violence against women: Key facts*. World Health Organization.

Williams, E.N. ve Morrow, S. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 576-582.

Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Open University Press. NY.

Yanık, M. ve Özmen, M. (2002). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/İhmal Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 140-146.

Yates, A. (1997). Sexual abuse of children. In: *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. 2th ed (Ed JM Wiener):699-709. Washington, American Psychiatric Press.

Yıldırım, A. & Gümüş, B. (2011). Difficulty in revealing the abuse: incest. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 33, 114-118.

Yıldırım, A., Özer, E., Bozkurt, H., Özsoy, S., Enginyurt, Ö., Evcuman, D., Yılmaz, R., Kuyucu, Y.E. (2014). Evaluation of social and demographic characteristics of incest cases in a university hospital in Turkey. *Med Sci Monit*, 20, 693-697.

Yılmaz, R., Eryılmaz, A. (2016). Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde Değerlendirilen Encest Olgularının Sosyodemografik Özellikleri. *Adli Tıp Bülteni*, 21(3), 167-171.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Younan, R. (2018). Teaching Me to Parent Myself: The Feasibility of an In-Patient Group Schema Therapy Programme for Complex Trauma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46, 463–478.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Yüce, M., Karabekiroğlu, K., Yıldırım, Z., Şahin, S., Sapmaz, D., Babadağı, Z., Turla, A. & Aydın, B. (2015). The Psyciatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 393-399.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161–167.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I. & McSweeney, L.B., 2007. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10yearfollow-upstudy. *Am.J.Psychiatry*, 164, 929–935.

Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M.E. & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 1

Version

Şema Terapi

Vaka Kavramsallaştırma Formu

2. Baskı

Versiyon 2.22

Lütfen cevaplarınızı ilgili maddenin yanındaki mavi kutunun içine yazın.

Terapistin Adı:

MİNE ALGAÇ

Tarih:

14.10.2019

Seans Sayısı:

44

İlk seanstan bu yana geçen ay sayısı:

12 ay

I. Hastanın Demografik Bilgileri

Hastanın Adı-Soyadı

Latife Karlı

Yaş/DT:

44

Mevcut İlişki

Boşanmış, aynı eşle birlikte olmaya devam

Durumu/Cinsel

Heteroseksüel

Yönelimi/Çocukları
(Varsa):

20 yaşında kızı var

Mesleği/Pozisyonu

Sıkça işten ayrılmalar

Eğitim Durumu

Üniversite

Doğduğu Ülke/Dini
İnanç/Etnik Kökeni

Belçika / İslam

II. Hastanın Terapiye Başvurma Sebebi?

Hastayı terapiye getiren başlıca etkenler neler? Hastanın hayat koşulları, yaşadığı önemli olaylar, belirtiler/bozukluklar ya da sorun oluşturan duygu/davranışları, hastanın sorunlarına hangi bakımdan katkıda bulunuyor? (Örn.: Sağlık sorunları, ilişkisel meseleler, öfke patlamaları, anoreksiya, madde kötüye kullanımı, iş yaşamındaki zorluklar, hastanın içinde bulunduğu yaşam evresi)?

a. Başlangıçta

Çocukluk çağı travmaları, baba cinsel tacizinden kaynaklanan ilişkisel problemler.
Yoğun mutsuzluk
Temel değersizlik hissi. İnsanlar tarafından kandırılmış olma düşüncesi, yeterince açık ve samimi olmadıklarını düşünme
Sevildiğini, değer verildiğini hissetmeme
İş hayatında başarısız hissetme, herhangi bir işe nereden başlayacağını bilememe. Sürekli iş değişikliği

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

b. Şu anda	2 kez boşandığı eşiyle yaşadığı ilişkisel sorunlar. Onun tarafından değersizleştirildiğini, yeteri kadar önem verilmediğini düşünme. Depresif dönemler, kendini değersiz ve önemsiz hissetme, sevildiğini hissetmeme, boşluk hissi. İş hayatında istikrarsızlık. Çocuklukta yaşadığı taciz öyküsünü anlamlandırma, anne ile olan ilişkisini gözden geçirme
-------------------	--

III. Hasta Hakkındaki Genel İzlenim

Gündelik bir dil kullanarak, hastanın seanslar boyunca sergilediği halin genel görüş açısından karşılığını kısaca tanımlayın (Örn.: Çekingen, düşmanca, başkalarını memnun etmeye yönelik, muhtaç, ifade gücü yüksek, duygusuz). Not: Bu madde terapi ilişkisinin ya da değişim taktiklerinin tartışılmasını içermez.

a. Başlangıçta	<ul style="list-style-type: none">• Kırılgan görünümlü, monoton ses tonuyla konuşan, duygularını açığa vurmeyen ve duygusal paylaşımlarda bulunmayan,• Yaşadığı taciz öyküsünün izlerinin silinip silinmeyeceği konusunda tereddütlü, sıkça babayı ve anneyi affettiğini, terapiye gerek olmadığını belirten• Kendini değersiz hissedene, başkaları tarafından önem verilmediğini düşünen• Eski eşi tarafından değersizleştirildiğini ve önem verilmediğini düşünen
b. Şu anda	<ul style="list-style-type: none">• Terapiye sıkıca sarılmış• Geçmiş sorgulamanın ve gömülmüş duygularla karşılaşmanın önemli olduğunu belirten• Zaman zaman kırılgan görünümlü ama başlangıca göre oldukça paylaşımcı, duygularını daha rahat paylaşan• Yaşadığı baba tacizini ve bugüne yansıyan etkilerini anlayan, anlamlandırmaya çalışan• Annesi ile olan ilişkisini anlamlandıran ve tamamen kesmeyi düşünen• Kaçınma davranışlarının farkına varmış, bu davranışın sıkıntı veren olaylar, düşünceler ve duygular karşısında geliştirilmiş olduğunu ayırt eden• Eşi ile olan ilişkisini sorgulayan

IV. Mevcut Tanısal İzlenim

A. Temel Tanılar (DSM_V'te ya da ICD-10'da yer alan her bozukluğun adını ve kodunu belirtin.)

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 3

Version

1.	Depresyon	2.	Post travmatik stres bozukluğu
3.	Borderline Kişilik Bozukluğu	4.	

B. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

Aşağıdaki tabloda yer alan beş yaşam alanının her biri için hastanın mevcut işlevselliğini derecelendirin. Her bir yaşam alanı ve 6 puanlık derecelendirme ölçeğinin ayrıntılı açıklamaları Yönerge Rehberinde yer almaktadır. (1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik). Üçüncü sütunda, her bir puanlama için gerekçelerinizi kısaca *davranışsal terimlerle* açıklayın. Eğer danışanın önceki işlevsellik düzeyi, mevcut işlevsellik düzeyinden epeyce farklıysa, lütfen bu durumu üçüncü sütunda ayrıntılı bir şekilde belirtin.

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİNİ PUANLANDIRIN	AÇIKLAMA VEYA AYRINTILAR
Mesleki ya da okul performansı	3	Terapiye başladığında çalışmıyordu. Temel şikayeti iş hayatında insanların maskeli ve fazla rekabetçi olmalarıydı. Bir işe nereden başlayacağını bilemediğinden, işe hemen ortasından başlayamamaktan, enine boyuna plan yapıp detaylı düşünmek durumunda olmaktan şikayetçi idi. Bir süre sonra işe başladı. Önceleri yabancı firma olduğu için insanların bakış açılarını beğendiğini, herkesin istediği şeyi söyleyebildiğini, bundan da mutlu olduğunu belirtiyordu. Ancak daha sonra yöneticilerin profesyonel olmadıklarını, işi bilmediklerini, iş hayatına yakışmayacak davranışlar sergilediklerini söylemeye başladı. Tepkisel davranışları dikkat çektiği için uyarı aldı ve bir süre sonra işten çıkarıldı. Daha sonra başka bir işe part-time olarak başladı, ancak bir süre o işten de ayrıldı.

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 4

Version

Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler	2	<p>Eşinden 2 kez boşanmış. Yeterince değer görmediğini, eşinin ihtiyaçlarını anlamadığını belirtiyor. İhtiyaçlarını ifade etmekte sıkıntısı var. İlgili beklentisi yüksek. Boşanma sonrasında tekrar birlikte oluyorlar, ancak sınırlar konusunda sıkıntı var. Eş boşanmış olmanın verdiği rahatlıkta yaşarken, danışan ekstra ilgili beklentisi içerisinde. 2 boşanmada da, aşırı telafi tarzında başa çıkma tepkileri gözleniyor. "Benimle ilgilenmediğin için ben de seni istemiyorum" anlayışı hakim. Eş ise danışanın sevgi ve ilgili beklendiğini karşılamaktan uzak görünüyor. 3.kere evlenme teklifi etti ancak danışan eş ile olan ilgisini de gözden geçiriyor. Şema teslimi de var. Duygusal yoksun bırakan anne-baba nedeniyle duygusal yoksun bırakan eş seçimi göze çarpmakta.</p>
Aile İlişkileri	1	<p>8 yaşından itibaren cinsel tacizde bulunan bir babası var. Terapiye başladığında bu konunun üzerinde çok düşündüğünü ve babayı affettiğini söylüyordu. Baba vefat etmiş. Yıllarca nefret duygusu hakim olmuş. 3 kız kardeşler. Anne ve kardeşler ile görüşüyor. Küçük kardeş de baba tacizine uğramış, onu bu duruma fazla tepki vermemele suçluyor. Anneye baba tacizini anlatmasına karşın sessiz kalmış ve kendisini korumamış. Annenin son derece bencil olduğu, çocukluk döneminde danışanı fiziksel ve duygusal olarak yoğun ihmale uğrattığı görülmekte. Terapi süresince anneye olan öfke gittikçe arttı ve anne ile ilişkisini tamamen kesti.</p>
Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler	3	<p>Terapinin başında arkadaşlarından daha çok bahsederken ilerleyen zamanda arkadaşlar önemini yitirmiş gibi görünüyor. Samimi olduğunu belirttiği bir iki arkadaş ismi verdi. Sosyal bir hayatı olduğuna dair gösterge yok. İnsanlarla olan ilişkilerinde kandırılma duygusunun yoğun olduğunu söylüyor. Kendisinin her zaman açık olduğunu ama diğer insanların aynı açıklıkta yaklaşmadıklarını, ilişkilerde mutlaka saklı bir şeyler kaldığını belirtiyor. Bu onda kandırılma duygusu yaratıyor.</p>

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme	2	Terapinin başlarında yalnız kaldığı zamanlarda çoğunlukla kırılgan çocuk ortaya çıkıyordu. İlgilenilmediğini ve yalnız bırakıldığını düşünüyor ve içki kullanımı olabiliyordu. Şu anda içkiye başvurmuyor. Yalnız kaldığı zamanlarda ilgilenilmediğini düşünmüyor, yalnızlığa tahammül etmeye başladı.
---	---	--

V. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

Her bir güncel yaşam sorununu veya psikiyatrik belirti/bozukluğunu; sorunun doğası ve hastanın günlük hayatında nasıl sorunlar yaratıyor olduğu bağlamlarında ayrıntılandırın. Her bir sorunu ya da belirtiyi tanımlarken şema terminolojisini kullanmaktan kaçının.

1. Yaşam Sorunu/Belirti:

Temel değersizlik hissi

İnsan ilişkilerinde değer verilmediğini, yalnız olduğunu, insanların kendilerini tam olarak açmadıklarını, bir şeyler sakladıklarını düşünme. Sevildiğini hissetmeme, yalnızlık, mutsuzluk. Tüm dünyadan farklı olduğunu düşünme "Dünya burada duruyor, ben burada. Herkesten farklı olduğumu düşünüyorum. Ben de diğer insanlar gibi mutlu olmak, gülmek, eğlenmek istiyorum".

2. Yaşam Sorunu/Belirti:

Romantik ilişkisindeki sıkıntılar

Değersizlik hislerini yoğun hissetme. Eşinin kendisini hiçbir zaman ön planda tutmadığını, başkalarının her zaman daha değerli ve öncelikli olduklarını düşünme. 2 kez aynı eşten boşanma, yalnızlık duygularının pekişmesi. Ebeveyn kaynaklı duygusal yoksunluğu eşte de yaşama, bu yoksunluğu yaşatacak eş seçme

3. Yaşam Sorunu/Belirti:

Anne-baba tacizi ve affetme ikilemi

4. Diğer Yaşam

Sorunları/Belirtiler:

İş yaşamına ilişkin sorunlar

İş yaşamında insanlarla ilişki kurmada sıkıntılar. İnsanları maskeli ve güvenilmez bulma. Rekabeti gereksiz görme. Herhangi bir iş girişiminde nereden başlayacağını bilememe, isteksizlik. Sık iş değiştirme, işten çıkarılma

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 6

Version

VI. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

A. Erken Dönem Öyküsünün Genel Tanımı

Hastanın çocukluğunun ve ergenliğinin, onun şimdiki sorunlarına, şemalarına ve modlarına katkısı olmuş önemli yönlerini özetleyiniz. *Önemli her hangi bir sorunu/ zarar verici deneyimi ya da yaşam koşullarını dahil ediniz (örn.: soğuk anne, sözel istismarda bulunan baba, ebeveynlerin mutsuz evliliğinin günah keçisi olma, gerçekçi olmayan yüksek standartlar, akranlar tarafından zorbalık veya dışlanma).*

- 8 yaşında başlayan ve uzun yıllar devam eden baba cinsel tacizi
- Annenin tacizi öğrendiğinde danışana inanmaması, önlem almaması, korumaması, evliliğe devam etmesi
- Anne tarafından yoğun duygusal ve fiziksel ihmal (yemek, bakım, sevgi, oyun, ilgi vs.). Duygusal taciz (suçlama, eleştirme, inanmama)
- Ailenin Belçika'da yaşaması nedeniyle Türkiye'de geçen uzun yalnız çocukluk yılları, terk edilme duygusu
- Babanın fiziksel tacizi
- Cinsel ve fiziksel taciz yaşadığı baba ile uzun yıllar aynı evde yaşamak zorunda bırakılma

B. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

Aşağıdaki 1-3 maddeleri için, hastanın en ilişkili karşılanmamış temel ihtiyaçlarını belirleyiniz. Daha sonra, yukarıda yer alan bölüm *VLA* 'daki belli başlı kökenlerin, bu ihtiyaçların karşılanmamasına ne şekilde yol açtığını kısaca açıklayınız. 4. maddede karşılanmamış diğer temel ihtiyaçları yazınız.

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı:	Güven / Korunma
Köken(ler)	Baba cinsel tacizi Anne tarafından yalnız bırakılma, anlaşılma
2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı:	Sevgi, sıcaklık, ilgi, empati
Köken(ler)	Baba cinsel tacizi Fiziksel taciz Anne-baba tarafından yalnız bırakılma, anlaşılma, değer verilmeme Duygusal yoksunluk, sahiplenilmeme, yoğun ihmal Fiziksel olarak ayrı büyüme (anane yanında)
3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı:	İstikrar/Düzenlilik

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 7

Version

Köken(ler)	Duygusal olarak istikrarsız ve güvenilmez ebeveynler Ebeveynlerden ayrı ülkelerde büyüme İhtiyaç duyulduğunda ebeveynlerin istikrarlı bakım ve destek sağlamaması
------------	---

4. Diğer Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyaçları:

Kabul edilme, onaylanma

Köken(ler)	Cinsel fiziksel taciz Tacizin anne, akrabalar ve diğerleri tarafından görülmemesi, kabul edilmemesi, aksiyon alınmaması Özellikle anne tarafından diğer kardeşlerden farklı davranılması, kardeşlerin daha kırılğan ve daha korunmaya muhtaç oldukları iddiasıyla korumaya alınması, danışanın asi ve sorunlu olduğu söylenerek kendi başına bırakılması, dışlanması
------------	--

C. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler:

Hastanın sorunları, belirtileri ve terapi ilişkisi ile ilişkili olabilecek, mizacı ve diğer biyolojik yönlerini listeleyiniz. (Mizacı tanımlamak için sıklıkla kullanılan sıfatların listesi için Yönerge Rehberine bakınız. Rehberden, duruma özel sıfatlardansa, hastanın temel mizacının ya da "doğasının" parçası olduğuna inandığınız sıfatları listelemeniz yeterlidir.)

Duygusal Dürtüsel

D. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

Eğer ilişkili ise; hastanın etnik, dini ve toplumsal arka planından gelen belli normların ve tutumların şu anki sorunların gelişiminde nasıl rol oynadıklarını açıklayınız. (örn., ilişkilerin niteliğindense rekabete ve statüye aşırı önem atfeden bir topluluğa ait olmak).

--

VII. En İlişkili Şemalar (Güncel)

1-4 maddeleri için, hastanın güncel yaşam sorunlarının temelinde 4 şemayı seçiniz. Öncelikle şemanın ismini belirtiniz. Daha sonra her bir şemanın şu anda nasıl ortaya çıktığını tanımlayınız. Şemanın etkinleştiği belli başlı durum çeşitlerini tartışınız ve hastanın tepkilerini açıklayınız. Her bir şemanın hasta üzerindeki olumsuz etkileri neler? Diğer ilgili şemaları 5. maddede listeleyiniz.

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 8

Version

1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:	Güvensizlik / Suistimal edilme
<p>Kandırılmış hissetme İnsanların yeterince açık olmadığını düşünme İnsanların iyi olmaması Herkesin canını acıttığını düşünme İnsanların maskeli olduğunu düşünme Kadın-erkek ilişkisinde stratejilerin gereksiz olduğunu düşünme İş dünyasındaki yoğun tehdit algıları, insanların işlerini kötü ve art niyetli yaptıklarını düşünme, zarar göreceğini düşünme</p> <hr/> <p>Yukarıdaki durumlar karşısında danışan kendini yalnız ve güvensiz hissetmekte, depresif duygular belirlemekte. Kırılgan çocuk ortaya çıkmakta. İçki tüketimi artmakta ve yeme davranışı gözlenmektedir. Ayrıca iş hayatında algılanan tehditlere karşı reaksiyonel davranışlar, yönetimle sürtüşmeler</p>	
2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:	Duygusal Yoksunluk
<p>Kendini kimseye yalan hissetmeme Sevdiğini hissetmeme, sevdiğini söyleyen birinden sürekli teyid isteme Yalnızlık duyguları Yalnızlığı tolere edememe Mutsuzluk</p>	
3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:	Kusurluluk / Utanç
<p>Değersiz olduğunu düşünme Kendi için yapılan bir şey olduğunda hak etmediğini düşünme (hediye, jest vs)</p>	
4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:	Terk Edilme / İstikrarsızlık
<p>Bütün ilişkilerin mutlaka biteceğini düşünme Herkesin birgün terk edebileceğini düşünme Hiçbirşeyin kalıcı olmadığını, biteceğini öleceğini düşünme Terapist ile olan ilişkinin de birgün biteceğini düşünme</p>	
5. Diğer Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar (opsiyonel) :	

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 9

Version

--

VIII. En Bağlantılı Şema Modları (Güncel)

1-6. maddeler için, hastanın şu anki yaşam sorunları için en temel olan modları seçiniz. Öncelikle modu etiketleyin. (Örn.: Yalnız Çocuk, Büyükleme, Cezalandırıcı Ebeveyn). Daha sonra bu modun kendini şu anda nasıl gösterdiğini açıklayın. Hangi tip durumlar bu modu etkin hale getiriyor? Hastanın davranışlarını ve duygusal tepkilerini tanımlayınız. Hangi şema(lar) sıklıkla modu tetikliyor? Her bir modun hasta üzerinde olumsuz etkileri neler? (Eğer belirtilen mod hastaya uygun değilse boş bırakınız. D Bölümünde ilave modlar ekleyebilirsiniz.)

A. Çocuk Modları

1. Kırılgan Çocuk Modu:

X

Kırılgan çocuk danışanın en belirgin modu

Yalnız çocuk: Özellikle eşi başkalarını daha ön planda tuttuğu, kendisini ihmal ettiği, söz verip gelmediği zamanlarda bu mod aktive oluyor. İlgisizliği görmediğini düşünüyor, kendini değersiz hissediyor. Büyük üzüntü ve yalnızlık yaşıyor. Depresif düşünceler hakim oluyor, içki içebiliyor, ölümün yakın olduğunu düşünüyor. Sıklıkla da başkalarının kendine karşı tamamen açık olmadığını, kandırılmış hissettiğini düşünüyor.

2. Diğer Bağlantılı Çocuk Modları:

X

Öfkeli çocuk: Eşi yeterince ilgilenmediği, ihtiyaçlarını anlamadığı zamanlarda öfkelenerek eşine tepki gösteriyor. Eşinin eşyalarını yataktan uzaklaştırarak, boşanmaya gidebiliyor. Ayrıca işini iyi yapmayan, kurallara uymayarak etrafa ve insanlara zarar veren kişilere de öfke duyarak cezalandırılmasını istiyor.

Çocuk modlarını etkin hale getiren şemalar Güvensizlik/Suistimal edilme ve Duygusal Yoksunluk olabilir.

B. Uyum Bozucu Başetme Modları:

3. Teslimci Mod:

X

Duygusal yoksunluk şeması nedeniyle, soğuk ve duygularını belli edemeyen, sevmeyen bir eşle birlikteliğe devam çabaları

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 10

Version

4. Kopuk/Kaçınan Mod:

X

Kopuk korungan mod: Eşinden yeterince ilgi görmediğini düşündüğü zamanlarda içe dönüyor, uzaklaşıyor, yalnız kalmayı tercih ediyor. İhtiyaçlarını dile getirip karşılansını talep etmekten ziyade kendine saklıyor.

Kopuk korungan mod terapisinin başlarında terapiyi çok fazla sabote ediyordu. İmgeleme çalışmaları genellikle yapılamadı. Anne-baba ile imgelemeler ve duygu yoğunluğu mümkün olmadı. Terapisinin ilerleyen zamanlarında kopuk korungan mod aşıldı, duygusal yoğunluk (ağlama, öfkelenme) sağlandı.

Öfkeli korungan mod: Terapisinin başında erkeksi tavırlar takındığını, oturuşu konuşmaları ile erkek gibi hareket ettiğini belirtmişti. İlerleyen zamanlarda bu tavırlar çok dikkat çekmiyor.

5. Aşırı Telaflı :

X

İlgi göremeyince sinirlenme, öfke patlamaları
Kendisi terk edilmeden, terk etme
Eşini boşama (cezalandırma, anneye eş nasıl boşanır göstermek isteme)
Anne-babayı affettiğini söyleme (kontrol bende)
Zor durumda olan birini gördüğünde koruma, yardım etme ihtiyacı
Korkusuzluk, tehlikeli olabilecek durumlar karşısında fazla atılganlık

C. İşlev Bozucu Ebeveyn Modu:

6. İşlev Bozucu Ebeveyn Modu:

X

Cezalandırıcı ebeveyn: (İşini kötü yapan mutlaka ceza görmeli, haddi bildirilmeli). Cinsel ve fiziksel istismar sonucu, içselleştirilmiş ebeveyn

Eleştirel ebeveyn: Terapi işe yarar mı bilmiyorum, emin değilim

D. Diğer İlişkili Mod(lar) (opsiyonel)

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 11

Version

E. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hastanın olumlu değerlerini, kaynaklarını, güçlü yanlarını ve yeteneklerini özetleyiniz:

Kızı ve eşi ile olan ilişkisine büyük değer veriyor. Özellikle kızı ile birlikteyken çok mutlu olduğunu, kendini çok güvende hissettiğini belirtiyor.

Okumayı, araştırmayı ve psikolojiyi çok seviyor.

Yaşadığı travma ile yüzleşmeye hazır olduğunu, üstesinden gelerek yoluna sorunsuz devam etmek istediğini her fırsatta dile getiriyor.

Cinsellik yaşıyor.

İş hayatındaki tüm istikrarsızlıklara rağmen yeni iş arayışından vazgeçmiyor.

İhtiyaçlarını karşı tarafa söylemediğinin farkında, bu konuda yol almak istediğini belirtiyor.

IX. Terapi İlişkisi

A. Terapistin Hastaya Kişisel Tepkileri

Terapistin hastaya olumlu ve olumsuz tepkilerini tanımlayın. Hastanın hangi özellikleri/davranışları terapistin bu kişisel tepkilerini tetikliyor? Terapistin hangi şemaları ve modları aktive ediyor? Terapistin tepkilerinin tedavideki etkisi neler?

Terapinin başında danışanın kopuk korungan modu terapisti en çok zorlayan noktalardan biriydi. Terapist zaman zaman aralarında sis perdesi varmış gibi algılıyor ve danışan terapistte terapiyi bırakıp gidecekmiş gibi bir his yaşıyordu. Kopuk korungan mod aşıldı ve travmatik anıyla karşılaşma ve yeniden senaryolaştırma amaçlı imgelemelerinden sonra terapistte olan güven ve bağlanma arttı.

Sağlıklı sesi duymak bazen çok güç oluyor. Bu terapisti zorluyor. Örneğin son başladığı işte patronu şizofren. Tek başına patronla bir ofisi paylaşıyor. Bunu terapistte aktardığında şizofreni hastalığı hakkında bilgi verildi ve olası riskler aktarıldı, dikkatli olması istendi. Buna rağmen bir şizofrenle çalışmanın nasıl bir şey olduğunu merak ettiğini söylüyor ve kendi gözüyle görmek istediğini belirtiyor. Bu korkusuz yan ve gereksiz risk alma davranışları terapistin duygularının yoğunlaşmasına neden olabiliyor.

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

Version

2.22 Page 12

Kopuk korungan mod aşıldıktan sonra yeniden senaryolaştırma çalışmalarından büyük aşamalar kaydedildi. Ancak bir süre sonra seanslara yine kopuk korungan gelmeye imgeleme çalışmalarına fazla katılmamaya başlayınca terapist danışanın tekrarlayabilecek kopuk korungan modundan dolayı endişelenmeye başladı. Süpervizyonda bunun yorulan bir insanın uyuma isteği olarak değerlendirilebileceği belirtildi.

B. Terapinin Hedefleri ve Görevler Üzerine İşbirliği

1. Terapideki Hedefler ve Görevler Üzerine İşbirliğini Derecelendirme

5

Açıklamalar ve ayrıntılı Derecelendirme Ölçeği için Yönerge Rehberini inceleyin. (1 den 5'e kadar 1 düşük, 5 yüksek)

2. Hastayla işbirliği sürecini kısaca tanımlayın.

1'de yaptığınız derecelendirmenize temel oluşturan olumlu ve olumsuz etkenler/davranışlar nelerdir?

Çocukluk döneminde yaşadığı baba cinsel tacizine bağlı travmanın şimdiki hayatını etkiliyor olmasından şikayetçi olarak terapiye geldi. Bu travmanın iyileşmesi için terapistten beklentisi var ve işbirliğine açık. Şema terapiye güveniyor, hayatı yeniden keşfetin kitabını okuyor. Kopuk korungan mod terapinin başlarında daha fazla görülüyordu, terapiyi her an bırakabilirmiş gibi bir izlenim yaratıyordu ancak zaman geçtikçe terapistle karşı daha az kopuk korungan mod takınmaya başladı. Terapötik ittifak günden güne artıyor. Terapistin grip olduğu dönemde tel ile arayarak geçmiş olsun dileklerini iletiyor. Terapinin onda oldukça farkındalık yarattığını belirtiyor. Seanslara zamanında gelmeye çalıştı ve fazla devamsızlık yapmadı.

Travmatik anıyla çalışmalar başlayıp, kırılgan çocuk ortaya çıktıkça ve yeniden senaryolaştırmalar devreye girdikçe terapistte olan bağın kuvvetlendiğini söylemeye başladı. Terapiye başlarda inanmadığını, ancak şimdi hayatında bir değişim yaşadığını fark ettiğini belirtiyor.

3. İşbirliği ilişkisi nasıl geliştirilebilir?

Terapist ve hasta bunu gerçekleştirmek için hangi değişiklikleri yapabilir?

C. Yeniden Ebeveynlik İlişkisi ve Bağı

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

1. Yeniden Ebeveynlik İlişkisini ve Bağını Derecelendirme:

5

Açıklamalar ve Derecelendirme Ölçeği için Yönerge Rehberini inceleyin (1 den 5'e kadar: 1-Zayıf 5-Güçlü)

2. Hasta ve terapist arasındaki Yeniden Ebeveynlik İlişkisini ve Bağını kısaca tanımlayın.

Hastanın yeniden ebeveynlik bağını güçlü (ya da zayıf) hissetmesinin göstergesi olarak, terapistle ilişkisindeki davranış, duygusal tepki ve ifadelerini ayrıntılandırın.

Terapinin başlarında terapist ve danışan arasındaki bağ çok zayıftı. Terapist kendini sınırlı yeniden ebeveynlik konusunda çok sınırlı hissediyordu. Danışanla olan ilişkisini "sis perdesi arkasından görüyorum" olarak ifade ediyordu. Danışan yapılan terapilerin işe yarayıp yaramadığı konusunda ve kendi travmasının iyileşeceği konusunda çok tereddütlü idi. Terapistin bilgisi ve deneyimi konusunda bir eksiklik hissederse terapiyi bırakabileceği konusunda mesajlar veriyordu.

Terapi ilerleyip kırılgan çocuk ortaya çıktıkça terapistin ebeveynliği devreye girmeye başladı. Danışana bunların çok doğal olduğu, duygularla karşılaşmanın travma tedavisindeki önemi anlatıldı, terapiyi bırakmaması konusunda oldukça destek verildi. Terapistten uzaklaşmalar hissedildiğinde metakomünikasyon yapılarak terapiye destek istedi ve kendisi de desteğini her zaman vereceğini, danışanı terapi tamamlanmadan terk etmeyeceğini garanti etti. Danışan zamanla terapisti onaylamaya ve yapılan müdahalelerin ona fayda getirdiğine inanmaya başladı. Terapi başında ne kadar inançsızken, şimdi kuyunun dininden yukarı doğru çıkmaya başladığını ifade etti.

Seansa çok mutlu geldiği bir gün terapist hediye getirdi (çiçek). Terapist etik kuralları hatırlatmasına rağmen, bunun çok ufak bir teşekkür olduğunu, terapistle karşılaşmasını büyük bir şans olarak gördüğünü, yaşadıklarını anlamlandırmasında kendisine büyük faydası olduğunu söyledi.

Terapist danışanın kendisine anlatamayacağı, paylaşmak istemediği bir nokta olmadığını, güven ve bağını tam olduğunu hissediyor.

3. Yeniden Ebeveynlik İlişkisi ve Bağını nasıl güçlendirilebilir?

Terapist hastanın hangi karşılanmamış ihtiyaçlarını daha derin veya tam anlamıyla karşılayabilir? Terapist hastanın bağını güçlendirmek için belli başlı hangi adımları atabilir?

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 14

Version

D. Terapi İlişkisini Etkileyen Daha Az Yaygın Olan Diğer Faktörler (Opsiyonel)

Eğer terapi ilişkisini etkileyen veya bozan herhangi bir faktör varsa ayrıntılandırın. (Örn., önemli bir yaş farkı, kültürel farklılık, coğrafi uzaklık). Bunlar hastayla nasıl ele alınabilir?

X. Terapi Hedefleri: İlerleme ve Engeller

1-4. maddeler için, *en önemli terapi hedeflerini* listeleyin. Mümkün olduğunca net olun. Her bir hedef için Sağlıklı Yetişkin modunun bunu, nasıl bir değişimle karşılayabileceğini tanımlayın. Ardından, şimdiye kadar olan ilerlemeyi tartışın ve var olan tüm engelleri tanımlayın. 5. Maddeye ilave hedefler ekleyebilirsiniz. (Hedefler şu şekilde tanımlanabilir: şemalar, modlar, bilişler, duygular, davranışlar, ilişki örüntüleri, belirtiler vb.)

1. Terapi Hedefleri:

- Başkalarıyla güvene dayalı ilişkiler kurma. Hayatta güvenilir insanların olabileceğini ama bunun herkes için geçerli olduğunun farkında olmak
- İnsanların yeterince açık olmadığı zamanlarda bunun kendine yönelik olmayabileceğini, insanların belli de kimseyle paylaşamayacağı veya paylaşmak istemeyeceği deneyimler yaşadıklarını düşünüp kendini sakinleştirebilmek
- İnsanların maskeli görünmelerinin kendilerini korumaya yönelik olabileceğini, yeterince açık ve samimi ilişkiler karşısında bu maskelerinin çıkarılacağını düşünmek
- İş hayatında algılanan tehditler karşısında sağlıklı yetişkinini güçlendirmek, bunun şema kaynaklı olduğunun farkına varmak. Yönetim konumundaki kişilerin aldığı kararların hatalı ve yanlış olduğunu ve kendine ve başkalarına zarar vereceğini düşünmenin tehdit algısı kaynaklı olduğunun farkına varmak.

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Hedeflenen şemalar ve modlar	<p>Güvensizlik/Suistimal Edilme şeması Kırılgan çocuk modu (uzak veya yeterince açık olmayan ilişkiler karşısında yoğun duygulanım) Öfkeli çocuk modu Kopuk korungan mod (güvenli ilişkiler olmadığı için uzak durma) Aşırı telafi (İnsanlar güvenilir ve yeterince olmadıklarında öfkelenme ve onları terk etme) Korkusuzca risk alma Öfkeli korungan mod Cezalandırıcı ebeveyn modu</p>
İlerleme ve engeller	<p>Engel: Korkusuz yaklaşımları tehlikeye atılmasına neden oluyor. Baba tacizine engel olup, babayla başa çıkabildiğini düşündüğü için her türlü tehlikenin de üstesinden gelebileceğine inanıyor. "Korkusuz Latife" modu üzerinde çalışma devam ediyor.</p> <p>İş hayatında yaşanan olumsuzluklar karşısında aşırı telafi tepkileri gösteriyor. İki kez işten çıkarıldı. Yöneticilerin yanlış kararlar aldığı ve uygulamalar yaptığını düşünüyor, bunun kendine ve diğer çalışanlara zarar verdiğini düşünüyor. İşini yanlış yapan herkese haddi bildirilmeli ceza almalı diye düşünüyor.</p> <p>İlerleme: Kırılgan çocuk modu sağlıklı yetişkin tarafından sakinleştirilmeye, ufak da olsa bakım verilmeye başladı. Kopuk korungan mod üzerinde çalışıldı, duygularla karşılaşmaktan korkmuyor, travmatik anılarla karşılaşmayı ve ebeveynlere öfke çıkarmayı başardı. İş hayatındaki tehdit algısının şema kaynaklı olduğu, iş dünyasının güvensizlik şemasını tetiklediği üzerinde çalışılıyor. Yanlış yapıldığını düşündüğü şeylerin baba tacizinden kaynaklandığını düşünmeye başladı. Tüm dünyayı güvensizlik zemininden anlamlandırmaya çalıştığını kabullendi. Algılanan bir yanlış olduğunu düşündüğünde başkalarını da korumaya alma çabaları oluyor ve bu durum onun grubun "elebaşısı" gibi algılanmasına neden oluyordu. Bu durumlarda kendini durdurma gerekliliği, bunun şema tetiklenmesi olduğu çalışılıyor.</p>

2. Terapi Hedefleri:

- Hayatındaki önemli insanlara ihtiyaçlarını ifade edebilmeyi öğrenme. Önemli ve değerli hissetmeye ihtiyaç duyduğu zamanlarda, bir deneyimi veya aktiviteyi paylaşmak istediğinde, yalnız kalmak istemediğinde bunu ifade edebilme
- Hayatındaki önemli kişilerin kendisini değerli bulduğunu ve sevdiğini düşünme. Onların bazen başka öncelikleri olabileceğini, bunun kendisini sevmedikleri anlamına gelmediğini düşünebilme ve kendini sakinleştirebilme
- Kendisini seven insanlardan teyid istemeye gerek olmadığını, sevmedikleri takdirde yanında olmayacaklarını bilme

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 16

Version

	<ul style="list-style-type: none">• Tek kalmanın keyfini çıkarabilme, bunun terk edilmek anlamına gelmediğini düşünme
Hedeflenen şemalar ve modlar	Duygusal Yoksunluk Şeması Kırılgan çocuk modu Kopuk korungan mod Aşırı telafi
İlerleme ve engeller	Engel: İhtiyaçlarını belirtme konusundaki yetersizlik Yalnız kalmayı tolere edememe, terk edilmişlik düşüncesi ve kırılgan çocuk modu İlerleme: Terapide sıklıkla ihtiyaçlarını belirtmenin önemi üzerinde duruluyor, ilk aylarda farkındalığı her seans artıyor ve bu konuda çalışması gerektiğini ifade ediyordu. Bugün sınırlarını çizmeye başladı, istemediği veya istediği şeyleri ifade etmeye başladı (özellikle eşine). Yalnız kalmayı tolere edebiliyor, bunu yalnız kalmak değil tek başına olmak olarak düşünmeye başladı. Eşi olmadan yaşayamayacağını, öleceğini düşünüyordu. Şimdi eşi ile olan ilişkisini gözden geçiriyor

3. Terapi Hedefleri:

Sağlıklı zeminde kurulan ilişkilerin bitmesi için bir neden olmaması, ancak tüm ilişkilerin de sonsuza dek devam edeceği anlamına gelmediği kuralının benimsenmesi.
Bir ilişki bittiği zaman bunun terk edilme demek olmadığı, ilişkilerin de zamanla farklı yönlere evrilebildiği ve artak tarafları doyuramayabileceğinin düşünülmesi gerektiği.

Hedeflenen şemalar ve modlar	Terk edilme şeması Kırılgan çocuk modu Kopuk korungan mod Aşırı telafi
İlerleme ve engeller	Engel: Terapinin başında eşinden ayrı yaşamak ölüm ile eşdeğerdi İlerleme: Terapinin başında mümkün görünmüyorken şimdi eşi olmadan da yaşayabileceğini düşünüyor, eşinin duygusal yoksunluk şeması olabileceğini, bunun da kendisine iyi gelmediğini düşünüyor.

4. Terapi Hedefleri:

Baba cinsel tacizi nedeniyle yaşanmış travmatik geçmişin izlerinin silinmesi
Anne ile olan ilişkinin anlamlandırılması

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 17

Version

Hedeflenen şemalar ve modlar	<p>Güvensizlik / Suistimal edilme şeması Duygusal yoksunluk şeması Terk edilme şeması Kusurluluk Şeması Kırılgan çocuk modu Kopuk korungan mod Aşırı telafiler</p>
İlerleme ve engeller	<p>Engel: 1) Bunun olmayacağına dair tereddütler 2) Daha önce üzerinde çok durduğu ve bu duygularla çok karşılaştığı için sorunun çözülmüş olabileceğini düşünme 3) Affettim düşüncesiyle üstünü örtme 4) İmgeleme çalışmalarında başarısızlık</p> <p>İlerleme: Travmatik anılarla karşılaşmaya başladı, kopuk korungan modun üstesinden gelindi. Kendi başına çözdüğünü düşündüğü sorunların ertelendiğini ve bunun onun bugünkü yaşantısını etkilediğini gördü ve kabullendi. Yaşadıklarını anlamlandırdıkça bugünkü ilişkilerini de gözden geçiriyor.</p> <p>Babaya öfke çıktı, şerefsiz bir babanın çocuğu olduğunu kabul ettiğini ama bunun onu kusurlu yapmadığını belirtiyor. Hayatındaki esas sorunun baba değil anne olduğunu düşünüyor</p> <p>Anne ile olan ilişkiyi daha önce yapmadığı kadar incelemeye başladı. Tacizi anlattığında annenin kendisine inanmamasını, üstünü örtmesini ve babayla aynı evde yıllarca yaşamaya mecbur etmesini düşündükçe annenin kendisiyle bir rekabete girdiğini, bu yüzden de gittikçe daha düşmanca davrandığını düşünmeye başladı. Diğer kardeşlere olan daha koruyucu tavırlarını da bu şekilde açıkladı. Baba taciz için öncelikle kendini seçtiğinden annenin düşmanlığını da kazanmış olabilirim diye düşündü.</p> <p>Ben şuursuz bir ana babanın evladım diye düşünüyor, bunun ebeveynlik olmadığını, kendisine çok zarar verdiklerini söylüyor.</p> <p>Anne ile olan ilişkisine nasıl yön vereceği konusunda dalgalı bir seyir izledi. Önce anne ile ilişkiyi tamamen kesmeyi düşündü. Daha sonra annenin artık ona hiç bir şey ifade etmediğini, ama hayatından çıkarmaya da çok gerek olmadığını düşünmeye başladı. Bunun sağlıklı yetişkin mi kopuk korungan mod mu olduğu terapistin üzerinde durduğu ve çalışmayı düşündüğü konu. Son olarak anneyi hayatından çıkarmaya karar verdi görüşmeyi kesti.</p>

EK 1 - Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu (devam)

Kavramsallaştırma Formu

Şema Terapi Vaka

2.22 Page 18

Version

5. Diğer Terapi Hedefleri:		Değerli olduğuna inancın artması
Hedeflenen şemalar ve modlar	Kusurluluk şeması Şema teslimi (değer verildiği zaman buna gerek olmadığını düşünme ve söyleme)	
İlerleme ve engeller	Küçük Latife'ye değer verme konusunda ilerlemeler var. Kutlamaktan hoşlanmadığı doğum günleri için yeni planlar yapmaya başladı. Kızına yaptığı ebeveynliği içindeki küçük Latife'ye de yapması konusunda hem fikir olundu... Hoşuna giden kıyafetler almaya karar verdiğini, beğendiği bir şey olduğunda bunun için para harcamaktan çekinmeyeceğini belirtiyor.	

XI. Ek Yorum veya Açıklamalar (Opsiyonel):



© February 7th 2018. International Society of Schema Therapy (ISST).

© Türkçe form telif, Alp Karaosmanoğlu, Gonca Soygüt Pekak, Esra Tuncer ve F. Sevinç Görül Alkan.

Not: Çeviri aşamasındaki katkılarından dolayı Güliz Şan ve İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Program öğrencilerine teşekkür ederiz.

**EK 2 – Klinik Değerlendirme ve Psikoterapi Süpervizyon Eğitimleri için
Aydınlatılmış Onam Formu (devam)**

Bu eğitime katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Eğitim amaçlı psikoterapi sürecine katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen terapi sürecinde katılımcı olarak yer alma kararı verdim. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülikle kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

[Redacted area for participant information]

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı, Soyadı: Mine Kutlu

Adres: Şehir Univ. Klinik Psikoloji VL programı

Telefon: 0532 475 13 83

İmza: _____

EK 3 - Psikoterapi Süreç Araştırması için Aydınlatılmış Onam Formu

İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı
PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Danışan Formu)
(Şema Terapi-Versiyonu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma sadece gözlem tekniğine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz görüşmelerin görsel kayıtlarının alınmasına izin vermenizdir. Bunun yanı sıra araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayla ilgili bazı soru formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'ın görevlendirdiği bir uzman psikolog adayı tarafından görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitimi veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bulunmanız, ertelemenin zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecek, ancak araştırma dışı tutulacaksınız.

Şema terapi uzun süreli bir psikoterapi yöntemi olup ön görülen süre yaklaşık bir yıldır. Araştırma kapsamında Öğrenci Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi tarafından laboratuvarımıza yönlendirilen danışanlarla çalışılması planlanmıştır.

Sorununuzla ilgili olarak burada uygulanacak tedavi şema terapidir. Bu tedavi dışında da farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Sorununuzla ilgili ilaç tedavileri ve başka uzun süreli bir takım tedavi yöntemleri de vardır. Şema terapinin etkililiği ve geçerliliği bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir ve dünyanın her yerinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Ayrıca araştırmaya seçilmenizden nedenlerinden biri başvurduğunuz sorun alanının şema terapiye uygun olmasıdır. Bununla birlikte, eğer araştırma sırasında başka bir tedavi yönteminden daha fazla yararlanacağınız düşünülürse, bu yöntemlere yönlendirilmeniz yapılacaktır. Bu durum araştırmanın amacı açısından uygun değilse araştırma dışı tutulacaksınız. Başka bir deyişle, sizin yararınız araştırma amacının önünde tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, bu konuda eğitim almış uzman bir psikolog adayı tarafından görülmeye şansınız kazanmış olacaksınız. Bu görüşmeler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve tazminat talebi kabul edilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın Dr./Uzman Hime Kestel tarafından İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

1/2

EK 3 - Psikoterapi Süreç Araştırması için Aydınlatılmış Onam Formu (devam)

Eğer bu araştırmaya katılırsam uzman ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanım sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi ve psikolojik durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____


EK 4 - Etik Kurul Onay Formu

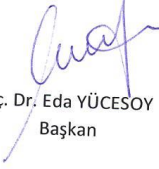
ARAŞTIRMA ETİK KURUL KARARLARI

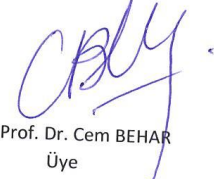
Toplantı Tarihi : 11.11.2019
Toplantı Sayısı : 45/2019
Toplantı Saati : 13:00
Toplantı Üyeleri : Doç. Dr. Eda YÜCESOY
Prof. Dr. Nihat BULUT
Prof. Dr. Cem BEHAR
Doç. Dr. Elif ÇELEBİ
Doç. Dr. Hızır Murat KÖSE
Doç. Dr. Sinem ELKATİP HATİPOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Betül NİZAM
Dr. Öğr. Üyesi Eyyüp Said KAYA

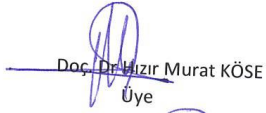
Karar No : 1 - İstanbul Şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu, proje yürütücüsü Mine Algaç Kutlu tarafından sunulan, " Ensestin Anlamlandırılması: Hermenötik Fenomenolojik Tek Vaka Sunumu " isimli proje taslağını değerlendirilerek, projenin uygunluğuna karar verilmiştir.

Aşağıda isimleri ve imzaları bulunan İstanbul Şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu üyeleri, araştırmacı tarafından kurula sunulan yukarıdaki bilgiler ışığında, ekte belirtilen araştırmanın yürütülmesinde etik açıdan bir sakınca görmemektedir.

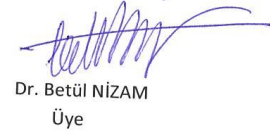

Prof. Dr. Nihat BULUT
Üye


Doç. Dr. Eda YÜCESOY
Başkan


Prof. Dr. Cem BEHAR
Üye


Doç. Dr. Hızır Murat KÖSE
Üye

KATILMADI
Doç. Dr. Elif ÇELEBİ
Üye


Dr. Betül NİZAM
Üye


Doç. Dr. Sinem ELKATİP HATİPOĞLU
Üye


Dr. Eyyüp Said KAYA
Üye