

**T.C.**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Tekrarlayan Düşük Yaşayan Kadınların**

**Ruhsal Süreçlerinin İncelenmesi**

**Aylin DÜZEN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. İrem ERDEM ATAK**

**İSTANBUL, Haziran, 2016**

Aylin DÜZEN

(132005042)

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:**

**Tezin Savunulduğu Tarih:**

**Tez Danışmanı:** Yrd. Doç. Dr. İrem ERDEM ATAK

**Diğer Jüri Üyeleri:** Yrd. Doç. Dr. Ece TUNCAY

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Elif YAVUZ SEVER



# ÖNSÖZ

Yüksek lisans dönemimden itibaren bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, henüz yolun başındayken hem mesleki hem akademik anlamda birçok deneyim kazanmamı sağlayan ve kendisiyle çalışma fırsatını bulduğum için minnettar olduğum değerli tez danışmanım ve hocam Yard. Doç. Dr. İrem Erdem Atak'a;

Yüksek lisans sürecim boyunca desteğini hiç esirgemeyen, alanındaki titizliği ve araştırmacı yönüyle her zaman yol gösterici olan değerli hocam Doç. Dr. Aslı Akdaş Mitrani'ye;

Psikanalizle tanışmamı sağlayan, alandaki bilgisi ve mesleki duruşuna hayran kaldığım Prof. Dr. Tefrika Tunaboşlu İkiz'e;

Dostluğu ile bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan Sinan'a;

Tez sürecinin her aşamasında yanımda olmaya çalışan, her zaman desteğini ve sevgisini hissettiren Savaş'a;

Sonsuz sevgi ve desteklerinin bana her zaman güç olduğu, bana kattıkları değerler için her zaman minnettar olduğum, çok değerli ve biricik ailem Sayime Düzen, Kemal Düzen ve Barış Düzen'e;

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

|   | <u>SAYFA NO</u> |
|---|-----------------|
| ÖNSÖZ .....   | i               |
| İÇİNDEKİLER .....   | ii              |
| ÖZET .....  | vi              |
| ABSTRACT .....  | vii             |
| KISALTMALAR .....   | viii            |
| TABLO LİSTESİ .....   | ix              |
| BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....  | 1               |
| BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER .....   | 3               |
| 2.1. PSİKANALİTİK KURAMDA KADINLIK .....  | 3               |
| 2.1.1. Penis Hasedi .....   | 4               |
| 2.1.2. Erkeksi Etkinlikten Kadınsı Edilgenliğe (Ergenlik<br>Dönemindeki Değişimler/ Dönüşümler) ..... | 7               |
| 2.1.3. Anne Olmak .....   | 9               |
| 2.1.3.1. Erken Dönem Anne İlişkisi .....  | 10              |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.1.3.2. Ödipal Üçgende İlişkiler .....                              | 12        |
| <b>2.2. ANNE OLAMAMAK .....</b>                                      | <b>16</b> |
| <b>2.3. HAMİLELİK .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>2.3.1. Hamilelik Sürecinde Ortaya Çıkan Duygulanımlar .....</b>   | <b>20</b> |
| 2.3.1.1. Hamileliğin Normal Seyrinde Ortaya Çıkan Duygulanımlar..    | 20        |
| 2.3.1.2. Gebelik Dönemlerine Göre Yaşanan Psikolojik Değişiklikler.. | 21        |
| 2.3.1.3. Gebelikte Depresyon .....                                   | 22        |
| 2.3.1.4. Prenetal Bağlanma .....                                     | 24        |
| <b>2.3.2. Hamileliğin Sonlandırıldığı Durumlar .....</b>             | <b>25</b> |
| <b>2.3.3. Hamileliğin İstenerek Sonlandırıldığı Durumlar .....</b>   | <b>27</b> |
| 2.3.3.1. Küretaj .....   | 27        |
| 2.3.3.2. Küretajın Tarihçesi .....                                   | 28        |
| 2.3.3.3. Küretajın Dini Yönü .....                                   | 28        |
| 2.3.3.4. Dünyada ve Türkiye’de Yasal Durum .....                     | 29        |
| 2.3.3.5. Dünyada İstemli Düşüklerin Durumu .....                     | 31        |
| 2.3.3.6. Türkiye’de İstemli Düşüklerin Durumu .....                  | 32        |
| <b>2.3.4. Hamileliğin İstenmeyerek Sonlandırıldığı Durumlar.....</b> | <b>33</b> |
| 2.3.4.1. Tekrarlayan Düşükler .....                                  | 33        |
| 2.3.4.2. Tekrarlayan Düşüklerde Etiyolojik Faktörler .....           | 33        |
| 2.3.4.3. Tekrarlayan Düşüklerde Tedavi .....                         | 36        |
| <b>2.4. KAYIP DURUMUNDA YAŞANAN DUYGULANIMLAR...</b>                 | <b>36</b> |
| <b>2.4.1. Depresyon .....</b>  | <b>38</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4.2. Öfke .....  | 39        |
| 2.4.3. Kayıp Sonrasında Sosyal Destek .....  | 39        |
| 2.4.4. Yas Süreci .....  | 40        |
| 2.4.5. Kayıp Sonrası Psikososyal Destek .....  | 42        |
| <b>BÖLÜM 3. TEZ ÇALIŞMALARI .....</b>  | <b>43</b> |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....  | 43        |
| 3.1.1. Kuramsal Hipotezler .....   | 43        |
| 3.1.2. İşlemsel Hipotezler .....   | 44        |
| <b>3.2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ .....</b>  | <b>45</b> |
| 3.2.1. Örneklem .....  | 45        |
| 3.2.2. Araştırma Araçları .....  | 45        |
| 3.2.2.1. Demografik Bilgi Formu .....  | 45        |
| 3.2.2.2. Psikanalitik Öngörüşme .....  | 45        |
| 3.2.2.3. Rorschach Testi .....   | 46        |
| 3.2.2.4. Beck Depresyon Envanteri .....  | 48        |
| 3.2.2.5. Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği .....                                     | 49        |
| <b>BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>  | <b>50</b> |
| 4.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ BULGULARI .....  | 50        |
| 4.1.1. Sosyodemografik Bulgular .....  | 50        |
| 4.1.2. Beck Depresyon Envanteri ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Bulguları ..... | 51        |
| 4.1.3. Rorschach Testinden Elde Edilen Bulgular .....  | 53        |
| 4.1.3.1. Betimsel Analiz .....   | 53        |
| 4.2. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI .....  | 55        |

|  |     |
|--|-----|
| 4.2.1. Nesne İlişkilerinde Yaşanan “Pregenital” Sorunlar ..... | 56  |
| 4.2.2. Pre-ödüpal Baba Tasarımlarına Ait Bulgular .....        | 61  |
| 4.2.3. Özdeşim Sorunsalına Ait Bulgular .....                  | 64  |
| 4.2.4. Dürtüsel Dünyanın İşleyişine Ait Bulgular .....         | 70  |
| 4.2.5. Duygulanımsal Dünyaya Ait Bulgular .....                | 71  |
| 4.3. TARTIŞMA .....  | 73  |
| 4.4. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER .....                           | 79  |
| <b>KAYNAKLAR</b> .....   | 81  |
| <b>EKLER</b> .....   | 97  |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....  | 113 |

# ÖZET

## Tekrarlayan Düşük Yaşayan Kadınların

### Ruhsal Süreçlerinin İncelenmesi

Bu çalışmada tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal süreçlerinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu çalışma, psikanalitik kuram temel alınarak, projektif bir test olan Rorschach Testi, Beck Depresyon Envanteri ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul'da bulunan özel hastanelerin Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne başvuran, birbirini takip eden en az iki ya da daha fazla gebeliğinin 20. Hafta öncesinde spontan olarak sonlanmış olduğu 18-50 yaş aralığındaki 25 kadın ile yapılmıştır. Uygulama öncesi katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Öncelikli olarak verilen sosyodemografik bilgi formunun ardından, psikanalitik yönelimli öngörüşme yapılmış; sonrasında da Rorschach Testi, Beck Depresyon Envanteri ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği uygulanmıştır. Rorschach Testi Fransız Okulu'na bağlı kalınarak içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler ve içerik analizi sonucunda tekrarlayan düşük yaşayan kadınlarda, nesne ilişkilerinde problematikler, özdeşim kurmakta yaşanan güçlükler, duygulanımsal dünyanın kısıtlılığı ve dürtüsel işleyişin ketlenmesine ait bulgular saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan Düşük, Dürtüsel İşleyiş, Nesne İlişkileri, Özdeşim.

**Tarih:**



# **SUMMARY**

## **The Mental Processes of Women**

### **Who Experienced Habitual Abortion**

In this study it is aimed to investigate the mental processes of women who experienced habitual abortion. The current study, which is based on the psychoanalytical theory, conducted through the projective test Rorschach, Beck Depression Inventory and State-trait Anger Expression Inventory. The study done with 25 women who experienced at least 2 consecutive pregnancy losses prior to 20 weeks from the last menstrual period and who apply Maternity Department in private hospital. Participating in the study were first informed about the study and then their consent was taken. A general demographic form was filled in initially and then the psychoanalytically oriented interview, the Rorschach Test, Beck Depression Inventory and State-trait Anger Expression Inventory were conducted with each patient. The analysis of the Rorschach results are carried out according to the French School of the Projective Methods by the content analysis. The statistical evaluation and content analysis resulted establishment of findings related with the problems of object relations, the problems about identification, the wealth of affective world and inhibited operation of drive in women having recurrent miscarriage.

**Keywords:** Recurrent Miscarriage, Operation of Drive, Object Relations, Identification.

**Date:**

## **KISALTMALAR**

**BKİ:** Beck Depresyon Envanteri

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SÖÖTÖ:** Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği



# TABLO LİSTESİ

## SAYFA NO

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1:</b> Katılımcıların Yaş, Kardeş sayısı ve Düşük sayısına Dair .....                                    | 50 |
| <b>Tablo 2:</b> Katılımcıların Eğitim Durumu Tablosu .....  | 51 |
| <b>Tablo 3:</b> Beck Depresyon Envanteri Tablosu .....  | 51 |
| <b>Tablo 4:</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....      | 52 |
| <b>Tablo 5:</b> Beck Depresyon Ölçeği ile Öfke İçte Tutma Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ..... | 52 |
| <b>Tablo 6:</b> Beck Depresyon ile Öfke Dışa Vurma Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....        | 52 |
| <b>Tablo 7:</b> Beck Depresyon ile Öfke Kontrol Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....           | 53 |
| <b>Tablo 8:</b> Katılımcıların Rorschach Testi Yanıt Sayıları ve Lokalizasyon Betimsel İstatistikleri .....       | 53 |
| <b>Tablo 9:</b> F Sayısı Betimsel İstatistikleri .....  | 54 |
| <b>Tablo 10:</b> Hareket Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri .....   | 54 |
| <b>Tablo 11:</b> Renk Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri .....  | 54 |
| <b>Tablo 12:</b> İçerik Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri .....  | 55 |

# BÖLÜM 1

## GİRİŞ VE AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal süreçlerini Beck Depresyon Envanteri (BDE), Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve projektif bir test olan Rorschach Testi'ni kullanarak incelemektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1977'de düşüğü, bebeğin 500 gr. ya da daha az ağırlıktayken uterustan dışarı atılması ya da uterustan alınması şeklinde tanımlamıştır. Tekrarlayan düşükler ise ard arda iki ya da daha fazla sayıda gebeliğin 20. Gebelik haftası öncesinde sonlanması şeklinde tanımlanmaktadır. (Cunningham ve ark., 1997). Tekrarlayan düşükler için birçok etiyolojik faktör olmakla birlikte, yaklaşık olarak yarısında herhangi bir tıbbi neden bulunamadığı belirtilmektedir. Her bir düşük, bir sonraki gebelikte düşük olasılığını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar spontan bir abortus sonrası yaşanan gebelikte spontan abortus olma riskini %15 olarak belirtmiştir. İki spontan abortus sonrası bu risk %25'e, üç abortus sonrası ise %30-45'e yükselmektedir (Romen, 1984).

Tekrarlayan düşüklerin toplumda görülme sıklığı, zaman zaman tedavilerde yaşanan başarısızlıklar ve neden belirlenmesinde yaşanan güçlükler göz önüne alındığında bu konuda oldukça kısıtlı bir literatürle karşılaşmaktayız.

Türkiye'de tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal dünyası, psikanalitik kuram temel alınarak yapılan bir araştırma ile değerlendirilmemiştir. Tekrarlayan düşük yaşayan kadınlarda psikodinamik faktörlerin incelenmesinin ruhsal işleyişlerinin çözümlenmesine olanak tanıyarak, tedavi sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmanın, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal

süreçlerini anlamak adına yeni bir bakış açısı önermesi ve bu anlamda literatüre katkı sağlaması temenni edilmektedir.



## **BÖLÜM 2**

### **GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. PSİKANALİTİK KURAMDA KADINLIK**

Freud'un, henüz keşfedilmemiş 'karanlık kıta' olarak betimlediği kadın cinselliği, psikanalitik kurama penisten yoksun eksik kişi olarak girmiştir (Grigg vd., 2015).

Geçmişten bugüne tüm toplumlarda güç daha "fallik" olarak tanımlanmaktadır. Böyle bir söylem analitik bir değerlendirmeden çok antropolojik olarak görülmektedir (Andre, 2005). Cinsiyet karşımıza kimlikle ilgili bir olgu olarak çıksa da, aynı zaman da bir diğer cinsiyete ait olmama anlamını taşımaktadır (Parman,2007). Kadın ve erkek sözcükleri, biyolojik olarak bir cinsiyete sahip olmayı gösteren, iki kutbu tanımlar. Fakat kadın ve erkeği ruhsal olarak değerlendirdiğimizde, kadın ve erkeğe dair biyolojik olarak çok mutlak olan tanımlar netliğini yitirir (Keser, 2005).

Freud'a göre çocukluktan itibaren cinselliğin evrimi, cinselliğin gitgide toplumsallaşması ile ilgilidir. Bu toplumsallaşma sırasında çocuk, kısmi doyumlarını birbiri ardına terk eder. 0-3 yaş aralığında oral ve anal doyumlar terk edilir; 3-6 yaş aralığındaki fallik evrede yaşanan kastrasyon karmaşası ile birlikte anne ve babanın arzu nesnesi olarak belirmesi, karşı cins ebeveyne yönelik arzu bastırılırken aynı cins ebeveynle özdeşim kurulması söz konusudur. Ardından savunma mekanizmalarının kurulduğu, çocukluk çatışmalarının yatıştığı gizil (latans) döneme geçilir. Son olarak ise 12-18 yaşları arasında görülecek olan, cinsel dürtülerin arttığı, cinsel doyum yollarının arandığı, çocuksu çatışmaların yeniden canlandığı genital evreye geçilir (Freud, 1969).

### 2.1.1. Penis Hasedi

Fallik dönem ile birlikte kız çocuğunda kastrasyon karmaşası, cinsiyet organını görmesiyle birlikte, annesine , kendisine bir penis vermediği için kızgınlık duymasıyla başlar. Bu durum aynı zamanda penis hasedinin de başlangıcıdır. Freud (1924), kadınlarda asıl korkunun nesnenin sevgisini kaybetme korkusu olduğunu ifade etmiştir. Kız çocukta anneye karşı hem kızgınlık hem de sevgiyi kaybetme korkusu anne ile ilişkisinde çifte değerliğe yol açar. Kadının libidinal gelişiminin asıl sorumlusu olan penis hasedinde, bu durumun sorumlusu anne olarak görülür. Klein (1932), kız çocuğunun annenin bedeninin içi ile ilgilendiğini ve ona ait olmayan bu alana ısırarak, vurarak, çalarak sahip olmayı arzu ettiğinden söz eder. Aynı zamanda anne ile ilgili bu arzusu, annenin misilleme yapabileceği endişesini doğurur. Kız çocuğunun bedeninin içi ile ilgili yaşadığı bu endişe, aynı zamanda kastrasyon kaygısını oluşturan şeydir.

Freud'a göre çocuk tarafından algılanan cinsel organ, her iki cinsiyet için de erkek cinsel organıdır. Buradan yola çıktığımız da, kız çocuk için klitoris küçük bir penis olarak algılanır (Freud, 1974). "Eksiklik" psikanalizde sembolik olarak düşünülmektedir. Kadınlığın gelişimi, eksiklik nedeniyle oluşan hayal kırıklıklarının sembolik açıklamasıdır (İkiz, 2004). Fiziksel olarak eksikliğin farkına varma ve kendini aşağı görme, kültürlerin etkisi ile daha da şiddetlenebilmektedir. Bu durumda kız çocuğu, penis hasedi ya da anneden uzaklaşıp babaya yönelme yollarından birini izleyecektir. Bu nesne değişimi ile birlikte eksik olarak görülen anne de değersizleştirilmiş olacaktır (Bergeret, 2011). Babaya yönelen kız çocuğu, babasından istediklerini elde edemeyince, yaşadığı hayal kırıklığını benlik idealleri üzerinden yüceltme yoluyla gidermeye çalışacaktır (Freud, 1974). Baba ile cinsel birleşme yoluyla penisin paylaşılması ve bebek sahibi olunmasına izin verilmemesinin yarattığı hayal kırıklığı, kızın erken dönemdeki penise sahip olma arzusunu harekete geçirir. Bu durumdan mahrum kalma yaşantısına karşı ilk ve kaçınılmaz savunması suçluluk ve üstbenliğin oluşumu olacaktır. Bu durumda kız çocuğunun babaya karşı erotik bağlanma ya da kadınlığını gözden çıkarmak arasında bir seçim yapması gerekecektir. Bu seçimler doğrultusunda heteroseksüel kadınlar anneden korkacakken, homoseksüel kadınlar babadan korkacaktır (Jones, 1927). Hayal kırıklığına neden olan bir diğer etken ise sevgi talep eden kadının cinselliğini sadece penisin harekete geçirebilecek olmasıdır.

Böylece kız çocuğu ne annesinin ne de kendisinin birbirlerini tamamlayamayacaklarını açıkça görmüş olur (Amar, 1994).

Freud, çocuğun bakım vereniyle ilişkisinin sürekli bir cinsel uyarı ve erojen bölgelerde olan hazzın kaynağı olduğunu, annenin çocuğuna kendi cinsel yaşamına ait duyguları armağan ettiği ve çocuğuna açıkça cinsel nesnenin ikamesi olarak davrandığından söz eder. Bu durumda, annenin erotik yatırımının altı çözülmüş olsa da burada tek cinsel nesne değil, ikamedir (Freud, 1974). Erkek çocuğun yaşadığı karmaşayı çözmesi penisini muhafaza edebilmesiyle mümkünken, kız çocuk için çözüm, bir penis ikamesi edinmesi ile mümkün olacaktır (Freud, 1925). Starcke (1921) ise kastrasyon karmaşası korkusunun erkek çocuk için karşılığının penisi kaybetme tehdidiyken, kız çocuk için bu korkuya karşılık gelen bir tehdidin olmadığından söz eder. Çocuk, bir kadınla ilk bağlantısını, penise benzer bir organ olan meme ile kurar. Bu anı ile kadında penisin var olduğu düşüncesi desteklenir (Starcke,1921). Penisin zorla alındığı düşüncesi kadınlarda erkeklere yönelik düşmanlık ve intikam alma duygularını ortaya çıkarır. Bu da kadında genitallerinin bir yara olduğu düşüncesini doğurur. Kadınların yaşadığı, adet görme, çocuk doğurma, bekaretin bozulması gibi cinsel gelişimin temel noktalarında yaşamış oldukları kastrasyon travması yeniden canlanma eğilimindedir. Bu düşüncelerle uzlaşma sağlamanın yolu, çocuk istemek ve pasif doyumunu arzulayabilmek ile mümkün olacaktır (Abraham, 1922). Kadınların üreme fonksiyonlarına dair bu yaşantılar, biyolojik olarak acı çekmeye mahkum edilmişler gibi düşünmelerine neden olur. Buradan yola çıkarak cinsel birleşme de sadistik bir biçimde ele alındığında, ideal erotik gelişimin bozulması söz konusu olabilir. Zamanla edilgen cinsel birleşmenin haz veren yanı keşfedildiğinde, libidonun kadınsı amaçlara da hizmet ettiği görülecektir (Bonaparte, 1935).

Tam olarak bir kadınsı tavır edinebilmekte son aşama vajinanın bir haz organı olarak kabul edilmesi ile gerçekleşebilmektedir. Penis ve meme arasında söz konusu olan eşitlik göz önüne alındığında vajina da klitoris rolünü alabilmelidir. Bu rolle birlikte edilgen ve kadınsı tavrı, oral, emme eylemine dayanmaktadır (Deutsch, 1992). Erkeksi altbenliğin arzusu kadına hükmetmekken, kadınsı altbenliğin arzusu ise hükmedilmektir (Braunschweig, 1926). Kadın, erkeksi tavrını vurgulamaya çalışır ve klitorisle bağlantılı dürtülerini bastırmaya çalışırsa aslında penis hasedine daha duyarlı hale gelecektir.



Fakat klitorisle bağlantılı dürtülerini kabul eder ve doyuma ulaştırırsa, bu durum onu penis hasedinden de uzaklaştıracaktır (Müller, 1926). Kadınlığı bastırmak, erkeksi bir tutum olmaktan daha çok anneye yönelik öfke ve korku ile ilgilidir. Kız çocuğun birincil penis arzusunun zamanla bir erkeğin penisini önce oral sonra vajinal yolla içe alma şeklinde dönüşmesi normal kadınsı bir arzudur. Bu arzu ise penisi içe alma ve bunun sonucunda bebeğe dönüştürmek ile ilgilidir (Jones,1935). Kız çocuğu memeden sonra hazzın temel kaynağı olan klitorise yönelir ancak bu çözümden yeterince doyum sağlayamayan çocuğun da penis arzusunun yerini yavaşça çocuk arzusu alır (Freud, 1961).

Kadın, anne olduğunda libido benliğe yönelir ve ikincil narsizmi oluşturur. Libido, yöneldiği nesne olan dış dünya ilişkilerinden çekilir ve nesne libidosu üstbenlik olarak çocuğa geçirilir. Yaşanan tüm bu değişimlerin beraberinde getirdiği doğum ile birlikte kadının ruhsal dünyasında yoğun bir boşluk duygusu ve hayal kırıklığı baş gösterir (Deutsch, 1992). Kadınsılığın oluşumunda narsistik özdeşimin ötesinde, anne ve ailedeki diğer kadınların hislerine dair bilinçli ve bilinçdışı tasarımların etkisi de oldukça önemlidir. Anne ile narsistik özdeşim kuran kız, engellenme karşısında annenin arzu nesnesi olan babaya yönelecektir (Sala, 2009).

Cinsel birleşme sırasında kadında, bilinçli veya bilinçdışı düzeyde arzuladığı ve sevdiği erkekten gebe kalma arzusu söz konusudur. Arzu duyulan erkek, kadına kadınsılığı ve gebe kalma arzusunu yaşatabiliyorsa, o erkeğin kadın için önemi oldukça açıktır (Dolto,1998). Kadınsı ve erkeksi kavramları, bize bir cinsiyetten çok bir cinsiyete özgü olanı düşündürmelidir. Hiçbir erkek yoktur ki erkeksi özelliklerine az ya da çok kadınsı özellikler de karışmamış olsun. Benzer şekilde hiçbir kadın yoktur ki kadınsı özelliklerine erkeksi özelliklerde eşlik etmemiş olsun (Keser, 2007).

Horney (1926), birincil penis hasedi kavramından söz etmiştir. Bu kavram kadınların bilindışı erkek olma arzularına sığınarak kadınsılıklarını reddetmeleri ve böylelikle kadınlıktan kaçtıkları ikincil bir oluşumu anlatır. Horney, felsefi çalışmalarda söz edilen erkeksi uygarlıkları, din, yasa, bilim gibi bir çok alanda erkek yaratıların olduğu düşüncesi ve bu bakış açısının toplumdaki egemenliğini eleştirmektedir. Erkeğin üreme üzerindeki rolünün kadından çok daha az olduğundan ve kadının erkekler üzerindeki tek üstünlüğünün doğum sırasındaki haz olarak gösteriliyor olmasından söz eder.

Kadınlığın kazanılması için, öncelikle altında anneye yönelik eşcinsel bağların da olduğu anne ile özdeşim kurulması gerekir. Bu eğilim kendine rahatça ifade bulabildiğinde anne ile özdeşimin yolu ve dolayısıyla da kadınsılığın yolu açılmış olacaktır. Böylece, kadınsı eşcinsellik yapılandırıcı bir özelliğe dönüşmüş olur (Godfrind, 2007).

### **2.1.2. Erkeksi Etkinlikten Kadınsı Edilgenliğe (Ergenlik Dönemindeki Değişimler/Dönüşümler)**

Ergenlik dönemi ile birlikte ödipal çatışma yeniden alevlenir. Winnicot'un “büyümek eylem olarak saldırganlık içerir” cümlesi ile açıkladığı bu dönemde enest yasağı yeniden gündeme gelir (Marcelli ve Braconnier, 1999). Bu dönem her iki cinsiyet için de anne ve baba imgelerinin kaybı anlamına gelir. Bedene olan yatırımların arttığı ergenlik döneminde, kadın bedeni ve anneliğe dair korku ve kaygılarla geçirilen bir dönem şeklinde de yaşanabilmektedir (İkiz, 2004). Ergenlik döneminin başlaması ile birlikte otoerotik olan cinsel dürtü, cinsel nesneyi bulmaya yönelecektir (Freud,1905). Freud (1905), bu dönemde yaşanan en önemli değişimin tüm cinsel uyarıların yeni bir hedefe yani üremeye doğru yönelmesi olduğundan söz eder. Enest yasağı karşında uygun görülen yabancı nesnelere yönelme söz konusudur. Bu dönemde cinsel yaşam aslında düşlemler üzerinedir ve bu durum bir birlikteliğin yaşanmasına dek sürer. Freud'a göre, çocukluk döneminde ödipyen çatışmaların yatışması ve latans dönemi ile erinlikle başlayan ve sonucunda çocuk cinselliğinin normal halini aldığı dönem olmak üzere, psikoseksüel gelişim iki aşamada gerçekleşmiş olur. Ergenliğin temel amacı, cinsel doyuma ulaşabilmek ve enest yasağı ile ilgili olmayan yabancı libido nesnelere yatırım yapabilmektir (Spiegel, 1951).

Ne istediğini bilmeden durmaksızın arzulayan çocuk cinselliğinin çok biçimli bir yapısı vardır. Genital cinsellik ise bir amaca yöneliktir (Andre, 2007). Bernfeld (1996), ergenliğin iki gelişim süreci olduğundan ve cinsellik yetisi ve cinsel olgunlaşmanın ayırımından söz eder. Cinsel yeti, fizyolojik bir sürecin tamamlanmasıyla kazanılırken, cinsel uyarıların algılanması ve uygun yanıtların verilmesi gibi ruhsal süreçler sonucunda cinsel olgunluk kazanılır. Son aşamada ise libidinal ihtiyaçlar uygun cinsel doyuma dönüşür. Bernfeld ayrıca ergenlikteki bedensel ve ruhsal gelişim arasındaki süre farklılığına değinmiştir.

A. Freud (1936), erişkin psikanalizinin özgünlüğünden ve çocuk psikanalizi ile eşdeğer tutulması gerektiğinden söz etmiştir. Çocuk cinselliği otoerotik bir doyuma yönelirken, ergen cinselliği başka nesnelere ilişki yoluyla üreme işlevine sahiptir. Bu dönemdeki dürtüsel çatışmaların Ben'i zayıflattığını ve id ile dengesini bozduğunu belirtir. Klein (1925) ise, bu dönemi indirgeyerek, ergenliğin yalnızca basit bir çocuksu ödipal çatışmanın yinelemesi olduğundan bahseder.

Male (1964), ergenlik döneminde yaşanan krizi ikiye ayırır. Birincisi 10-15 yaşlarında yaşanan erinlik kriziyken, bir diğerini yirmili yaşlara kadar süren gençlik krizidir. Erinlik krizinin yaşandığı dönemde, bedende değişimlerin olması ile birlikte beden ve kendilik hakkında kaygılanılan ve ilk cinsel deneyimlerin yaşandığı dönemdir. Gençlik krizinin yaşandığı dönemde ise bireyselleşmenin ve özgün olmanın baskın olduğu görülür.

Blos (1979), ergenlikteki çatışmalı durumu, çocukluktaki ideal nesnelere ideal olmaktan çıkarma süreci ile ilişkilendirmiştir. Kişi hem kendi yetersizliklerini keşfederek ideal anne baba imagolarını bozmaktadır hem de kendi sınırlılıklarını keşfederek benlik idealini bozmaktadır. Bunun sonucunda ergenlik sırasında yaşanan çatışma aslında büyüyebilmenin normal bir sonucu olduğu düşünülebilir. Coleman (2010) ise ergenliği, kişilikte yaralanmalara neden olabilecek, iç çatışmalara karşı yetersiz kalındığında uyumsuz davranışları ortaya çıkarabilecek, aile dışında kurulan duygusal ve cinsel ilişkiler ile bağların çözüleceği bir dönem olarak açıklar.

Ferenczi (2002), yetişkinliğe evrilirken erojenliğin yerini vajene bırakması beklendiğinden, erkeksi etkinlikten kadınsı edilgenliğe dönüşülmesi gereğinden ve bu durumun kadında yoğun bir penis özlemi yaratacağından bahseder. Bunun sonucunda, cinsel birleşme ile duyulacak olan haz ödünleyici bir haz olmaktan ileriye gidemeyecektir. Bonaparte (1955) ise kadını cinsel gelişimi durmuş olan bir erkek gibi ele alır ve bu yüzden kadının cinsel gereksinimlerinin daha az yoğun olduğunu belirtir. Bunun bir nedeni olarak da, toplumda kadın cinselliğine çok daha fazla baskı ve denetim uygulanmasını görür. Brunswick, başlangıçta kız çocuğunun cinsel yaşamındaki bütün amaçlarının erkek çocuğu ile örtüştüğünden, dolayısı ile kız çocuğunun cinsel evriminin erkek çocuğa göre daha elverişsiz şartlar içinde olduğundan söz eder. Bu bakış açısı kısaca bize kadının vajene olan yatırımının haz ya da cinsel etkinlik amacı ile

yatırımlanmadığını, esas amacının oral türden bir edilginlikle gebelik sağlamak olduğunu belirtmektedir (Henry,1973).

Günümüzde cinsel yaşamın daha özgürleştirildiği söyleyenebilir. Bu durum göz önüne alındığında ve bununla birlikte kaygı ve ona eşlik eden belirtiler düşünüldüğünde, cinsel yaşamın özgürlüğü ile ruhsal yaşamın özgürlüğünün denkleşmediği görülecektir (Andre, 2007).

### **2.1.3. Anne Olmak**

Tarih boyunca kadın cinselliğinin sessizliğini koruması, gebeliğin doyuruculuğu, emzirmenin altında yatan orgazm ve bakım ilişkisin getirdiği erotizmi görünmeden ve en masum haliyle gerçekleştirilmesine olanak sağlamıştır (Andre, 2007).

Emzirme konusunu annelik sürecindeki temel sorunlardan biri olarak ele alabiliriz. Emziren anne için, erojen bir bölge olan meme ile yeni doğan bebeği beslemek için kullanılan meme arasında yoğun bir çatışma söz konusudur. Toplumsal olarak bakıldığında, emziren anne cinselliğiz olarak görülür. Bu nedenle, annelerin kimi zaman yeni doğan bebeği beslemeyi iğrenç bulması ya da cinsel yaşamına dönmek için emzirmeyi sürdürmeye devam etmeleri beklenen durumlardır (Hecker, 2009). Besleyen meme ile erotik meme arasında yapılan geleneksel ayrımın, erkeğin düşlemleri ile alakalı olması muhtemeldir. Annesel ve kadınsının çatışmasına neden olan bu erkeksi sorunsal, Freud'un söz ettiği ensest yasağı ve ödipal arzularından kaynaklanmaktadır. Süt veren anne ile ilgili, kadını anneden, anneyi de çocuktan ayrı düşünmek mümkün görünmemektedir. Kadının ya da annenin memesi tıpkı kadını arzu ettiği adama bağladığı gibi, aşkının meyvesi olan çocuğa da bağlamaya neden olacaktır (Parat, 2009).

Doğum ile birlikte kadın, "penisi" temsil eden çocuğunu kaybetmiştir. Emzirme ile birlikte kadın bu yarasını erteler ve emzirme kadın için aynı zamanda yaşadığı bu fantazmatik kaybın da bir telafisi niteliğindedir. Böyle değerlendirildiğinde emzirme, "içeride" var olanı "dışarıda" yeniden bulmayı mümkün kılandır (Parat, 2009).

### 2.1.3.1. Erken Dönem Anne İlişkisi

Freud, anneliği ruhsal gelişimdeki son basamak olarak görmektedir. Hamilelik süreci ile kadın hem annesine cinsel anlamda sahip olma arzusundan hem de annesinin rahmine sahip olma arzusundan vazgeçebilir. Kadının kendi rahmini düşlemleyebilmesi ancak böyle mümkün olacaktır. Bu noktadan itibaren kadın, hem kadın olmaya devam etmeli hem de anne olabilmelidir (İkiz, 2004). Freud'un, küçük kız çocuğu ile annesi arasında kurulan preödipal bağdan söz etmesi kadın cinselliğine yaptığı en önemli katkılardan biridir. Freud, bu bağın düşünüldüğünden daha güçlü ve uzun süreli olduğundan, içeriğinin zenginliğinden ve beraberinde birçok fiksasyon ve karakter oluşumu olasılığı getirdiğinden söz etmiştir (Özenen, 2007).

Sala (2009), erken dönem anne-kız ilişkisinin önemini sadece anneye çocuk verme ya da ondan bir çocuk sahibi olma arzusu olarak ele alındığında bu yaklaşımın fazlaca indirgemeci olacağından söz eder. Ona göre, erken dönem anne-kız ilişkisinin asıl önemli noktası, anneden kıza zihinsel dünyanın temel örgütlenmesinin olabilmesi için en gerekli tarafların iletilmesidir. Her iki cinsiyet içinde ilk nesne olan anne, kız çocuğu için ayrıca iletimin kaynağı anlamına gelmektedir. Kız çocuğu için özdeşim kurduğu anneye benzemek ya da benzememek, annesinden başkalarını sevmeye kapasitesini öğrenmek ve bunlar olurken anneyi hem rakip hem de düşman olarak görmek gibi çatışmalı durumlar söz konusudur. Anneden kıza ileti, annenin hem kendi bilinçdışı öğeleri hem de kızına ilettiklerini içerdiği için fazlasıyla zengin ama bir o kadar da karmaşık bir haldedir (İkiz, 2004).

Bazı durumlarda, kadının hayatında annesel olan o kadar yer kaplamaktadır ki annelik ve kadınlığı bir arada düşünmek zorlaşır. Annelik ve kadınlığı bir arada yaşamak çatışmaya neden olabilir. Sosyal bağlamda değerlendirdiğimizde, kadını hareketsizleştiren ve öznelliğini elinden alan bir durum olarak görülen anneliğin, kadının ruhsal dünyasında hayal edilemeyen ve beklenmedik bir yeri olur (Finzi,1996).

Winnciott (1992), annelik gebeliği ile başlayan ve doğumun ilk haftalarını izleyen süreçte, annenin bebeğine olan aşırı duyarlılığını “birincil annelik tasası” olarak

adlandırmıştır. Bu dönemde annenin bebeğin bakımına karşı aşırı bir hassasiyeti söz konusudur. Bu durumun çözülebilmesi ise yine bebeği ile olacaktır. Yani anne bebeğine ne kadar iyi bakabildiğini hissederse, sırası ile eşine, diğer çocuklarına ve kültürel nesnelere karşı ilgisini yeniden yönlendirebilme olasılığı mümkün olur.

Annesel ile kadınsı arasında bir uyuşmazlık olduğu düşüncesi doğruyu yansıtmaz. Aslında ikisi arasındaki ilişki en iyi haliyle başarılı bir bütünleşme ve iç içe geçme şeklinde olur. Kadının çocuk arzusu, sevgiliye duyulan aşkın Freud'un belirttiği gibi bir nedeni değil sonucu şeklindedir (Pragier, 2009).

Anne için çocuğunun büyüme sorumluluğunu üstlenmek, öznelliğini ortadan kaldırması gerektiği anlamına gelmemelidir. Aksine, yaşadığı durum aynı zamanda annenin öznelliğini derinleştirme ve zenginleştirme adına olağanüstü bir fırsat sunar (Hecker, 2009).

Winnicott'un neredeyse kusursuz olarak nitelediği “yeterince iyi anne” ile yetersiz ve patojen olarak nitelediği “yeterince iyi olmayan” anne figürlerinin yer aldığı, erken psikanalitik dönemden günümüze doğru baktığımızda, küçük kızın annelik arzusuna doğru giden yolda kadınlık ve kadınsıya doğru yönelişini izleyebiliriz (Gökalp, 2012).

Anne olabilmek için, kadın hem yaşamının erken dönemlerindeki anne ile özdeşleşebilmeli hem de tıpkı annesi gibi babadan bir çocuk sahibi olma arzusuna sahip olmalı, hem de bir başka erkeğe cinsel arzu ve aşk duyabilmelidir. Anatomik açıdan değerlendirildiğinde ise annelik, erkeklik organına sahip olma ve olamama anlamına gelmektedir (İkiz, 2000). Pines'e göre (1990), çocuk yetiştirecek bir kadın için çözümlenmesi gereken iki şey vardır. Bunlardan birincisi, annesinin kadınsı kapasiteleri ile özdeşim kurarak diğer yandan duygusal olarak ondan ayrılıp bireyselleşebilmesidir. İkinci ise bedenine ait tüm sorumluluğu üzerine alabilmektir.

Annelik yaşantısından, açık bir biçimde ilk olarak Winnicott söz etmiştir. Ruhsal anlamda çocuğunu “tutan, kavrayan” annenin önemini vurgulamıştır. Ancak bu “kavrayan anne”nin dinamiklerinin göz ardı edilmiş olması ise kuramın zayıf kalan noktası olmuştur. Winnicott, bebeğin sadece annenin verdiği bakımın yetersizliğini fark edebileceğini ifade eder. Bebeğin yetersiz bakımı fark edip yeterli bakımı ayırt

edememesinin nedeni ise yeterli bakımın zaten doğum öncesinden itibaren fizyolojik bir gereklilik olarak algılanmasıdır (Tükel, 2011).

Doğumla birlikte, kadın için genital organlar gurur kaynağı olur. Çocuğun taşınması, gelişmesi ve büyümesinin sağlanması hem narsistik hem de erotik düzeyde yaşanan bir süreçtir. Doğumla birlikte gerçekleşen yaratıcılık ve doğurganlık, fallik eksikliğin tamamlanmasından da daha fazlasıdır (Abrevaya, 2001). Annelik son kuşak olmaktan vazgeçme anlamını da taşır. Annelik, kendinden sonra bir kuşağın olduğunu kabullenmeyi gerektirir. Aslında her bir neslin soy devamlılığını sağlaması aynı zamanda kendisinden önceki nesli gömdüğü anlamına da gelmektedir (İkiz, 2007).

Palgi-Hecker (2005), psikanalitik kuramdaki anne kavramını feminist bir bakış açısı ile ele almıştır. İddia ettiği en temel şey ise annenin öznel deneyimlerinin de dikkate alınması gerektiğidir. Son yıllarda gelişimsel psikanalitik teoride annenin önemi artmakla birlikte sadece nesne ilişkileri açısından değerlendirildiğini, annenin kendi öznel deneyimlerinin ise karanlıkta kaldığından söz etmiştir. Deutsch ise yaratıcı bir kadın olarak kendi öznel deneyimleri olmasına rağmen, Freud'un fallik modelini bütünüyle kabul eder. Anneliğin doğuştan gelen kadın mazoşizminin aktarımının bir ifadesi olduğundan söz etmiştir (Palgi-Hecker, 2005).

Kadın bedeninin yaşamın erken dönemlerinden itibaren getirdiği kaygı ve kayıplar beraberinde hayal kırıklıklarını da getirmektedir. Tümgülü bir anne imgesi, çocuğun yaşamını sürdürebilmesi için annesine bağımlı olmasının getirdiği bir sonuçtur. Bu birincil güçsüzlüğün izleri çocuğun hayatından hiçbir zaman silinmeyecek ve bu durumdan kurtulma isteği çocuğu babaya yöneltecektir (Erdem-Atak, 2009).

### **2.1.3.2. Ödipal Üçgende İlişkiler**

Ernest Jones(1927), tüm nevrozların altında yatan temel nedenin cinsel zevk alma kapasitesinin tamamen ya da sabit bir biçimde ortadan kalkması olduğunu belirtmiştir. Heteroseksüelliğin normal gelişim seyrinde, sadistik aşama geç gelişir, oral ve klitoris aşamaları güçlü bir boşalma ile gerçekleşmez. Bunun sonucunda, klitoris erkeksi bir tavır sergilemediği gibi oral-sadistik düşlemler de yeterince gelişmemiştir. Oral bir tutum olan emme gelişimsel olarak anala doğru yönelir. Ağız-anüs-vajina eşitliğinin

vurgulandığı bu dönem aynı zamanda anne ile özdeşimi de vurgulamaktadır. Ensest arzuların bastırılması pre-ödipal ya da oto-erotik gerileme ile sonuçlanırken, bu duruma karşı bir savunma olarak penis hasedi ortaya çıkar. Babayla penisi paylaşmaya ve bir bebek sahibi olmaya izin verilmemesinin getirdiği hayal kırıklığı ve yarattığı mahrumiyet, kız çocuğunun erken dönemde penise sahip olma arzusunu harekete geçirir. Bu mahrumiyet ise beraberinde suçluluk ve üstbenliğin oluşumunu getirecektir.

Klein (1925), kastrasyon kaygısının kız çocuğunda erkek çocuğuna göre daha güçlü yaşandığından söz eder. Annenin doğurganlığı ve babanın penisini karşılayabilmesi kız çocuğunda anneye karşı nefret uyandırır. Duyduğu nefretin, annesinden gelen bir misillemeyle, genital organlarının zarara uğrayacağından endişe duyar. Anneye karşı duyulan bu endişe, kız çocuğunun anneye özdeşimi bırakıp babayla özdeşim kurmasına neden olur.

Cournut-Janin (1999), üstbenliğinin kendi işleyişi içerisinde zamanla geriye doğru giderek, kendisinden önceki kuşakların içe atımlarını bütünleştirdiğinden söz eder. Kız çocuğu için bilinçdışı bir suçluluk duygusu ve üstbenliğin oluşumundaki yarıktan söz etmek mümkündür. Annenin bilinçdışı doyumsuzluğu kız çocuğunu da etkiler. Annesi tarafından bilinçdışı reddedilen kız çocuğu ise bilinçdışı biçimde kendi kızını reddeder.

Freud (1905), tıpkı erkek çocuğu gibi kız çocuklarının da, fallik dönemin sonuna doğru her iki cinsiyetin penisi olduğuna inandığından söz eder. Penisi olmadığını fark eden kız çocuğu iki yoldan birini izleyecektir. Ya klitorislerinin bir gün büyüyüp penise dönüşeceği düşlemini ya da erkek olma düşlemini kuracaktır. Bu durumda kız çocuğu artık yüzünü annesinden penisi olan babasına doğru çevirir. Freud (1925), bu noktada kız çocuğunun libidosunun “penis eşittir bebek” düşüncesi üzerinden yeni bir yola doğru gittiğini belirtir. Bebek sahibi olma amacıysa kız çocuğunu sevgi nesnesi olan babasına yönelecektir.

Freud, kız çocuğunun anne ile özdeşleşimini, erkek olma umudunun yasının getirdiği bir sonuç olarak görür. Anne ile özdeşleşen kız çocuğu, çeşitli engellerle karşılaşmış bu özdeşimi sürdürmeyeceğini anladığında, annenin arzu nesnesi olan babaya yönelecektir. Burada babanın rolü sadece anne ile kızı birbirinden ayırmak değil aynı zamanda kızına kadınısı cazibesini de teslim etmektir. Babanın etkin rolünü tanıyabilen



anneye yaslanarak kurulan kadınsı özdeşim edilgenlik ile başarılı bir şekilde bütünleşebilecektir. Baba, kızının gelecekteki kadınsılığına değer vermediği takdirde edilgenlik tehlikeli hale gelir. Çünkü böylece baba, kızı annesine teslim etmiş olur (Pragier, 2009).

Baba, anne ile kız arasına girebildiğinde ve her ikisi içinde arzu nesnesi olduğunda, kız çocuğunun annelik düşlemleri kurması kolaylaşmış olur. Babadan bir çocuk sahibi olma ya da babaya bir çocuk hediye etme düşlemleri anneliğe doğru giden düşlemlerin de yolunu açar. Düşlemlenen bu ensestiyöz bebek beraberinde annelik düşlemlerini getirir (Keser, 2007)

Klein (1957), kız çocuğunun annesinin rahmine ve içindeki penise haset duymasından söz eder. Kız annenin içindeki penisle birlikte, annenin arzularını ve nesnelere keşfedebilir. Bu keşif ile kız çocuğu bir nevi kadınlığın provasını yapmış olur (Gökalp, 2012).

Babaya yönelebilenin şartı anneden ayrılabilme'dir. Anneden ayrılıp babaya yönelmek anne gibi olabilmek anlamına yani kadınsı olma anlamına gelecektir. Ya da annenin sevgisini yitirme korkusu ile anneden vazgeçilemeyecek ve böylece babadan arzulanan fallustan da vazgeçilmiş olacaktır. Bu da erkeksiliğe giden yolun önünü açacaktır. Fakat her iki seçimde de tam olarak bir kurtuluş yokmuş gibi gözükmektedir. Çünkü ensestiyöz bebek düşlemi kendini korumaya devam etmektedir (Keser, 2007).

Çocukluk dönemiyle birlikte bir kişinin hangi cinsiyete ait olduğu söylenebilirse de kadınsı ve erkeksi özelliklerinden söz etmek için henüz erkendir. Ödipal dönemde kadınsı ve erkeksi özelliklerin tohumları atılsa da tam olarak kadınsı ve erkeksi özelliklerin belirginleşmeye başladığı dönem ergenliktir. O dönemde ödipal çatışmanın izleri, nesne ile yeniden kurulan ilişkiye yön verir. Böylece kadınsı ve erkeksi özellikler kişi için yaşamının belki de en önemli yerine oturmuş olur (Keser, 2007).

Ergenliğin çocuk için ödipal çatışmaların alevlenmesi anlamına gelmesi ile birlikte, bu dönem anne için de eski ödipal ilişkilerin uyanmasına neden olabilmektedir. Bu dönem anne için, yeniden uyanan ödipal ilişkilerdeki rekabeti aşmak, ölümü çatışmadan kurtulmanın tek yolu olarak değil, yaşamın bir sonu olarak kabul etmek ya da etmemek

sorunsalı üzerinedir. Bu dönemde anne, baba ve çocuk arasındaki üçlü işleyişin başarısız olması, ödipal çatışmaya pregenitalliğin getirdiği narsistik duyarlılığın da eklenebileceği anlamına gelmektedir (Cournut, 2007). Ödipal dönemde çatışmalar normal bir gelişim ile geçirilirse, bir erkeğin erkeksi bir tarzda kadını sevebilmesi ve onu dölleyebilmesi; aynı şekilde bir kadının da kadınsı bir tarzda erkeği sevebilmesi ve ondan çocuk sahibi olabilmesi mümkün olur (Keser, 2007).

Ödipal karmaşanın kadın üzerindeki kalıntıları annelik ile çözümlenebilir. Gebelik ile birlikte, karındaki çocuk, o dönemde yitirilmiş ve geri gelmeyecek olan anne imgesi ve yine o dönemde bebek olan kendisi arasındaki ilişkiyi yeniden kurabilmesine olanak sağlayacaktır. Böylece gebelik sadece annesiyle özdeşimini değil aynı zamanda kendisi ile özdeşimini de kolaylaştırır. Bununla birlikte gebelik sürecinde, kendi anne karnındaki dönemde yaşamış olduğu kaygılar yeniden canlanabilir. Fakat gebelik normal seyrinde olduğu sürece bu durum sessizce ve içsel olarak yaşantılanan bir süreç olmaktan öteye gitmeyecektir (Dolto, 1998).

Kişinin kendini kız ya da erkek olarak algılaması cinsiyetten cinsele geçiş anlamına gelmektedir. Bedenin cinsel anlamada olgunlaşmasının işaretleri bedenle ilgili olduğu kadar ruhsal bir devrimin de başlangıcıdır (Cournut, 2007).

Yakın tarihte birçok yazar tarafından (Riviere, Jones, Klein, Chasseguet-Smirgel) Freud'un bulgularının, evrensel olarak kadının ruhsal boyuttaki cinselliğine ne kadar uygulanabilir olduğu konusunda çeşitli sorgulamalar yapıldı. Oluşturdukları yeni çerçeveden bakıldığında penis; erkeksiliği simgelediği için her şeyden daha çok arzu duyulan bir nesne olmaktan çok, çiftin bütünlüğü sağlamaya yarayan bir organ olarak haset nesnesi şeklinde düşünülebilir. Bu düşünceden hareketle, aslında penise sahip olmak için duyulan arzu bir yandan da anne ile babayı ayırma isteğini beraberinde getirir (Britton, 2003).

En güçlü narsistik aşkın göstergesi olan, anne ve çocuk arasındaki ilişkide hiçbir ayrılma çizgisi yoktur. Bu durum eşle cinsel ilişki sırasında yaşanan uyum ile benzerdir (Gürdal, 2007).

Anneliğe geçiş süreci, anne için yeni ve geri dönülmez bir yola girildiğinin habercisidir. Kaybettiği ve kazandığı ya da kazandığı varsayılanları özümsemesini gerektiren bu ruhsal durumla yüzleşmelidir. Bu süreçte anne, hem çocuğu konusunda huzur ve kaygı gibi yoğun duygularla hem de kendi yetenek ve yetkinlikleri arasında gelgitler yaşar. Anne, zor ve farklı bir bağlılık şekli ile karşı karşıyadır. Annenin bu denli güçlü bir bağlılıkla başa çıkma çabası beraberinde güçlü başa çıkma mekanizmaları getirir ve bu da annede ruhsal hasarlar meydana getirebilir (Hecker,2009). ocuk sahibi olmayı başaran yani kadınlığın en st basamağına gelen kadın için kendi annesi ile öğrendiği ilişkiyi çocuğuna iletiyor olması, eskiden yaşan ilişkilerin de yeniden gündeme gelmesine neden olacaktır. ocuk sahibi olan kadın bunun yanında ikili işlevi olan ötekinin karşısındaki arzu nesnesinin de varlığını sürdürmesini isteyecektir (İkiz, 2004).

## **2.2. ANNE OLAMAMAK**

Dünya Sağlık rgt'nün yapmış olduğu tanımlamaya göre; kısırlık, çiftlerin bir yıl süreyle korunmasız cinsel ilişkiye giriyor olmalarına rağmen gebelik elde edilememesi olarak tanımlanmıştır (WHO, 1991). Belirlenmiş olan bu süre, yaş, etiyolojik faktör ve bulunulan topluma göre 6 aya kadar inebileceği gibi, 24 aya kadar da çıkabilmektedir (Speroff ve Fritz, 2007).

Sanayileşmiş toplumlarda çiftlerin %10-15'inin, gebe kalmanın denenmesi ancak bir başarının sağlanamaması olarak tanımlanan primer infertilite ya da en az bir gebelik sonrası bir daha gebe kalınamaması olarak tanımlanan sekonder infertilite yaşadıkları öngörülmektedir (Goldman vd., 2013). Kısırlıkla ilgili bir çok çalışma yapılmış olmak ile birlikte en kapsamlılarından biri Menning tarafından yapılmıştır. Menning, infertiliteyi yaşam krizi modeli üzerinden ele almıştır. Bu modele göre infertilite olumsuz bir olay olarak ele alınır ve beraberinde getirdiği sonuçlar üzerine odaklanılır. Menning yaptığı çalışmalarda, krize müdahale teknikleri ve üzüntü/kayıp müdahalelerini göz önüne almaya çalışmıştır (Menning, 1975).

Kişi için üreme kapasitesi üzerindeki kontrolü kaybetmesi büyük bir kişisel krizdir, özellikle de infertilite tekniklerinin cinselliğin doğasına sınırlamalar getirdiği durumlarda cinsel ilişkiye karşı yapılan güçlü bir saldırıdır. Tekniklerin yanı sıra, bu teknikleri

uygulayan uzmanların çiftin cinsel hayatında önemli figürler olarak yer alması çiftlerin kendilerini iyice sıkışmış olarak hissetmelerine neden olmaktadır (İkiz, 2002).

Kısırlık tanısı almış kadınlar ile yapılan psikanalitik tedavilerde ise cinsellik ve gebeliğe dair bilinçdışı korkular, kadınsılık ve annelik özdeşimi ve üreme potansiyelinin reddi, baba ile özdeşim, haset duyguları ve güvensiz birincil bağlanma ortak temalar olarak saptanmıştır (Apfel ve Keylor, 2002).

Hamilelik arzusu, kadının bedeninin annesi gibi çalıştığına dair narsistik bir ispat olarak değerlendirilebilirken, annelik arzusunda çocukla ilgilenme ve onu yetiştirme de söz konusudur. Hamilelik döneminde sadece fiziksel anlamda değil, annelik öncesi dönemin canlanması nedeniyle beraberinde suçluluk, aşk, nefret gibi bir çok duygunun da ön plana çıkması sonucu ruhsal anlamda da zorluk yaşanmaktadır (Faure-Pragier, 1987).

İnfertil kadınların babalarının ortada olmaması ya da kayıtsız olması, annenin tüm yatırımlarını kızına yükleyebilmesine fırsat tanımaktadır. Anneden gelen bu yatırımların erotik olmaktan çok narsistik yatırımlardır. Bu şekilde ödipalitenin tam olarak yapılanmadığı bir ortamda üstbenlik yerine sert ve yargılayıcı ideal benlik geçmektedir (Faure-Pragier, 2008). İnfertil kadınlar doktorlarından semptomu göstermelerini isterler. Böylece her şeyi yaptıkları ve aradıkları kesinleşmiş olacaktır ve bu da üstlenilemeyen çocuk arzusu ile ilgilidir. Burada bedenin tanınması ihtiyacının çocuk isteği ile maskelenmesi söz konusudur (Faure ve Weil, 1988).

Benedek, infertiliteyi benliği ve doğmamış çocukları koruyan, bunula birlikte bilinçli olarak kadının annelik arzusunda kararlı kalmasını sağlayan bir somatik savunma biçimi olarak değerlendirmiştir (Benedek, 1952). Erdem-Atak'ın (2009), açıklanamayan infertilite tanısı alan kadınlar ile projektif testler aracılığı ile yapmış olduğu çalışmada, bu hastaların ortak bir psikopatolojilerinin olmadığı ve bu nedenle durumun bir semptom olarak değerlendirilebileceği, ortak bir ruhsal örgütlenmenin söz konusu olmadığı öne sürülmektedir. Ayrıca infertil kadınların bedeni tasarımılandırmakta güçlük yaşadığı, dürtüsel dünyaya yapılan yatırımın yetersiz olduğu ve hastaların bilinçdışındaki anne ve kadın imgelemine karşı kendilerini konumlandırma çabalarının sürmekte olduğu bulguları ortaya çıkmıştır.

Kadının annesi gibi olma arzusu, bir bebek sahibi olmakla sembolize edilir ve beraberinde bilinçdışı bir çok anlam barındırır. Hamilelik ve doğum ile ilgili süreçlerde ödipal çatışmalar ve düşlemlerin harekete geçmesi söz konusudur. Her bir kadın anneliğe doğru evrilirken yeni bir kadını kimlik inşa etmek ile karşı karşıya kalır (Godfrind, 2008).

Kısır kadınların çocuk sahibi olma arzuları ile bilinçdışından iyi anneyi aramaları bir anlamda eşdeğerdir. Kendi olumsuz anne imgelemine karşı çocuk sahibi olmak isterler. Aslında beklenen ve arzu edilen çocuk, kendisini annesine karşı savunacak, tüm boşluğu, kayıp duygusunu ve yalnızlığı dolduracak, bir anlamda geçmişini düzeltecektir. Kısırlık bu dürtüsel şiddete karşı ortaya çıkmakta ve üstün gelmektedir (İkiz, 2002).

### **2.3. HAMİLELİK**

Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar geçen yaklaşık 267 günlük süre içerisinde herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan, canlı fetüsün doğumu ile sonuçlanan fizyolojik bir olay şeklinde tanımlanabilir (Kimya ve Cengiz, 1996). Gebeliğin süresinin, son adet ilk günü itibari ile 280 gün veya 40 hafta olduğu söylenebilir (Şirin, 2008). Fizyolojik bir olay olan gebelik, gerek kadın gerek çevresi için özel bir dönemdir. Bu özel ve farklı dönemle birlikte, hamile olan kadının vücudunda, duygularında ve yaşam tarzında bir çok değişim gerçekleşir (Çalık ve Aktaş, 2011).

DSÖ, gebeliğin hem yaşanan ruhsal ve fiziksel sorunlar açısından ele alındığında dolaylı, hem de intihar girişimleri göz önüne alındığında direkt olarak maternal mortaliteyi arttırdığını söylemektedir (WHO, 2008). Birçok toplumda, kadının gebe olması ve annelik rolünü üstlenmesi konusunda baskı yapılmaktadır. Anneliğe, yetişkinliğin beraberinde getirdiği bir görev olarak bakılmakta ve kadınlar bu göreve sosyal olarak kendilerini hazırlamaktadır. Bu nedenle kadınlar, istemedikleri halde başkalarını mutlu etmek adına gebe kalmaya karar verebilmektedir (Taşkın, 2011).

Kadının gebelik dönemini rahat geçirebilmesini etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlar; kadının bireysel deneyimleri, kadınlık rolünü benimsemiş olması, çevresindeki modeller, kültür düzeyi, eşile olan ilişkisi, aile bireylerinin gebeliğe yönelik tutumları, sosyo-ekonomik yapı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen bir gebelik olması şeklinde özetlenebilir (Vırt vd., 2008).

Gebelik sürecinde kadınlar için, çevresinde bulunan ve onlar için önemli olan kişilerin de gebe olduğunun bilinmesi ve onlar açısından da istenmiş olması konusu oldukça önemlidir (Öztürk ve Şirin, 2000).

Gebelik sürecinde, psikososyal desteğin düzeyi, ruh sağlığı ve fetüsün sağlığı açısından oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda, duygusal gerilimin gebelik ve doğum komplikasyonlarının artmasına neden olduğu, yeni doğanın sağlığını olumsuz yönde etkilediğini, erken doğum ve düşük doğumlara neden olduğu belirtilmiştir (Vırt vd., 2008). Gebelik süreci, yaklaşık üçer aydan oluşan üç bölüme ayrılır. Trimestir olarak adlandırılan her bir bölüm gebelikte farklı bir dönüm noktasıdır. Hem gebelik süreci hem de doğum ve sonrası açısından, her trimestire ait değişikliklerin bilinmesi ve bu değişimlere karşı uyum sağlanabilmesi oldukça önemlidir (Fenkçi, 2004).

I.Trimestir (0-12 hafta): Kadının yeni durumuna ve gebe olduğu gerçeğine uyum dönemidir (Sunal ve Demiryay, 2009). Gebeliğin getirdiği fizyolojik değişiklikler sonucunda günlük yaşamında farklılaşmalar ve kısıtlamalar başlar (Kılıçarslan, 2008).

Bu dönemde kadının ilgisi daha çok bedeni üzerinedir. Gebelikten mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları tolere edebilme, süreçle baş edebileceği konusunda özgüven ve umut duyguları, bu dönemin sonunda ortaya çıkabilen ve gebeliğin kabullenişini işaret eden belirtilerdir (Durat, 2003).

II. Trimestir (13-28 hafta): Bu dönemde gebe kadın, çocuğa odaklanma ve kabul etme düşünceleri içerisinde (Kılıçarslan, 2008). Fetüs hareketlerinin başlaması ile anne ile bebek arasındaki biyolojik bağ daha derin bir anlam kazanmaktadır. Bu dönemde gebelik kabullenilse de, duygu değişiklikleri, problem çözme becerisinde yavaşlama, aşırı duyarlılık, kızgınlık, büyük mutluluk gibi bazı değişimler söz konusu olabilmektedir (Efe, 2006). Ayrıca bu dönemde kadında cinsel çekiciliğini kaybettiği

duygusu ve cinsel eylemin fetüse zarar verebileceği düşüncesi söz konusu olabilmektedir ( Durat, 2003).

III. Trimestir (29-40 hafta): Bu dönemde bebek ve doğum için hazırlıklar yapılmaya başlanmıştır. Bu dönemin gelişimsel olarak anlamı gebe kadının annelik rolünü üstlenmeye başlamasıdır (Taşkın, 2011). Bu dönemde doğumla ilgili kaygılar yaşanabilir (Çalık ve Aktaş, 2011). Ambivalans duygular yaşanmakta, bebek istenmekte ancak doğum eylemi ile ilgili korku ve endişeler yaşanması söz konusu olmaktadır (Sunal ve Demiryay, 2009).

### **2.3.1. Hamilelik Sürecinde Ortaya Çıkan Duygulanımlar**

#### **2.3.1.1. Hamileliğin Normal Seyrinde Ortaya Çıkan Duygulanımlar**

Gebeliğe uyum süreci, her kadının kendi geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterebilir. Kadının gebeliğe karşı tepkisini ve bu dönemin rahat geçirebilmesini etkileyen faktörler şunlardır;

- Bireysel deneyimleri
- Kadınlık rolünü benimsemiş olması
- Çevresindeki rol modellerin olumlu ya da olumsuz olması
- Kültür düzeyi
- Ailedeki mutluluk derecesi
- Ailedeki diğer bireyleri gebeliğe yönelik tutumları
- Ailenin sosyo-ekonomik yapısı
- Çocuk sayısı
- Gebeliğin istenen ya da istenmeyen gebelik olması (Vıııt ve ark., 2008).

Döllenmeden itibaren 266 gün ya da düzenli adet gören kadınlar için son adetin ilk günü itibariyle hesaplandığında 280 gün ya da 40 hafta olan gebelik süresi, bebeğin gelişim dönemlerine göre farklı isimlerle tanımlanmaktadır. Gebeliğin başlangıcı ile 8. Haftası arasındaki dönem embriyonik dönem olarak isimlendirilirken, 3. ayın başından doğuma kadar olan süreç fetal dönem olarak adlandırılmaktadır (Sadler, 2005). Gebelik sürecinde, solunum sistemi, üriner sistem, kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi ve metabolik sistemde bir çok değişiklik meydana gelir. Ancak bu değişiklik ve rahatsızlıkların çoğu doğumdan sonra ortadan kaybolur. Oluşan değişiklik ve rahatsızlıklardan bazıları şunlardır (Nazik, 2005):

- Solunum sisteminde; burun kanaması, burun tıkanıklığı, solunum problemi ve hızlı solunum.
- Sindirim sisteminde; aşırı tükürük salgısı, reflü, bulantı, kusma, mide yanması, gaz problemi, iştah artma veya azalma, kabızlık ve dış eti kanamaları.
- Boşaltım sisteminde; idrar yolunda enfeksiyon oluşumuna yatkınlık, idrara sık çıkma, vajinal akıntının artması.
- Kardiyovasküler sistemde; hemoroid, vulva ve bacaklarda varis oluşumu.
- Ciltte; Gebelik maskesi, çatlaklar, kaşıntı.
- Kas iskelet sisteminde; bel ve sırt ağrıları.
- Metabolik sistemde; kilo alımı, baş ağrısı, karpal tünel sendromu, uykusuzluk, bacak krampları, yorgunluk.

### **2.3.1.2. Gebelik Dönemlerine Göre Yaşanan Psikolojik Değişiklikler:**

Birinci trimester(0-3 ay): Bu dönemde kadınlar, gebelik konusunda uygun zaman olup olmadığı konusunda kararsızlık yaşayabilirler. Anne adayı bu dönemde kendisi dışında çevresi tarafından da gebeliğin bilinmesi ve onaylanması ihtiyacı içerisindedir. Gebeliği kabul etme ve karar verme aşamaları bu süreç içerisinde tamamlanır. Bedensel bir çok değişiklik yaşanır ve bu süreçte yaşanan değişikliklere uyum sağlanmaya başlanır (Kılıçaslan, 2008; Kuğu ve Akyüz, 2001).

İkinci trimester (4-6 ay): Bu dönem ebeveynler için mutlu zaman olarak tanımlanır. Bulantılar geçmeye başlar, ambivalent duygular azalır ve olumlu duygular gelişmeye



başlar. Gebelik benimsenmeye başlanmıştır ancak zaman zaman yoğun duygulanımlar görülmeye devam etmektedir (Efe, 2006; Kuğu ve Akyüz, 2001).

Üçüncü trimester (7-9 ay): Bu dönemde anne adayının fiziksel görünümü tamamen değişmiştir. Fiziksel rahatsızlıkların artması ve gebeliğin artan sorumluluğu ile birlikte, anne dayı yoğun bir biçimde çocuğun koruyuculuğunu üstlenir ve gittikçe hassaslaşabilir. Doğumun yaklaşması ile birlikte, doğum korkusu ve bebeği dünyaya getirme isteği arasında ambivalan duygular yaşamaya başlar (Efe, 2006; Koyun vd., 2011).

İlk trimesterde, anne adayında içe dönüklük söz konusu olsa da, bu durum diğer anne adayları ile kurulan ilişkiyle birlikte kaybolmaktadır. İkinci trimester ile birlikte anne adayını uyum sürecini tamamlamış ve dışa dönüklük başlamıştır. Son trimester ile birlikte gelişen annelik duyguları beraberinde daha korumacı bir tutum getirmektedir. Gebelik süreci boyunca anne adayının çocuk doğurma yeteneğini koruma ve sürdürmesi oldukça önemlidir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Hamilelik dönemleri ile depresif semptomların görülme sıklığı arasındaki ilişkiye dair yapılan bir çalışmada, kadınlarda depresif semptom görülme sıklığı birinci trimesterde %8, ikinci trimesterde %10 ve üçüncü trimesterde %2 olarak bulunmuştur (Chen vd., 2004).

### **2.3.1.3. Gebelikte Depresyon**

Kadınlar, üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın olabilmektedirler. Bu dönemler, puberte, doğum kontrol hap kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve lohusalık dönemi ve perimenopoz dönemli olarak sıralanabilir (Akdeniz ve Gönül, 2004). Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak tanımlanırken, günümüzde bu görüş onaylanmamaktadır. Kadınlar bu dönemi doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olarak algılayabildikleri gibi; stres, endişe, aşırı bir yüklenme olarak da algılayabilmektedirler (Vırt vd., 2008; Çalık ve Aktaş, 2011).

Kadının kendi ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyri üzerinde etkili olabildiği gibi, gebeliğin de kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde etkileri olabilmektedir. Gebelik sürecinde yaşanan biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yanında,

annelik rolüne dair duygusal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkabilmektedir. Dolayısıyla, gebelikte görülen depresyon ve kaygının bir nedenle ilişkilendirilmesi ya da açıklanmaya çalışılması doğru olmayacaktır (Akbaş ve ark., 2008; Vırt vd., 2008).

Gebelik döneminde yaşanan depresyonun başlıca risk faktörleri şunlardır (Akbaş vd., 2008; Çalık ve Aktaş, 2011);

- Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü
- Evlilik-eş ilişkisi
- İş hayatı
- Sosyo-ekonomik düzey
- Olumsuz yaşam deneyimleri
- İstenmeyen gebelik
- Fetüsle ilgili kaygı, yüksek ebeveynlik stresi
- Düşük özsaygı
- Gebelik döneminde yetersiz sosyal destek
- Aile içi şiddet
- Alkol-sigara kullanımı

Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığı Malta’da %15,5 (Felice, 2004), Finlandiya’da %30 (Kurki, 2000), Amerika’da %21 /Chung, 2004), Kanada’da %25 (Da Costa vd., 2000), Brezilya’da %19,6 (Fasial-Cury, 2007) olarak belirtilmiştir. Türkiye’de bu konuda oldukça az sayıda çalışma yapılmış olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada gebelikte depresif belirtilerin görülme oranı %27.3 olarak bulunmuştur (Karaçam ve Ançel, 2007).

Gebelik sürecinde görülen bir diğer psikiyatrik bozukluk da “baby blues” olarak adlandırılmaktadır. Hafif seyirli, doğumun 10 gün sonrasında gelişen 4-24 saat aralığında sonlanan kısa süreli bir durumdur. Kadınlar bu dönemde anksiyete ve depresyonu bir arada yaşar. Yorgunluk, karamsarlık, yas, anksiyete, hafif düzeyde bilinç bulanıklığı ve bitkinlik ile karakterize edilir. Gebelik ile birlikte en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur (Em, 2011).

Doğum sonrasında annelik rolünün kazanımı ise dört aşamada gerçekleşmektedir (Beydağ, 2007):

- Birinci aşama: Kadın, anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Bu aşamada özellikle kendi annesinin nasıl bir annelik yaptığına dair izlenimleri oldukça önemlidir.
- Formal-biçimsel aşama: Bebeğin doğumu itibari ile başlayan aşamadır. Bu aşamada anne daha çok çevrenin kendisinden beklentisine göre davranmaya eğilimlidir.
- İnfomal aşama: Bu aşamda kadın anneliğe dair kendi tarzını geliştirmeye başlar.
- Kişisel aşama: Bu aşama ile birlikte artık annelik rolü kazanılmıştır. Anne kendine özgü fikirlere ve davranışlara sahiptir.

#### **2.3.1.4. Prenatal Bağlanma**

Anne ile fetüs arasındaki bağlanma ilişkisi yaklaşık olarak gebeliğin 10. haftasında, annenin fetüs hareketlerini hissetmesi ile beraber kurulmaya başlar (Solmuş, 2012; Akt, Bekmezci, 2015). Cranley (1981), prenatal bağlanmayı, davranışlar yoluyla doğmamış bebeğe bağlanarak yakın ilişki ve etkileşim kuran kadın davranışı şeklinde tanımlayarak, prenatal bağlanmanın ilk formal tanımını yapmıştır.

Gebelik sürecinde bebeğe bağlanma; anne adayının fetüse ilişkin duyguları, etkileşimleri ve kendisini anne olarak algılaması yani annelik kimliğini geliştirme sürecinin bir parçasıdır. 1960 ve 1970 yılları arasında doğum sırasında bebeğini kaybeden kadınların yas tutma süreçlerinin gözlemlenmesi sonucunda, anne ve bebek arasındaki bağlanmaya dair çalışmalara başlanmıştır. Çalışmalar sonucunda , prenatal bağlanmanın anne adayını sağlık uygulamalarına yönelttiği, ebeveyn rolüne uyumunu hızlandırdığı ve perinatal depresyona karşı koruyucu bir rolü olduğu bulgularını ortaya koymuştur (Duyan, 2013; Brandon vd., 2009).

Prenatal dönemde fetüs de annenin duygularına yanıt verebilmektedir. Gebeliğin yirmialtıncı haftası ile birlikte bebeğin algılama, tepki verebilme ve işitme yeteneklerinin oluştuğu belirtilmektedir. Anne adayının karnına dokunması ile birlikte

tensel olarak fetüsün hissedilmesi bağlanma ilişkisi için oldukça önemli bir adımdır. Böylelikle annenin henüz doğmamış bebeğine dair tasarımlarının içeriği ön plana çıkmaktadır (Kesebir vd., 2011; Soysal vd., 2005).

Gebelikte bağlanmanın oluşması beraberinde gebe ve fetüs açısından şu sonuçları doğuracaktır (Bekmezci, 2015);

- Gebeliğe olumlu yanıt verilir.
- Bebeğin kendisine bağlı olduğu fikri memnuniyetle karşılanır.
- Doğum sonrası ve yaşam boyu bebeğin bakımı hakkında yapılacaklar planlanır.
- Bebek, annesinin kendisi için güvenli olduğunu algılar.

### **2.3.2. Hamileliğin Sonlandırıldığı Durumlar**

Düşük, 500 gramdan daha az olan embriyo ya da fetüs eklerinin, tamamının ya da bir kısmının rahimden dışarı atılması şeklinde tanımlanmaktadır (Cunningham vd., 1997). Düşükler nedeniyle gerçekleşen kanamalar, birinci ve ikinci trimesterde gerçekleşen kanalamaların başında gelmektedir. Düşüklerin kanamalara neden olmasının yanında, neden oldukları gebelik komplikasyonları, kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde düşüklerin önemli bir yere sahip olmasına neden olmuştur. Düşükler oluş zamanına göre 3 gruba ayrılmaktadır:

- 1) Belirlenemeyen (subklinik) düşük: Gebelik tanısı alınmadan önce fakat gebelik testinin pozitif olduğu durumlarda yaşanan düşüklere (Çiçek, 2006).
- 2) Erken düşüklere: Gebeliğin 12. Haftası ya da öncesinde sonlanan gebeliklerdir. Düşüklerin %80'ini erken düşüklere oluşturmaktadır. Erken düşüklere yaklaşık olarak yarısı kromozom anomalileri nedeni ile olmaktadır (Cunningham, 2005). Geç düşüklere: Gebeliğin 13-20. Haftalar arasında sonlandığı düşüklere (Saxena ve Misro, 2008).

Düşükler birçok farklı biçimde gerçekleşebilmektedir ve oluş şekillerine göre 2 gruba ayrılmaktadır (Yılmaz, 2010):

- 1) Kendiliğinden düşükler: Gebeliğin 20. Haftası öncesinde herhangi bir mekanik ya da farmakolojik müdahale olmaksızın sonlanmasıdır.
- 2) Provake (zorlanmış) düşükler: Mekanik ya da farmakolojik bir müdahale ile sonlanan düşüklere ve kendi içinde iki gruba ayrılmaktadır.
  - a. Terapötik düşükler: Maternal bir hastalık ya da fetal anomali gibi tıbbi sorunlar nedeniyle sonlanan düşüklere.
  - b. İstemli düşükler: Anne ya da bebek açısından bir sorun yokken, gebeliğin istenmemesi nedeniyle sonlandırılmasıdır. Yasal olarak gebelikler 10. Haftasına kadar sonlandırılabilir.

Düşükler iki farklı biçimde sonlanabilmektedir (Cunningham vd., 2005):

- 1) Tam düşükler: Fetüsün ekleriyle birlikte tamamen uterin kavite dışına atılmasıdır.
- 2) Tam olmayan düşükler: Fetüsün ekleriyle tam olarak atılmadığı, bir kısmının uterusu içinde kaldığı durumlardır. Bu kalan kısım, küretajla çıkarılmalıdır.

Düşükler klinik şekillerine göre 5 gruba ayrılmaktadır:

- 1) Düşük tehdidi: Gebeliğin 20. Haftası öncesinde vajinal kanamanın olmasıdır. Gebeliklerin yaklaşık olarak %30-40'ında görülebilmektedir. Kanama 8-10 gebelik haftasında olsa da, gerçek kayıp sıklıkla 8. gebelik haftası öncesinde gerçekleşmiş olur (Berek, 2004., Akt; Yılmaz, 2010).  
Düşük tehdidinin olduğu durumlarda izlem yapılır. Kanamanın hafif ve ağrısız olduğu durumlarda gebeliğin devam edeceği düşünülmelidir. Kanaması olan gebeliklerin %50'sinin devam ettiği görülmüştür (Tongsong vd., 1994).
- 2) Kaçınılmaz düşük: Düşük tehdidinin olduğu gebeliklerde serviksin iç kısmının açılmasına kanama fazlalığı ve pelvik ağrının eşlik ettiği durumlardır.
- 3) Gecikmiş düşük: Fetal canlılığın kaybolması ancak kanama ve servikal açılmanın olmadığı durumlardır. Ölü fetüsün atılmama nedeni bilinmemektedir. Fetüs ve eklerinin uterus dışına boşaltılması ile sonlandırılmaktadır (Boue vd., 1995).

- 4) Septik düşük: Daha çok yasa dışı düşüklerin söz konusu olduğu durumlarda gerçekleşir. Genellikle kontamine yabancı cisimle düşük yapma girişiminin sonucunda meydana gelir (Cunningham vd., 2005)
- 5) Tekrarlayan düşükler: Gebeliğin 20. Haftası öncesinde gerçekleşen iki ya da daha fazla gebelik kaybı olarak tanımlanmaktadır (Wilcox vd, 1988., Akt; Yılmaz, 2010).

### **2.3.3. Hamileliğin İstenerek Sonlandırıldığı Durumlar**

İstenerek sonlanan hamileliklerin büyük bir çoğunluğu sosyal ve ekonomik nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenler arasında, bir işte çalışma, fazla sayıda çocuk sahibi olma, evlilik dışı ilişki sonucunda yaşanan gebelik, karı-kocanın çocuk istememesi ve ekonomik problemler sayılabilir (Tezcan vd., 1980).

#### **2.3.3.1. Küretaj**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üreme sağlığını: “üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Üreme sağlığının yanında ele aldıkları bir diğer kavram ise üreme haklarıdır. Üreme hakları, birey ya da çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür olarak karar verebilme ve bununla ilgili gerekli bilgiye sahip olma, en yüksek cinsel sağlık standartlarına ulaşabilme, özellikle adolesan dönemi itibariyle postmenapozal ve yaşlılık döneminin de dahil olduğu süreçte üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilme ve bu hakların insan hakları dayanak alınarak ele alınması gerekliliğini ifade eder (Öztürk ve Okçay, 2003).

Küretaj, rahim içi tabakasının temizlenmesi için bir alet yardımı ile dokuların kazınarak çıkarılması işlemidir (Hatcher ve ark., 1990). Küretajların, toplum içindeki yaygınlığı ülkelerin sosyo-ekonomik durumu, siyasi ve kültürel yapısına bağlı olarak değişkenlik göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar için doğum kontrol yöntemi olarak görüldüğü ve daha çok aile planlaması hizmetleriyle verildiği görülmektedir (Özcan, 2001).

### 2.3.3.2. Küretajın Tarihçesi

Çok eski dönemlerden beri, istenmeyen gebelikler isteyerek yapılan düşükler ile sonlandırılmıştır (Kanber, 1997; Ulufer, 1992). “Gebeliği Önlemenin Tıbbi Tarihçesi” isimli makale de düşük yaptıracak ilaçları belirten bir reçete yer almaktadır. Bu reçete, M.Ö. 2737-2696 yılları arasında yazılan bir Çin Kitabı’nın içerisinde bulunmuştur. Yine aynı dönemde yazılan bir Çin kitabesinde düşük için civanın kullanıldığı kayıtlara geçmiştir (Turan, 1997; Ulufer, 1992).

Hammurabi kanunnamesine bakıldığında ise çocuk düşürmenin yasaklandığı ve yapanların cezalandırılacağı belirtilmiştir (Turan, 1997). Tarihsel açıdan, ilk olarak Aristo bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmamanın ailenin hakkı olduğunu ve provake abortusları savunmuştur. Tıpkı Aristo gibi Platon’da doğum kontrolünün gerekliliğini, yeterli sayıda çocuk sahibi olanlarda provake(zorlanmış) düşükleri savunmuştur. Hipokrat ise isteyerek düşük yapmak isteyenlere önerilerde bulunmuş ancak bunun alet kullanılarak yapılmasını yasaklamıştır (Ulufer, 1992).

17. yüzyıl ile beraber nüfus artışının hızlanmasıyla birlikte sosyal ve ekonomik değişimler soruna yeni bir boyut kazandırmıştır (Kanber, 1997). Fransız ihtilali sonrası Avrupa’da teröpatik abortuslar hakkında açıkça konuşulmaya başlanmış ve anne hayatını tehlikeye sokacak durumlarda gebeliğin sonlandırılabilceği düşüncesi yaygınlaşmıştır (Turan, 1997). 18.yy ile birlikte ise İngiltere ve Amerika’da istenmeyen gebeliklerin istenerek yapılan düşükler ile sonlandırılması serbest bırakılmıştır (Kanber, 1997). Dr. Harvey’in 1960’ların sonundaki küretaj yöntemi buluşu, günümüzde pek çok ülke tarafından kabul edilen gebelik sonlandırma tekniğidir. Bu buluş sonrasında geliştiren yeni yöntemler ile birinci trimestir içinde gebeliğin rahatlıkla sonlandırılabilceği düzeye gelinmiştir (Kanber, 1997).

### 2.3.3.3. Küretajın Dini Yönü

**İslam Dini:** İslam alimlerinin çoğunluğu tarafından, çocuk doğurma, çocuk sayısının sınırlandırılması, iki doğum arasındaki zamanın düzenlenmesi, kısırlığın tedavisi gibi konularda eşlerin ortak isteği, meşru ve kesin yöntemlere başvurulması söz konusu olduğunda sakınca görülmemektedir. Bununla birlikte bir grup din adamı, Kur’an-ı

Kerim'e dayanarak gebeliğin ilk döneminde kan pıhtısı şeklinde olan ceninin, henüz canlı olmadığından düşürülmesinin günah olmadığını; bir grup din adamı ise, yaşamın yumurtanın döllenmesi ile başladığını ve dolayısıyla annenin sağlığını tehdit edici bir durum olmadığı sürece düşüklerin günah olduğunu ifade etmiştir (Kanber, 1997).

**Hristiyan Dini:** Hristiyan dininde bu konu hakkındaki görüşler mezheplere göre değişmektedir. Protestan kiliselerine göre, ancak anne sağlığı tehdit altında ise çocuğun düşürülmesi onaylanmakla birlikte bu konuda yetkinin kadında ve işlemi yapacak hekimde olduğuna dair görüşler de söz konusudur. Katolik kilisesi ise bu konuda oldukça katı bir tutum sergilemekte ve anne sağlığının tehdit altında olması durumunda bile, çocuk düşürmenin bir günahsız öldürmek ile eş değer sayılacağı görüşünde ısrarcı olmaktadır (Kanber, 1997; Ulufer, 1992).

**Musevi Dini:** Bir grup haham çocuk düşürmenin gebeliğin her döneminde ve her durumda günah sayılacağını söylemektedir. Diğer bir grup ise, kutsal kitaplar ve büyük din adamlarının görüşlerini dayanak göstererek, doğmamış bir çocuğun anneye ait bir parça olduğunu, doğduktan sonra kişilik kazandığını, dolayısıyla çocuk düşürmek ile canlı öldürmenin eş değer sayılamayacağını öne sürmüştür (Kanber, 1997).

#### **2.3.3.4. Dünyada ve Türkiye'de Yasal Durum**

İkinci dünya savaşı itibari ile, sanayileşmiş ülkeler nüfus ve askeri güç arasındaki bağlantı konusunda görüşlerini gözden geçirmişlerdir. Bunun sonucunda ekonomik ve teknolojik üstünlüğün önemini göz önünde bulundurarak nüfus kontrolü fikri ortaya atılmıştır. Bununla birlikte hızla artan nüfusu göz önünde bulundurarak gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkeleri bu konuda uyarmışlardır (Özvarış, 1997). Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda nüfus politikası hakkındaki tartışmalar, aile planlama programlarının başlatılması ve sürdürülmesinden daha çok nasıl uygulanabileceği üzerinedir (Özvarış, 1997). İngiliz iktisat bilgini ve Anglikan rahibi Thomas Roberts Malthus'un ileri sürdüğü "gıda maddelerinin artan dünya nüfusunu beslemeyeceği" endişesi dayanak alınarak, batı ülkelerinde doğum kontrol ve kürtaj işlemi yaygınlaşmıştır (Kanber, 1997).



Çocuk düşürmeyi serbest bırakma ya da sınırlama konusunda hükümetlerin politikaları birbirinden farklılık göstermektedir. İstemli kürtajın yasalar yoluyla önlenememesi sonucunda uygunsuz koşullar ve yetkisiz kişilerce yapılması anne sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Düşüğün yasal olduğu ülkelerde düşüğe bağlı anne ölümlerinde azalma görülürken, bu konuda yasal sınırlamaların olduğu ülkelere düşüğe bağlı anne ölümlerinin oranı oldukça yüksektir (Demir ve Sarıhan, 1995; Sarıhan ve Ünsal, 2003; Öner, 1996).

Günümüzde düşükle ilgili çıkan yasalar dört başlık altında toplanabilir:

- 1) Annenin yaşamını tehlikeye sokan durumlar dışında düşüğe izin veren yasa, 50 ülkede uygulanmaktadır. İrlanda, Güney Amerika ve Müslüman ülkelerin çoğunda isteğe bağlı düşüklere yasaklanmıştır. Her yıl yaklaşık 4000 kadın kürtaj işlemi için İngiltere'ye gitmektedir.
- 2) Belli koşullarda düşüğe izin veren yasa, 44 ülkede uygulanmaktadır. Burada söz konusu olan belli koşullar, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden gebelikler, fetüsün özürlü doğma olasılığı ve zina gibi durumlardır.
- 3) Sosyal ve tıbbi nedenler olması durumunda düşüğe izin veren yasa, 30 ülkede, dünya nüfusunun yaklaşık %22'sinde uygulanmaktadır. Burada söz konusu olan sosyal ve tıbbi nedenler, yoksulluk, genç ya da ileri yaşta gebelik, çok çocukluluk gibi durumlardır.
- 4) İsteğe bağlı düşüğe izin veren yasa, dünyanın birçok ülkesinde, dünya nüfusunun yaklaşık %41'inde uygulanmaktadır (Kanber, 1997; Eroğlu, 1995; Demir ve Sarıhan, 1995; Sarıhan ve Ünsal, 2003; Akın, 2001; Öner, 1996; Koyuncuer, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 verilerine göre, güvenli yollarla olmayan kürtajın %14'ü Afrika'da, %14'ü Asya'da, %7'si Avrupa'da ve %32'si Latin Amerika ve Karahipler'de görülmektedir (Say ve ark, 2004) . Türkiye'de yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verilerine göre bir yıl içinde 1,958,501 gebelik olmuştur ve bu gebeliklerin 454,373'ü gönüllü olarak küretaj ile sonuçlanmıştır (Şenol ve Dönmez, 2002).

Gutmacher Enstitüsünün (2013) araştırmasına göre, 2011 yılında küretajı yasaklamak adına 80 hüküm çıkarılmış ve küretajı azaltmaya yönelik atılımlar önceki yıllara göre dört kat artmıştır.

### **2.3.3.5. Dünyada İstemli Düşüklerin Durumu**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre, dünya üzerinde her gün 100 milyondan fazla cinsel birleşme gerçekleşmekte, yaklaşık 1 milyonu gebelikle sonuçlanmakta ve bu gebeliklerin %25'ini planlanmamış, %25'ini ise istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır (Özcan, 2001). Her yıl 175 milyon gebeliğin en az 75 milyonunu istenmeyen gebelikler, 45 milyonunu düşükler, 30 milyonunu ölü doğumlar oluşturmaktadır. Sonlanan gebeliklerin ise 20 milyonu DSÖ'nün "sağlıklı olmayan" tanımı ile örtüşmektedir. Bu şekilde sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşüklerin 80 bini ölüm, yüz binlercesi ise sakatlıkla sonuçlanmaktadır (Kanber, 1997; Özaydın ve Akın, 1998; Şenol ve Dönmez, 2002). Gelişmekte olan 60 ülke ile yapılan bir çalışmada, 1976 yılında bu ülkelerde yaklaşık 137 milyon kadının isteyerek düşük yaptığı sonucu ortaya çıkmıştır (Kanber, 1997).

Her yıl dünya üzerinde gebelik nedeniyle 585.000 kadın ölmekte ve bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekteyken, sadece %1'i gelişmiş ülkelerde olmaktadır (Polat ve ark., 2000). Gerçekleşen bu ölümlerin, yaklaşık olarak yarısı aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği ya da hiç olmaması nedeniyle sağlıksız koşullarda gerçekleşen küretajlar ve bunların komplikasyonları sonucunda olmaktadır (Kanber, 1997).

1970'li yılların sonunda gelişmekte olan 60 ülke ile yapılan bir çalışmada, Uluslararası Planlanmış Aile Federasyonu, her 100 canlı doğumun aynı zamanda 207 istemli düşükle karşılık geldiğini, küretajın yasak olduğu Orta ve Güney Amerika ülkelerinde, gebeliklerin %20-40 aralığında istemli düşükle sonuçlandığı rapor edilmiştir (Kanber, 1997). DSÖ'nün (2007) raporuna göre, her yıl yaklaşık 210 milyon gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık olarak 1/3'ü istemeden olmakta ve 46 milyonu isteyerek düşükle sona erdirilmektedir. Güvenli olmayan şekilde yapılan düşükler ise anne ölümlerinin %13'üne neden olmakta, her yıl 680 bin kadının ölümü ve 5,3 milyon kadının hastalık ve sakatlığına sebep olmaktadır (WHO, 2007).

### 2.3.3.6. Türkiye’de İstemli Düşüklerin Durumu

Türkiye’de her yıl yaklaşık 2 milyon gebelik meydana gelmekte, bu gebeliklerin 1.474.751’i canlı doğum, 29.378’i ölü doğum, 454.373’ü düşük ile sonuçlandığı belirtilmiştir. Yine bu gebeliklerin 465.000’i süreç boyunca hiç doğum öncesi bakım almamakta, 436.526’sının tek, 156.324’ünün ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir (Sarıhan ve Ünsal, 2003). Türkiye’de küretaj yasallaştıktan sonra, istemli düşüklerin %97’si sağlıklı koşullarda meydana gelmeye başlamış ve güvenli tekniklerin geliştirilmesiyle birlikte küretaj kadınlar için ciddi bir sağlık problemi olmaktan uzaklaşmıştır (Özcan, 2001).

Ülkemizde bu konu hakkında uygulanan politika, küretajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı yönündedir. 1983 yılından bu yana küretajlar devlet hastanesinde yasal olmakla birlikte, küretajların sadece %27’sinin devlet hastanelerinde gerçekleştirildiği, küretajların daha çok özel muayenehallerde yapıldığı belirtilmiştir (Özcan, 2001).

İstemli düşüklerin görülme sıklığı, ülkelerin sosyo ekonomik seviyeleri ile paralel olarak değişmektedir (Öner, 1996). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Raporu’na (2013) göre, 2013 öncesi beş yıllık süreçte 100 gebelikten 14’ü kendiliğinden düşükle, 100 gebelikten 5’i isteyerek düşükle ve 100 gebelikten 1’i ölü doğumla sona ermiştir. Genel olarak bakıldığında ise, 1993’te isteyerek düşük yapma oranı %18 iken, 2013’te bu oran %5’e gerilemiştir. Bununla birlikte kadınların %40’ı isteyerek düşük kararını eşleri ile birlikte verdiklerini, %37’si ise doktor önerisi ile gebeliklerini sonlandırdıklarını belirtmişlerdir.

### **2.3.4. Hamileliğin İstenmeyerek Sonlandırıldığı Durumlar**

#### **2.3.4.1. Tekrarlayan Düşükler**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşüğü (abortus) ağırlığı 500 gramdan daha az olan fetüsün ve eklerinin uterus kavitesinin dışına atılması şeklinde tanımlamıştır. Tekrarlayan düşük (habitüel abortus) ise, 20. Gebelik haftası öncesinde, gebeliğin ard arda 2 ya da daha fazla sayıda sonlaması şeklinde tanımlanabilir (Cunningham ve ark., 1997). Gebeliğin 12. haftasının öncesinde sonlandığı durumlar erken düşük, 12. haftanın sonrasında sonlandığı durumlara geç düşük denilmektedir. Düşüklerinin %80'ini erken düşüklerin oluşturmaktadır ( Philipp vd., 2003).

Gebeliklerin hiç birinin sonucunda çocuk olmaması ya da hiçbir başarılı gebeliğin olmaması ile birlikte seyreden düşükler primer düşükler, yaşayan bir çocuğun ardından meydana gelen düşükler ise sekonder düşükler şeklinde tanımlanmaktadır. Gebeliğin en sık rastlanan komplikasyonu olan düşüğün sıklığı, klinik olarak tanısı konmuş gebeliklerde %10-14 aralığındadır. Bu durumda gebelik kayıpları %15 olarak görülse de, toplam üretkenlik kaybı oranı neredeyse %50'ye ulaşmaktadır. Tekrarlayan düşüklerin oranı ise %0.5-3 aralığındadır (Rai ve Regan, 2006). Bu oran, iki düşük sonrasında %24, üç düşük sonrasında %30 ve art arda olan 4 düşük sonrasında %40'a ulaşmaktadır (Pandey vd., 2005).

İleri yaşta anne olma düşük riskini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar, 30 yaşın altındaki kadınların %7-15'inin, 35-40 yaş aralığındaki kadınların %17-28'inin, 40-45 yaş aralığındaki kadınların %34-52'sinin, 45 yaş ve üstü kadınlarda ise %75-80'inin abortus riskiyle karşı karşıya kaldığını göstermektedir (Andersen vd., 2000).

#### **2.3.4.2. Tekrarlayan Düşüklerde Etiyolojik Faktörler**

Tekrarlayan düşüklerdeki etiyolojik faktörler hakkında yapılan çalışmalarda, etiyolojilerinin sadece %50'si aydınlatılabilmektedir. Bu belirlenebilmiş etiyolojik faktörler birkaç ana başlık altında sıranabilmektedir.

- 1) Genetik Nedenler: Tekrarlayan düşüklerin etiyolojisinde genetik faktörün etkisi %3 olarak görülmektedir (Speroff ve ark., 2007). Bu %3'lük dilimin, %60'mı

birinci trimesterdeki kayıplar, %10-15'ini ikinci trimesterdeki kayıplar, %5'ini ise üçüncü trimesterde gerçekleşen ölü doğumlar oluşturmaktadır (Speroff vd., 2007; Brenner, 2000).

- 2) Anatomik Nedenler: Anatomik nedenler, tekrarlayan düşüklerin etiolojisinden %12-15 aralığında sorumlu tutulmaktadır. Rahim içi damar anomalileri, yerleşik hücre kitleleri ve gelişen plasentaya giden kan akımını etkileyerek gebelik kaybına neden olabilmektedir. Gebelik kaybına neden olan anatomik anomaliler, adezyonlar, leiomyomlar ve endometriosis içermektedir. Bu durumlar ile tekrarlayan düşük arasındaki ilişki zayıftır (Jonathan vd., 1998).

Yapılan tıbbi müdahale çalışmaları, embriyoların düzensiz bir büyüme ve gelişim olduklarını gösterdiklerini kanıtlamaktadır. Benzer bozuklukların düşükleri %18 oranında etkilediği görülmüştür. Doğuştan sonraki uterus bozukluklarının popülasyondaki oranı bilinmemekle birlikte, tekrarlayan düşükleri olan kadınlarda bu oranının %1.8-37.6 aralığında olduğu belirtilmiştir (Rai ve Regan, 2006).

Rahim tümörü olan kadınların %30'dan fazlasında tekrarlayan düşüklerin söz konusu olduğu belirtilmektedir. İn vitro döllenme sonrası embriyonun yerleşmesindeki başarısızlıkların intramural ve submukozal tümörlere bağlı olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Li vd., 2002).

- 3) Endokrinolojik Bozukluklar: Tekrarlayan düşüklerde etkili olan endokrinolojik faktörler, polikistik over sendromu, diyabet hastalığı, luteal faz yetmezliği ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi sebepleri içerir. Polikistik over tanısı alan kadınların %25-40 aralığında düşük yapma riskleri söz konusudur (Jonathan vd., 1998). Tiroid otoantikörleri pozitif olarak kabul edilen kadınların %17 oranında düşük yapmaları söz konusudur. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların erken gebelik döneminde %15-45 aralığında düşük yapma riskleri söz konusudur (Pandey vd., 2005).
- 4) Enfeksiyonlar: Yapılan çalışmalarda, gebeliğin ikinci trimester'inde bazı enfeksiyonların tekrarlayan düşüğe yol açabileceği ancak birinci trimesterdeki

enfeksiyonların tekrarlayan düşükler ile bağlantısının hala tartışılması gereken bir konu olduğu belirtilmektedir (Pandey vd., 2005).

- 5) İmmunolojik Faktörler: Tekrarlayan düşüklerde etkili olan immünolojik faktörler arasında otoimmün ve alloimmün faktörlerin önemli bir rolü vardır. Gebelik sürecinde immünolojik tarama gebelik süresinin korunumu açısından oldukça önemlidir. Lupus antikoagulan ve antikardiyolipin antikolar, otoimmün bir hastalık sonucu artan antifosfolipit antikolarıdır. Yapılan bazı araştırmalarda, antifosfolipit antikoların varlığının tekrarlayan düşük yapan kadınların %10-16'sında söz konusu olduğunu göstermektedir ( Pandey vd., 2005; Rai ve Regan, 2006).
- 6) Beslenme ve Çevresel Nedenler: Kemoterapötik ilaçlar, radyoaktif iyonlar, etilen oksit, civa ve kurşun gibi çevresel toksitlerin düşüklere neden olabileceği söylenmektedir. Sigara, alkol ve kahve tüketiminin düşükler ile ilişkisi olduğu belirtilmekle birlikte, bu maddelerin aşırı kullanımı düşük riskini de beraberinde arttırmaktadır. Stres ve psikolojik faktörler de yine düşük riskini arttıran bir başka etkenlerdir (Pandey vd., 2005).
- 7) Pıhtılaşma Sistemine Ait Patolojiler: Pıhtılaşma, fibrinozis ve vasküler remodeling süreçler arasındaki dengenin ayarlanması, başarı bir gebelik için oldukça önemlidir (Pandey vd., 2005).
- 8) Maternal Hastalıklar: Maternal hastalıklar beraberinde fetal kayıp riskinin artmasını getirmektedir. Ehler-Danlos sendromu ve Marfan sendromu gibi nadir görülen doku bozuklukları bu riske dahildir. Orak hücre anemisi, disfibrinojenemi, kongenital hipofibrinojenemi, afibrinojenemi, Wilson hastalığı, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları, kronik esansiyel hipertansiyon renal hastalıklar ve hiperhomosisteinemi gibi hastalıkların da kadınlarda tekrarlayan düşüklere neden olabileceği düşünülmektedir (Pandey vd., 2005).
- 9) Spermdaki Yapısal ve Fonksiyonel Değişiklikler: Hiperspermi (250 milyon/mL'den fazla) ve oligospermi (20 milyon/mL'den az) düşükler ile bağlantılıdır. Yapılan bir çalışmada, birinci trimester de görülen açıklanamayan tekrarlayan düşüklerde, kadınlaların partnerlerinden alınan meni örnekleri ile yapılan hipo-osmotik şişirme testinin sonuçlarının anlamlı bir şekilde düşük bulunduğu belirtilmiştir (Pandey vd., 2005).

10) Açıklanamayan Durumlar: Tekrarlayan düşüklerin yaklaşık olarak yarısı herhangi bir tıbbi nedene bağlanamamakta ve tam bir tedavisi bulunamamaktadır.

#### **2.3.4.3. Tekrarlayan Düşüklerde Tedavi**

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların tedavisi hala üreme tıbbı için en güç konulardan biridir. Hastanın aşırı zafiyet durumu söz konusu olmadığı sürece, diabet ya da tiroid hastalığı gibi kronik durumların sorumlu tutulması oldukça nadirdir. İncelebilirlikleri oldukça zor olmakla birlikte, psikolojik faktörlerin durum üzerindeki etkisi sebepten çok sonucu etkilemektedir. Klasik yaklaşım göz önüne alındığında, ilgili olabilecek anatomik, hormonal ve genetik faktörlerin incelenmesi önerilmektedir (Scott vd., 1997., Akt; Karaman, 2007).

#### **2.4. KAYIP DURUMUNDA YAŞANAN DUYGULANIMLAR**

Yas kaybı karşısında verilen psikolojik tepki olarak tanımlanırken, matem ise yakınlarını kaybeden kişilerin, yaşadıkları kaybı ritüel şekilde ifade etmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. Gebelik sürecinde yaşanan kayıp ya da perinatal ölüm sonucunda yas tutan ebeveyn için yasin kamusal alanda ifade olanağı ya hiç yoktur ya da çok azdır. Bunun nedeni ise, yas sürecinin bir nesne, kişi ya da vücut parçasının kaybedilmesinin anlaşılması ile yaşanan acı olarak görülmesidir (Ujda ve Bendiksen, 2000).

Her ebeveyn yaşanan erken kaybın yasını tutmayabilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, gebelikleri düşükle sonlanan kadınların %75'inin yas tuttuğu ancak %25'inin yaşadıkları kayba hayatta karşılaşılan deneyimlerden biri olarak değerlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Limbo ve Wheeler, 1986). Ailelerin yaşadığı hayal kırıklığı ve acı, özellikle de gerçekleşmesini çok istedikleri planları beklenmedik bir şekilde yok olduğunda çok keskin bir biçimde deneyimlenebilir (Lasker ve Toedter, 1991). Beklenen bebeğin kaybı ile birlikte, çocuğa dair hayaller, rol beklentileri ve yapılan planlar da kaybedilmiştir (Ujda ve Bendiksen, 2000).

Gebelik kaybı sonrası yaşanan yas, depresyon ve anksiyete gösterilen en yaygın tepkilerdendir. Psikiyatrik öykünün varlığı, yetersiz sosyal destek, başka bir çocuğun

olmaması ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde gerçekleşen düşük kayıp karşısında verilen tepkinin şiddetini etkileyebilmektedir (Athey ve Spielvogel, 2000).

Yaşanan kayıp sonrası araştırılması ve dikkat edilmesi gereken psikolojik semptomlar şunlardır (Broquet, 1999);

- Tehlikeli ve devam eden intihar düşünceler
- Kendini değersiz hissetme
- İnsomnia / Uykusuzluk
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Fonksiyonel alanlarda bozulma
- İlaç ya da alkol kullanımının belirgin biçimde artması.

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yapılan bir başka çalışmada, hasta tarafından fark edilmese de yaşanan kayıp sonrasında üzüntü ve post-travmatik stresin geliştirilebileceği ortaya konmuştur (Layer vd., 2000). Kayıp sonrası anne ve babanın yaşadığı süreçlerini karşılaştıran araştırmacılar, babaların yas sürecini daha hızlı yaşayıp sona erdirdiklerini varsaymışlardır. Baba, yas süreçlerini hızlı şekilde atlatırken bu süreçte anne yoğun bir acı içinde olabilmektedir. Böyle bir durumda, kadın birlikte olduğu erkeği soğuk ve ilgisiz olarak değerlendirebilir ve böylelikle yalnızlık hissi artabilir. Öte yandan erkek ise eşinin durumunun kalıcılığından rahatsızlık duyabilir ve duygu bozukluğu olan biri gibi değerlendirmeye başlayabilir (Dikencik vd., 1999).

Yaşanan sıkıntılar ve zorlanmalar karşısında geliştirilen baş etme yöntemlerine dair birçok araştırma yapılmış olmakla birlikte, Frydenberg ve Lewis bu konuda Yetişkinler için Başa Çıkma Skalası geliştirmiştir. Bu skala şunlardan oluşmaktadır (Akan, 2006);

- Sosyal destek aramak
- Problemi çözmeye odaklanmak
- Çok çalışmak
- Anksiyete
- İlişkileri geliştirmek
- Umutlu olmak
- Gerginliği azaltmak



- Sosyal faaliyetlere katılım
- Problemi görmezden gelme
- Kendini suçlama
- Kendini koruma
- Manevi destek arayışı içinde olma
- Olumluğa odaklanmak
- Profesyonel yardım alma arayışına girmek
- Hobi edinmek
- Eğlence
- Kendine dair parçaları korumak
- Mizahı kullanmak.

Yaşanan sıkıntılar ve zorlanmalar karşısında geliştirilen uyum yollarından biri de savunma mekanizmalarını kullanmaktır. Bu mekanizmlar bireyi psikolojik dağılmaya karşı koruyabilmektedir (Akan, 2006).

#### **2.4.1. Depresyon**

Depresyon için birçok risk faktörü olmakla birlikte, kayıp depresyonun gelişebileceğini öngören en temel yaşam olayıdır (Sadock ve Sadock, 2005). Depresyon, antik çağdan günümüze kadar konuşulan ve varlığını sürdüren bir ruhsal rahatsızlıktır. Depresyonu ilk olarak Hipokrat M.Ö. 400 yıllarında kara safra fazlalığı ile açıklamıştır (Georgotas, 1988). Kraepelin (1856-1929), mani ve depresyonun aynı hastalık içerisindeki farklı aşamalar olduğunu belirtmiş ve bu hastalığı manik depresif psikoz olarak tanımlamıştır. Leonhard ve arkadaşları ise 1962 yılında monopolar ve bipolar olmak üzere depresyonu ikiye ayırmıştır (Klerman, 1980).

Depresyonla ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud ve Abraham tarafından ortaya atılmıştır. Kaybedilen kişinin tasarımının benliğin içine saklanması ile yapılan içe atım (introjekte), kaybedilen kişiye karşı duyulan sevginin yanında nefret, öfke gibi duyguların da içe atımına neden olur. Bu duygular ise beraberinde suçluluk hissini

getirir ve kaybedilen kişiye karşı duyulan öfke de bireyin kendisine yönelmiş olur (Yemez ve Alptekin, 1998).

Freud, yas ve melankoli arasında karşılaştırma yaparken melankoli için gerçek bir sevgi nesnesi kaybının gerekli olmayabileceğinden söz ederek yastan farklı olduğunu vurgulamıştır. Depresyonda ise gerçek ya da bilinçdışı sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur (Freud, 1993).

#### **2.4.2. Öfke**

Öfke, kayıp sonrası yaşanan duyguların başında gelmektedir. Özellikle kayıp yaşamış olan çiftlerin kayıp sonrası çevrelerinden aldıkları tepkinin yarattığı hayal kırıklığının öfkeye dönüştüğü görülmektedir. Üzüntü, yalnızlık, kaygı gibi içsel nedenler öfkeye neden olabilirken, dışsal nedenler de öfkeye yol açabilmektedir (Tathoğlu ve Karaca, 2013).

Spielberger, öfke duygusunu süreklilik ve durumsallık olarak iki ayrı başlık altında ele almıştır. Durumsal öfke amaca yönelik davranışın engellenmesi karşısında yaşanan duygu durumken, sürekli öfke ise öfke duygusunun ne kadar sıklıkla yaşandığına dair bir kavramdır (Özer, 1994).

Öfke ile ilgili yapılan tanımlara bakıldığında, kişinin engellenmesi, haksızlığa uğramış olması, beklentilerinin gerçekleşmemesi durumlarında gösterdiği doğal ve evrensel bir tepki olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, öfkenin şiddeti, kontrolü ve ifade ediliş tarzı, kişinin ruh sağlığı ve toplumsal uyumu için belirleyici rol oynamaktadır (Aydın, 2005).

#### **2.4.3. Kayıp Sonrasında Sosyal Destek**

Bebeklerini kaybeden ebeveynler, yaşadıkları kayıp sonrası aile ve yakınlarından destek yardım beklemektedirler. Ebeveynler desteklenmedikleri hissine kapıldıklarında kendilerini dışlanmış ve yanlış anlaşılabilir olarak hissedebilmektedirler. Birçok araştırma da perinatal kaybın ardından ebeveynlerin yaşadığı sosyal dışlanmayı ortaya koymuştur. Bununla birlikte bebeklerini kaybetmemiş kişiler tarafından nasıl hissetmeleri ve

davranmaları yönünde alınan tavsiyelerin ebeveynlerin öfkelenmesine neden olduğu belirtilmiştir (Akan, 2006).

Bir çok çift yaşadıkları kaybın ardından çevrelerinin tavırları karşısında hayal kırıklığı, içleme ve öfke duyduklarını belirtmişlerdir (Kavanaugh vd., 2004). Perinatal kayıplarla yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde perinatal kayıpların gebelik anksiyetesini arttırdığı belirtilmiştir (Froen vd., 2001). Perinatal kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınlar karşılaştırıldığında, perinatal kayıp yaşamış olmanın sonraki gebeliklerde dair anksiyeteyi şiddetlendirdiği görülmüştür (Mathews ve MacDorman, 2006). Anne adayının kaybettiği fetüse yüklediği kimlikle doğru orantılı olarak gebelik anksiyetesi yaşama olasılığı artmaktadır (Cote-Arsenault, 2003). Bununla birlikte perinatal kayıp sonrasında yaşanan gebelikte depresif semptomların görüldüğünden söz edilmiştir (Armstrong, 2002). Ayrıca, özellikle gebe kadınların üçüncü trimesterde daha fazla depresif semptom yaşadığı ve perinatal kaybın yaşandığı ilk bir sene içerisinde yeniden gebe kalan kadınlarda depresif semptomların daha fazla olduğu belirtilmiştir (Hunfeld vd., 1997).

#### **2.4.4. Yas Süreci**

Beklenen bebeğin beklenmeyen kaybı ile birlikte ebeveynler yas sürecine girebilmektedir. Yaşanan yas sürecinde sıklıkla verilen tepkiler şunlardır (Drench, 2003):

- Şok
- İnkâr
- Kızgınlık
- Suçluluk
- Korku
- Tükenmişlik

Tüm bu süreçlerin tamamlanması ile birlikte birey bazı değişikliklere uğramaktadır. Çözümlemiş yas ile birlikte birey artık kaybettiği kişiyi acı çekmeksizin hatırlayabilmektedir.

Yaşanan kayıp sonrasında bireyler sağlıklı ve sağlıksız tepkiler verebilmektedir. Kübler-Ross(1993) kayıp sonrası verilen sağlıklı tepkileri 6 aşamada tanımlamıştır. Bunlar:

1. İnkâr ya da yalıtılmışlık
2. Şiddetli öfke ve kızgınlık
3. Pazarlık
4. Depresyon
5. Kabul
6. Umut'tan oluşmaktadır.

Aşamalar her zaman doğrusal bir şekilde gitmeyebilir ve zaman zaman kendi içlerinde yer değiştirebilirler. Bazı bireyler yas sürecini zamanında tamamlarken bazıları için bu süreç uzayabilir. Yas sürecinin uzaması beraberinde olumsuz davranış kalıplarını getirebilmektedir. Birey, süreçle sağlıklı bir şekilde başa çıkarak tamamlıyor, yeniden yakın çevresi ve dış dünya ile bağlantı kurabiliyorsa umut ve yeniden bütünleşme gerçekleşmektedir. Ancak birey süreci tamamlayamıyor ve takılıp kalıyorsa bu durumda birey için patolojiden söz etmek gerekebilmektedir (Thomas ve Sille, 1999).

Sahu (1981), kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili kavramları perinatal kayba uyarlamıştır. Perinatal kayıp yaşayan bireylerin kayıp yaşayan diğer bireylerden tek farkının düzenleme evresi olduğunu belirtmiştir. Bu farkın nedeninin, perinatal kayıp yaşayan bireylerin düzenleme evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğundan söz etmiştir. Ebeveynler için yas süreci diğer yas süreçleri ile benzerlik gösterse de içerisinde kendine has ve çözümü zor olan özellikler barındırmaktadır. Anneler; üzerlerine düşeni yapmadıkları, alkol tüketimi ya da başka bir davranışları nedeniyle bu duruma sebep oldukları, doktorun gerektiği zamanda uyarıda bulunmadığı ya da kendisinin doktorun uyarılarına uymadığı hakkında suçluluk hissetmektedirler. Bununla beraber yas sürecinde eşler farklı tepkiler gösterebilmektedirler. Anneler bu süreci hem çocuklarına dair hayallerinin kaybı hem de kendilerinden bir parçanın kaybı olarak deneyimlemektedirler. Anneler narsistik bir yaralanmanın yasını tutarken, babalar babalık rolü beklentilerinin gerçekleşmemesine dair yas tutarlar (Sitrin, 1994).

Yas sürecinde, yasin çeşitli patolojik formları ortaya çıkabilir. Kronik yas beraberinde depresyon, anksiyete atakları, fobiler, obsesif düşünceler ve psikotik reaksiyonlar getirebilir. Gecikmiş yas ya da yasin hiç görülmemesi ve kaybedilen çocuğun yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan yas, yasin farklı patolojik biçimleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Badenhorst ve Hughes, 2007).

Düşük, ölü doğum ya da ani bebek ölümleri deneyimleyen ebeveynlerin çözülme dönemleri yaklaşık olarak ölümden sonraki üç yıl içerisinde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte Sahu (1981), çözülme dönemiyle birlikte ailelerin normal yaşantılarına döndüklerini ancak bebeklerini kaybetmenin yarattığı travmayı hiçbir zaman unutmadıklarını belirtmiştir.

#### **2.4.5. Kayıp Sonrası Psikososyal Destek**

Kayıp sonrası süreci atlattmakta güçlük yaşanması ya da yas sürecinin atlatılmaması beraberinde psikososyal destek alma gerekliliğini getirir. Psikoterapi ile yas sürecinin aşamaları üzerine çalışılıp sağlıklı biçimde yas sürecini atlatarak bireyin yaşama yeniden adaptasyonunun sağlanması hedeflenir.

## BÖLÜM 3

### TEZ ÇALIŞMALARI

#### 3. 1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışmada anne adayı için zorlu bir süreç olan perinatal kayıplarda, annenin kayıp sonrasında yaşadığı öfke ve depresyon düzeyi ve bu sürecin beraberinde getirdiği dürtüsel çatışmaların dinamiğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın kuramsal ve işlemsel hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

##### 3.1.1. Kuramsal Hipotezler

- 1) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların yaşadıkları kayıp süreci nedeniyle yoğun depresif duygulanımları olacaktır.
- 2) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların, yaşadıkları depresif duygulanımlar beraberinde öfke duygusunu da getirecektir.
- 3) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınlarda dürtüsel yatırımlar yetersizdir, dürtüsel dünyanın işleyişi canlı değildir.
- 4) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların nesne ilişkilerinde problematikler söz konusudur.
  - a) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların, nesne ilişkilerinde pregenital sorunların varlığı söz konusudur.
  - b) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların, otorite tasarımları ve otoriteyle baş etme konusunda yetersizlikleri söz konusudur.
  - c) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınlar özdeşim kurma güçlüğü yaşamaktadır.

### 3.1.2. İşlemsel Hipotezler

1) a) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların depresif duygulanımlarına ilişkin Rorschach testinde siyah, beyaz ve gri renk özelliklerine ilişkin yanıtlar ( $\sum C':FC'$ ,  $C'F$ ,  $C'$ ) çok, renkli kartlara ilişkin yanıtlar ( $\sum C:FC$ ,  $CF$ ,  $C$ ) ise az olacaktır.

b) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınlar BDE'den yüksek skorlar alacaklardır.

2) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların BDE ve SÖÖTÖ'den aldığı puanlar birbiri ile doğru orantılı biçimde olacaktır.

3) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach testinde, dürtülerin düşümsel süreçlerle eklemlenerek ifade edildiği hareket yanıtlarının ( $\sum K:K$ ,  $Kan$ ,  $Kob$  ve  $\%RC$  oranlarının oldukça az olması beklenmektedir.

4) a) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach testinde anne imagosuna gönderme yapan Kart I, VII ve IX'a verdikleri yanıtlarda tehditkar, kapsayıcı olmayan ancak simbiyotik bir ilişki kuran bilinçdışı anne imgesinin belirginleşmesi beklenmektedir.

b) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach testinde, otorite figürü ve üst benlik yapılanmasına gönderme yapan Kart IV ve VI'ya verdikleri yanıtlarda, otoriteyi karşı yetersizlik/ güçsüzlük hissetmeleri ve otoriteyi rahatsız edici bulmaları beklenmektedir. Bu durumun Clob yanıtlarındaki artış ile takip edilmesi beklenmektedir.

c) Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach testinde özdeşim kurmaya göndermeye yapan Kart II, III, V ve VII'ye verdikleri yanıtlarda, özdeşim kurmada yaşanan güçlüklerin olması ve buna bağlı olarak bütün insan tasarımlarının, kadın ve erkek bedenini ifade eden yanıtların az olması beklenmektedir.

## **3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

### **3.2.2. Örneklem**

Araştırma, İstanbul'da bulunan özel hastanelerin Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne başvuran, birbirini takip eden en az iki ya da daha fazla gebeliğinin 20. Hafta öncesinde spontan olarak sonlanmış olduğu 18-50 yaş aralığındaki 25 kadın ile yapılmıştır.

### **3.2.2. Araştırma Araçları**

Bu çalışmada tekrarlayan düşük yaşayan kadınlardan, araştırmaya gönüllü katılım esas olduğundan, öncelikli olarak etik onam alınmıştır. Ardından tekrarlayan düşük yaşayan kadınların dürtüsel süreçlerinin incelenmesi amacı ile beş adet ölçme aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki hastalarla ilgili demografik bilgilerin elde edilebilmesi için uygulanan demografik bilgi formudur. Bu formun uygulanmasının ardından, uygulayıcı tarafından, 25 kadın ile psikanalitik yönelimli öngörüşme yapılmış; bu ayrıntılı öngörüşme sonrasında da projektif bir test olan Rorschach uygulanmıştır. Uygulan Rorschach testinin sonrasında ise BDE ve SÖÖTÖ'yü doldurmaları istenmiştir.

#### **3.2.2.1. Demografik Bilgi Formu**

Katılımcılara, yaşları, eğitim durumları, kardeş sayıları ve düşük sayılarını öğrenmek adına demografik bilgi formu verilmiştir.

#### **3.2.2.2. Psikanalitik Öngörüşme**

Araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış ön görüşme formunda sosyodemografik bilgiler, ebeveyn ilişkileri, psikiyatrik/psikolojik semptomlar, aile öyküsü, çocukluk anıları ve sık tekrarlayan rüyalara dair soruların yanı sıra, katılımcının araştırmanın ölçütlerine uygun olup olmadığına dair açık ve kapalı uçlu sorular sorulmuştur.



### 3.2.2.3. Rorschach Testi

Rorschach testi, İsviçreli psikiyatr Hermann Rorschach tarafından geliştirilmiştir. Rorschach testi geliştirilirken, asıl amaç, sağlıklı ve patolojik bireylerin, hayali içeriklerden bağımsız olarak algısal süreçlerini, mürekkep lekeleri aracılığı ile ifade edebilmeleridir (İkiz, 2001).

Bu çalışmada, testin kodlanması ve yorumlanmasında Fransız Okulu modeli kullanılmıştır. Fransız Okulu modeli, 1966'da C.Beinzmann'ın form yanıtlarının puanlanması hakkında yayınladığı kitapla birlikte istatistiksel temellere oturtulmuştur. 1940'lı yıllarda ise R. Schafer tarafından Freud'un teorisi ile bütünleştirilerek geliştirilmiştir. Bu modele göre, testin yorumlanması sırasında sadece testin içeriği değil, aynı zamanda söyleme dair özellikler, söylemin devamlılığı ile birlikte gizil ve görünürdeki içerik de ele alınmalıdır (İkiz, 2001).

Kartların her biri şekil, renk, gölge ve hareket bakımından farklılıklara sahiptir. Yapısal anlamda, her bir kartta lekeler simetrik bir eksen etrafında yer almaktadır. Ancak, I, IV, V, VI VE IX numaralı kartlar daha merkezi bir yapıdayken; II,III, VII, VIII numaralı kartlar çift yönlü/simetrik bir görünüme sahiptir. Kartlar, duyumsal özellikleri açısından değerlendirildiğinde, bazı kartların gri-siyah veya siyah-beyaz, bazılarının siyah-beyaz-kırmızı ya da pastel renkte olduğu görülmektedir. Yapısal ve duyumsal boyutların bir araya gelmesi, her bir kartın gizil içerik analizinin yapılabilmesine olanak tanımaktadır (Anzieu ve Chabert, 2011).

Rorschach testinin uygulanışı sırasında, hastadan tek tek kartlara bakması ve kartlarda ne gördüğünü söylemesi istenir. Herhangi bir süre kısıtlaması söz konusu değildir. Uygulayıcı, katılımcının yanıtları, yorum ve davranışları ve her bir kartın süresi hakkında not alır. Rorschach kartlarının görünür içeriklerinin yanında gizil içerikleri de vardır. Tüm bu içerikler, kişinin söylemini anlamayı kolaylaştırmaya yarayan bağların kurulmasına izin verir. Bunun nedeni, söylemlerin yalnızca somut bir nesneyi değil, simgesel, duygulanımsal ve düşlemsel açıdan da anlamlı bir nesneyi konu almasıdır (Anzieu ve Chabert, 2011).

Kodlamalarla ilgili bilgi aşağıda verilmiştir (İkiz vd., 2009) :

Toplam yanıt sayısı (R): Toplam yanıt sayısı değişkenlik gösterebilmekle birlikte 15-30 arası yanıt sayısı normal kabul edilmektedir.

Lokalizasyon:

Bütün yanıtlar (G): Kişinin dünyayı algılayışında tekil ya da bütüncül yaklaşımları tercih ettiğine dair bilgi verir.

Detay yanıtlar (D): Kişi gördüğü Şekilleri detaylara bölerek kendini dış dünyadan gelen tehditlere karşı korur.

Küçük detaylar (Dd): Kartların küçük bir bölümü dikkate alınarak verilen yanıtlardır.

Beyaz detay (Dbl): Kartların siyah kısımları dışındaki beyazlıklara olan hassasiyetle ilgili yanıtlardır.

Tayin Ediciler:

Biçim yanıtları (F): Kişinin Şekilleri anlamlandırıp bildik Őekillere dönüştürdüğü yanıtlardır.

Hareket yanıtları (K): Kişinin yansıtma düzeneğini kullanarak Őekillere hareket verdiği yanıtlardır. Bu yanıtlar aynı zamanda kişinin dürtüsel dünyası hakkında bilgi verir.

Renk yanıtları (C): Kişinin duygusal ve dürtüsel dünyasına dair bilgiler verir. Kişinin dış dünyadan gelen uyaranlara karşı kontrol sağlayıp sağlayamacağı asıl önemli noktadır.

Clob yanıtlar: Kişinin iç dünyasındaki korkuyu karta aktardığı yanıtlardır.

Gölgeleme yanıtları (E): Endişe ile ilişkilidir ve erken dönem ilişkilere işaret eder.

Red: Kişinin herhangi bir karta yanıt vermeyi reddetmesidir.

İçerik Yanıtları:

İnsan yanıtları (H): Kişinin tüm bir beden ya da bedene ait parçalara dair verdiği yanıtlardır.

Hayvan Yanıtları (A): Hayvana ait tüm bir beden ya da beden parçalarının verildiği yanıtlardır.

Nesne Yanıtları: Cansız nesnelerin ifade edildiği yanıtlardır.

Anatomi: İnsan ya da hayvan bedenin iç kısmıyla ilgili verilen yanıtlardır.

#### **3.2.2.4. Beck Depresyon Envanteri**

Aaron Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, duygusal bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmeyi amaçlayan bir öz bildirim envanteridir. Envanterin temel amacı depresyon belirtilerini belirlemek olmakla birlikte bilişsel içeriğin de değerlendirilmesine de olanak verir. 21 maddeden oluşan ölçeğin on bir maddesi bilişleri, beş maddesi bedensel belirtileri, iki madde duyguları, ki madde davranışları, bir madde kişilerarası ilişkileri belirlemeye yöneliktir.

BDE' nin Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. İlk olarak Tegin (1980) tarafından envanterin 1961'de oluşturulmuş formunun uyarlaması yapılmıştır. Ardından Hisli (1988) tarafından, envanterin 1978'de revize edilmiş formu Türkiye'ye uyarlanmıştır. Hisli'nin (1988) poliklinik hastaları ile yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir oranla ayırt edebildiği gözlemlenmiştir.

Envanterin uygulanışı sırasında, her bir maddeye 0-3 aralığında puanlar verilerek, 0-63 aralığında değişen bir skor elde edilir (Sorias, 1998). Envanterin, Türkiye için geçerlik ve güvenirliği Hisli (1988) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

### 3.2.2.5. Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Spielberg (1988) tarafından, öfke yaşantısının ifadesi ve kontrolüne yönelik yapılan davranışları ölçme amacıyla oluşturulmuştur. Beş alt boyutu olan bu ölçek, hem bireyin belli durumlar ve genel olarak yaşadığı öfke duygusunun derecesini, hem de öfkenin ifade edilmiş biçimini ölçmeyi hedefler. Durumluluk Sürekli Öfke ölçeği, bireyin belirli durumlarda yaşadığı öfkenin derecesini; Sürekli Öfke ölçeği bireyin genel olarak yaşadığı öfke duygusunu ölçmeyi hedefler. Ölçeğin diğer üç alt boyutu ise, bireyin öfkesini dışa vurma, öfkesini içte tutma ve öfkesini kontrol etme eğilimini değerlendirmektedir.

Ölçeğin Türkiye'ye uyarlaması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, ölçmeyi hedeflediği boyutlardan biri olan Durumluluk Öfke Ölçeği ile ilgili çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. Ölçeğin, "Sürekli Öfke " boyutu için Cronbach alfa katsayısı .79; "kontrol altına alınmış öfke" boyutu için Cronbach alfa katsayısı .84; "dışa vurulmuş öfke " boyutu için Cronbach alfa katsayısı .78; "bastırılmış öfke " boyutu için Cronbach alfa katsayısı .62 olarak bulunmuştur.

## BÖLÜM 4

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 4.1. BULGULAR

##### 4.1.1. Sosyodemografik Bulgular

Bu çalışmanın örneklemini, birbirini takip eden en az iki ya da daha fazla gebeliğinin 20. hafta öncesinde spontan olarak sonlanmış olduğu 25 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması (min=23, max=50 olmak üzere) 33,72'dir.

Katılımcıların tamamı düşük deneyimini yaşadıklarını (min=2, max=5 olmak üzere) belirtmiştir. Katılımcıların düşük deneyimi sayılarının ortalaması 2,76'dır.

Katılımcıların tamamı medeni durumlarını evli olarak belirtmiştir. Katılımcıların tamamı kendileri dışında kardeş ya da kardeşlerinin olduğunu (min=1, max=9 olmak üzere) belirtmiştir. Katılımcıların kardeş sayılarının ortalaması 3,88'dir.

**Tablo 1**

Katılımcıların Yaş, Kardeş Sayısı ve Düşük Sayısına Dair Bulgular

|               | N  | Minimum | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma |
|---------------|----|---------|----------|--------------------|----------------|
| Yaş           | 25 | 23      | 50       | 33,72              | 7,021          |
| Kardeş sayısı | 25 | 1       | 9        | 3,88               | 2,166          |
| Düşük sayısı  | 25 | 2       | 5        | 2,76               | 0,970          |

Katılımcıların %12'si (n=3) ilköğretim mezunu, %16'sı (n=4) lise mezunu, %68'i (n=17) üniversite mezunu, %4'ü (n=1) lisansüstü mezunu olduklarını belirtmiştir.

**Tablo 2**

Katılımcıların Eğitim Durumuna Dair Demografik Bilgiler

| Eğitim Durumu | N  | %    |
|---------------|----|------|
| İlköğretim    | 3  | 12,0 |
| Lise          | 4  | 16,0 |
| Üniversite    | 17 | 68,0 |
| Lisansüstü    | 1  | 4,0  |

#### 4.1.2. Beck Depresyon Ölçeği ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Bulguları

**Tablo 3**

Beck Depresyon Ölçeği'ne Ait Bulgular

|            | f  | %     | Geçerli % | Toplam % |
|------------|----|-------|-----------|----------|
| Valid < 17 | 18 | 72,0  | 72,0      | 72,0     |
| >17        | 7  | 28,0  | 28,0      | 100,0    |
| Total      | 25 | 100,0 | 100,0     |          |

Hisli'nin (1988) poliklinik hastaları ile yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir oranla ayırt edebildiği belirtilmiştir. Tablo 3'te belirtildiği üzere, katılımcıların %72'sinin (n=18) ölçekten 17'nin altında bir puan aldıkları, katılımcıların %28'inin ise (n=7) ölçekten 17 ve üzeri bir puan aldıkları görülmektedir.

**Tablo 4**

Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| <b>Değişkenler</b>    | <b>N</b> | <b>R</b> | <b>p</b> |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| <b>Beck Depresyon</b> | 25       | ,644     | 0,001    |
| <b>Sürekli Öfke</b>   |          |          |          |

Tablo 4'te belirtildiği üzere, depresyon ve sürekli öfke arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p < .05$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = ,644$ ;  $p < .05$ ).

**Tablo 5**

Beck Depresyon Ölçeği ile Öfke İçte Tutma Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| <b>Değişkenler</b>     | <b>N</b> | <b>R</b> | <b>p</b> |
|------------------------|----------|----------|----------|
| <b>Beck Depresyon</b>  | 25       | ,508     | 0,010    |
| <b>Öfke İçte Tutma</b> |          |          |          |

Tablo 5'te belirtildiği üzere, depresyon ve öfke içte tutma alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p < 0.5$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = ,508$ ;  $p < .05$ ).

**Tablo 6**

Beck Depresyon ile Öfke Dışa Vurma Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| <b>Değişkenler</b>     | <b>N</b> | <b>R</b> | <b>p</b> |
|------------------------|----------|----------|----------|
| <b>Beck Depresyon</b>  | 25       | ,628     | 0,001    |
| <b>Öfke Dışa Vurma</b> |          |          |          |

Tablo 6'da belirtildiği üzere, depresyon ve öfkeyi dışa vurma alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi

sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p < .05$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = .628$ ;  $p < .05$ ).

**Tablo 7**

Beck Depresyon ile Öfke Kontrol Alt Boyutu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Değişkenler    | N  | R     | p     |
|----------------|----|-------|-------|
| Beck Depresyon | 25 | -,197 | 0,346 |
| Öfke Kontrol   |    |       |       |

Tablo 7’de belirtildiği üzere, depresyon ve öfke kontrol alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = .197$ ;  $p > .05$ ).

### 4.1.3. Rorschach Testinden Elde Edilen Bulgular

#### 4.13.1. Betimsel Analiz

**Tablo 8**

Katılımcıların Rorschach Testi Yanıt Sayıları ve Lokalizasyon Betimsel İstatistikleri

| Değişkenler          | N  | Min. | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma | Eğiklik | Basıklık |
|----------------------|----|------|----------|--------------------|----------------|---------|----------|
| R                    | 25 | 7    | 36       | 17,84              | 7,951          | 0,686   | -,272    |
| G                    | 25 | 1    | 6        | 3,28               | 1,429          | 0,206   | -,480    |
| D                    | 25 | 2    | 22       | 10,84              | 5,383          | 0,355   | -,555    |
| Dd                   | 25 | 0    | 11       | 3,00               | 2,799          | 1,388   | 1,815    |
| Dbl                  | 25 | 0    | 4        | 0,72               | 1,100          | 1,631   | 2,247    |
| Red-<br>Lokalizasyon | 25 | 0    | 4        | 0,52               | 1,122          | 2,251   | 4,132    |



**Tablo 9**

Katılımcıların Rorschach Testi'nde Verdikleri F Sayısı Betimsel İstatistikleri

| Değişkenler | N  | Min. | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma | Eğiklik | Basıklık |
|-------------|----|------|----------|--------------------|----------------|---------|----------|
| F Sayısı    | 25 | 6    | 30       | 12,84              | 5,452          | 1,512   | 3,124    |

**Tablo 10**

Katılımcıların Rorschach Testi'nde Verdikleri Hareket Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri

| Değişkenler | N  | Min. | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma | Eğiklik | Basıklık |
|-------------|----|------|----------|--------------------|----------------|---------|----------|
| K (İnsan)   | 25 | 0    | 7        | 1,44               | 2,123          | 1,638   | 1,648    |
| Kan(Hayvan) | 25 | 0    | 1        | 0,20               | 0,408          | 1,597   | 0,593    |
| Kob(Nesne)  | 25 | 0    | 2        | 0,8                | 0,400          | 5,000   | 25,000   |
| ΣK          | 25 | 0    | 7        | 1,64               | 2,158          | 1,644   | 1,801    |

**Tablo 11**

Katılımcıların Rorschach Testi'nde Verdikleri Renk Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri

| Değişkenler | N  | Min. | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma | Eğiklik | Basıklık |
|-------------|----|------|----------|--------------------|----------------|---------|----------|
| ΣC          | 25 | 0    | 4,00     | 1,000              | 1,3844         | 1,331   | 0,577    |
| ΣC'         | 25 | 0    | 2,00     | 0,280              | 0,5416         | 1,864   | 2,938    |
| Clob        | 25 | 0    | 2        | 0,24               | 0,597          | 2,443   | 4,969    |
| RC%         | 25 | 8    | 47       | 28,88              | 9,939          | -,216   | -,194    |

**Tablo 12**

Katılımcıların Rorschach Testi İçerik Yanıtlarının Betimsel İstatistikleri

| Değişkenler | N  | Min. | Maksimum | Aritmetik Ortalama | Standart Sapma | Eğiklik | Basıklık |
|-------------|----|------|----------|--------------------|----------------|---------|----------|
| A (Hayvan)  | 25 | 0    | 17       | 6,96               | 3,482          | 0,622   | 1,859    |
| H (İnsan)   | 25 | 0    | 10       | 3,52               | 2,330          | 1,047   | 1,165    |
| Anatomi     | 25 | 0    | 7        | 2,16               | 2,055          | 0,988   | 0,190    |
| Nesne       | 25 | 0    | 4        | 1,16               | 1,375          | 0,943   | -,473    |

#### 4.2. İÇERİK ANALİZİ

Rorschach testinin dinamik analizi, düşlemsel ve duygulanımsal olarak ortaya çıkan tepki ile ilgilidir. Bunu yaparken, belirli kartların gizil içerikleri üzerinden kişilerin ruhsallığı, farklı kart gruplarına verilen yanıtlar aracılığı ile gözlemlenir (De Noose,2009).

Test öncesi yapılan yarı yapılandırılmış psikanalitik ön görüşme sırasında, katılımcıların rüyaları hakkında bilgi vermedikleri, anılarından bahsetmekten ya da detaylandırmaktan kaçındıkları ve rijit bir dil yapısı kullandıkları gözlemlenmiştir. Bununla birlikte anneyi tanımlarken detaylandırmaktan kaçınarak “klasik anne tanımları” ile söz ettikleri, babayı tanımlarken ise mesafeli ve çok fazla paylaşımda bulunulmayan bir baba imajı ile ifade ettikleri görülmektedir.

Hipotezdeki yargılar;

- 1) Nesne ilişkilerinde yaşanan sorunlar;
  - a) Prejenital sorunların varlığı,
  - b) Otoriteyle baş etme konusunda yaşanan güçlükler,
  - c) Özdeşim kurmada yaşanan sorunlar

2) Dürtünün işleyişi

3) Duygulanımsal dünyalarının zenginliğine yönelik içerikler olmak üzere üç ana başlık haline getirilerek incelenmiştir.

#### 4.2.1. Nesne İlişkilerinde Yaşanan “Pregenital” Sorunlar

Pregenital dönem, yaşamın ilk yılını kapsayan ve bebeğin hem bedensel hem de rusal ihtiyaçlarının anne ya da bakım veren tarafından karşılandığı bir dönemdir. Freud(1905), pregenital dönemi cinsel faaliyetle gıda içe alımının henüz birbirinden ayırmadığı dönem olarak tanımlamaktadır. Bu dönemde iki faaliyetin nesnesi de birbiriyle aynıdır ve cinsel amaç nesnenin içe alımında yatmaktadır. Pregenital döneme ait anne imagosuna dair bilgiye ve kişilerin bu imagolarla baş etme şekillerine özellikle Kart I, VII ve IX aracılığıyla bakabilmemiz mümkündür.

Rorschach testinde I. Kart test malzemesi ile ilk karşılaşma olması nedeniyle, dış dünya ve pregenital dönem annesel ilişkiye dair bilgilere ulaşmamızı sağlar. VII. Kart, annelik ve kadınlıkla ilgili özdeşimlerin ortaya konmasına olanak verir. IX. Kart ise pregenital dönem annesel ilişkiye dair bilgiler vermenin yanı sıra regresif düşlemlerin ortaya çıkmasına da olanak tanır (İkiz, 2009).

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach protokollerinin I, VII ve IX numaralı kartlara verdikleri yanıt örnekleri aşağıda belirtilmiştir:

I. Kart Yanıt Örnekleri:

*“Yarasaya benzettim. Böceğe de benziyor. Kanatları çıkarınca yarasa.”*

*“Gövdesini baş röntgenine benzettim.”*

*“Kelebeği anımsatıyor. Ortada bir kadın. Kafası yok, biraz soyut bir kadın.”*

*“Yarasa. Bir de birbirini öpen iki insan, ellerini kaldırmışlar.”*

*“Yarasa ya da kurbağa.”*

*“Bayraklar içerisindeki şekilleri anımsattı. Bir de yarasa kanadı. Bunların doğru cevabı ne peki? Tuhaf görünmeyeyim de.”*

*“Sanki uçurum, ellerini tutmaya çalışan iki insan.”*

*“ Kanatlı bir hayvan. İki tane ve karşıklı.”*

*“ Siyah, karartıcı. Yarasaya benziyor. O kadar.”*

*“Kelebek. Bir de rahim.”*

*“İki göz, kanatları var üzerinde, benzer şekiller. Filmlerdeki Batman tarzı bir şey. Kanatlı örümcek.”*

*“ Örümceğe benziyor ama uçabilecek gibi de. Biraz korkutucu, biraz da özgürlüğe gidiyor gibi.”*

I.Kart'a verilen yanıt örneklerinden yola çıktığımızda; tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ilk nesneyle karşılaşma ve pregenital dönemdeki annesel ilişkiye dair verdikleri “ kanatları çıkınca yarasa, kafası yok, uçurum, Batman” gibi yanıtların rahatsız edici niteliği ve mesafe kurma çabaları dikkat çekmektedir. Bununla birlikte “ birbirini öpen iki insan” yanıtı dürtüsellik arzularını ifade ederken, “rahim” yanıtı annesel tasarıma gönderme yapmaktadır.

#### VII. Kart Yanıt Örnekleri:

*“ İnsan yüzü, birbirine bakıyor. Bir de anne karnında bebek.”*

*“İki kız çocuğu birbirine bakan, simetrik. Altını bir şeye benzetemedim.”*

*“Kurbağayı hatırlattı. Ama kurbağanın ortası yok. Bunu tam olarak görmüyorum ortası eksik.”*

*“Güneş gibi bir şey görüyorum. İki kızgın surat görüyorum. Birbirine benzeyen iki yaşlı kadın suratı görüyorum.”*

*“ İki tane kuyruklu kız çocuğu. Çocuk mu büyük mü anlayamadım ama. Bir de iki tane çok sinirli domuzcuk.”*

*“ Bu ne ya? Bunu hiçbir şeye benzetemedim. İki çocuk karşılıklı olabilir ya da iki insan. Bir şeyin üzerine karşılıklı geçmişler.”*

*“ Hiçbir şey demeyeceğim. Bir şey demesem olur mu? Bir cinse benziyor ama ne cinsi? Yok bir şey demeyeceğim.”*

*“ Karşılıklı iki kadın, nine şeklinde. Kokoş iki kadın sohbet ediyorlar. Anneanneme benzettim.”*

*“ Kız çocuğuna benziyor Saçları, burnu. Sanki saçlarını tepeden toplamışlar. İki tane karşılıklı, küçük kız çocuğu.”*

*“ Bunların kafaları iki kız çocuğu ama gövdelerini katınca köpeğe dönüşüyorlar. Ama yüzleri yine çocuk. Şu at kuyruğu saçları, kız çocuğu bunlar. Ama gövdeleriyle kuyruğu havaya kalkmış, sevimli köpek yavruları. Şurası bir şey çağrıştırmadı. Küçük kaya gibi.”*

*“ İlk bakışta bir kolyeyi andırdı ama. Karşılıklı konuşan iki kız kardeş ya da arkadaş. Ortada küçük bir sepet ya da bebek arabası gibi, eskiden olurdu ya. Alt kısımlarla ilgili bir yorum yapamadım.”*

*“ Bunlar ikiz bebek gibi, kız çocukları. Ya da heykeller oluyor ya üzerine iki kız çocuğu yapıştırılıyor. Ama kız yani.”*

VII. Kart'a verilen yanıt örneklerinde yola çıktığımızda; annelik ve kadınsılığı tasarımılandırmaya yönelik verdikleri “ ortası eksik, sinirli domuzcuk, kızgın surat” gibi yanıtlarda anneye annelik kapasitesini iletemediği için duyulan bilinçdışı öfke ve eksiklik söylemleri dikkat çekmektedir. Anneye duyulan bilinçdışı öfkenin yanında anne tehdit edici bulunmakta ve bunun sonucunda anne ile simbiyotik bir ilişki yaşandığı görülmektedir. Bununla birlikte “ kokoş kadın, küçük kız” yanıtları ile anne imgesi değersizleştirilmeye çalışılırken, “heykel” yanıtı ile anne imgesinin oldukça donuk bir biçimde tasarımılandığı görülmektedir.

## IX. Kart Yanıt Örnekleri:

*“İki tane bebek, ikiz bebek gördüm burada. Anne karnındaki göbek bağı gibi. Turuncu ve yeşili bir şeye benzetemedim.”*

*“Bilim kurguda olur ya, insanlar cam fanusta yaşar. Böyle içi ferah, dışarısi karmaşık.”*

*“Tuhaf gelecek belki ama yan yana yatmış iki çocuk. Şunlar bebek kafası ve gövdeleri. Üstte bir şey göremiyorum.”*

*“Kılıç görüyorum iki tane. Kollarını açıp yukarı bakan iki insan. Aşağı atlamak üzere olan bir insan. Bu kadar, çok karışık geldi bu.”*

*“ İp çalışması yapmış gibi sulu boya ile. Burada renkler var. Kırmızı, yeşil, turuncu. Anne karnındaki bir bebeği anımsattı. İki karşılıklı yeşil görüntü. Üstündeki de aynı. Birbirinin kopyası gibi şekiller var.”*

*“ Bu çok karışık, hiçbir şeye benzemiyor. Hamile insan, şunlar göbekleri.”*

*“ Boyayı böyle atmışlar duvara bir şekil çıkmış gibi. Bu renkler bana insanmış gibi canlıymış gibi hissettiriyor. Yukarı kaldırılmış bir bebek var. Şu kısım da onu çekiyor gibi.”*

*“ Bir şeye benzetemedim. Aslında ultrasondaki bebek görüntüsü olabilir.”*

*“ Şuradaki şişlikler bana hamile gibi geldi. Şurası köprü gibi geldi. Başka bir şey görmüyorum.”*

*“ Orta kısımda bir çay bardağı dikkatimi çekti. Şu yan tarafta iki tane çizgi film karakteri, büyücü gibi. Karşılıklı konuşuyorlar. Özellikle şu alt kısımları yorumlamada güçlük çekiyorum. Bana bir şey ifade etmiyor sanırım.”*

*“ Bunda da hamile iki kadın görüyorum.”*

*“ Yukarıda saçma sapan iki palyaço gibi adam eğleniyorlar, korkutucular. Karnavalda maske giymişler. Ortada bir kupa, olimpiyat kupası gibi, etrafında da alevler yanıyor.”*

*“ Şurada bir keman resmi gördüm. Burada telleri var, size doğru yani.”*

IX. Kart'a verilen yanıt örnekleri incelendiğinde; pregenital dönem annesel ilişkiye yönelik verdikleri “göbek bağı, cam fanus, köprü” gibi yanıtlar annenin karnında olma arzusunu ve anne ile simbiyotik bağı ortaya koymaktadır. Bununla birlikte “büyücü, korkutucu” gibi yanıtlar olumsuz anne imgesini ortaya koyarken, “alt kısımları” yorumlamakta yaşadıkları güçlük dikkat çekmektedir. Bu durum, kendi bedenlerinin alt kısımlarını tanımlamakta ve yorumlamakta güçlük çektiklerini ve bunun sonucunda üreyemediklerini düşündürmektedir.

IX. Kart Red Yanıt Örnekleri:

*“ Ben herhalde gördüğümünden çok ne olabile kafa yoruyorum. Bunu geçelim.”*

*“ Bir şey diyemeyeceğim.”*

*“ Buradan çok bir şey çıkaramadım. Biraz mantık yönüm şeydir. Önce mantığım, sonra duygularım harekete geçer. Bakın size ipucu veriyorum. Bir şey hissetmiyorum.”*

*“ Anlamsız.”*

*“ Bunu anlayamadım.”*

I., VII., IX. Kartlara verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; ilk karta verilen yanıtların rahatsız edici niteliği dikkat çekmektedir. Bununla birlikte VII. ve IX. Kart ele alındığında, simetri ve benzerliklere dair yapılan vurgular dikkat çekmekte; bu durum narsistik türde dayanak alma ihtiyacını düşündürmekle birlikte, kendi ile öteki arasındaki sınırların belirsizliğini düşündürmektedir. “İkiz bebek”, “göbek bağı” gibi içeriklerle, bağımsız tasarımların kurulmasında yaşanan zorluk ve sınır konusunda yaşanan güçlük ortaya konmaktadır. Bu içerikler aynı zamanda, simbiyotik düşlemlerin yoğun olduğunu, ayrılma-ayrışma endişesi ve nesne kaybı endişesinin varlığını

düşündürmektedir. Son olarak “kafası olmayan kadın” , “ orta kısmı olmayan kurbağa” , “atlamak üzere olan insan” gibi içerikler, olumsuz, endişe verici, tekinsiz, kapsayıcılıktan uzak bir pregenital anne imgesinin varlığını düşündürmektedir. IX. Kart’a verilen red yanıtlarının fazlalığı, erken dönem nesne ilişkilerini düşlemede güçlük, arkaik anne ve anneliğe dair tasarımlarda zorluk yaşandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte IX. Kart’ın boş kısımlarının “keman, kupa, cam fanus, çay bardağı” gibi yanıtlarla doldurulmaya çalışıldığı görülmektedir. Dbl olarak isimlendirilen beyaz detay yanıtları nesne kaybının en belirgin olarak ortaya çıktığı yanıtlardır (İkiz, 2007).

#### 4.2.2. Pre-ödüpal Baba Tasarımlarına Ait Bulgular

Rorschach Psikanalitik Yorumuna göre IV ve VI. Kartlar birlikte değerlendirilmektedir. Her iki kartta, güç, otorite ve üst benliğe gönderme yapımları nedeniyle daha çok baba kartları olarak adlandırılırsalar da kimi zaman üst benlik babaya değil de annesel imagoya da gönderme yapabilmektedir. IV. Kart doğrudan baba imgesi ile ilişki olarak yorumlanmak yerine daha çok üst benliği temsil etmekte ve otoriteyle ilişkilendirilmelidir. VI. Kart ile birlikte değerlendirilmesi gereken bu kart, güç ve otorite karşısındaki konumunu sergilemektedir. Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach protokollerinin IV ve IV numaralı kartlara verdikleri yanıt örnekleri aşağıda belirtilmiştir:

##### IV. Kart Yanıt Örnekleri:

*“Genelde birbirine yakın şekiller gibi. Bunu hiçbir şeye benzetemedim. Kara bulutlar yükseliyor gibi. Tam bir şeye benzetemedim ama. Şu aralar haberlerde gördüğümüz F16 patlamalarına benziyor.”*

*“Buradaki bana canavarı hatırlatıyor. Üçüncü bir bacak ya da başka bir şeyi var.”*

*“Büyük bir... Ne desem, hangi hayvan desem. Ayakları var, büyük bir hayvana benzettim. Kuvvetli, büyük bir hayvan. İki ayağının üzerinde.”*

*“Hoşlanmadım bu resimden. Çizgi filmlerdeki tüylü yaratıklara benziyor. Büyük böcek gibi. Hoşlanmadım bu resimden.”*



*“Bu da sanki koca bir dağ. Kenarlarından sarkmış, otlar sarkmış yamaç. Şu sanki ağacın kökü, gövdesi gibi. Şunlar sanki bulutu andırdı bana.”*

*“ Canavara mı benziyor bu? Yabancı bir cinse benziyor, insan türü değil. Baykuşa benzetiyorum.”*

*“ Kaktüs çiçeği, topuklu ayakkabı.”*

*“ Yarasa gibi, yarasayı tam bilmiyorum ama bana onu anımsattı. Hayvanlardan korkarım.”*

*“ Çok güçlü bir hayvan. Çok güçlü ama kolları çok zayıf. İki kocaman ayak ama ayakları yere basmıyor. Aslında bir çok kartta ben kendimi görüyorum. Şu destek olabilir mi?”*

*“Hiç güzel bir şey görmüyorum ben burada. Böyle bir kedi suratına benzeyen bir şey görüyorum ama çok korkutucu bir resim. Sanki yaratık var. İki kulplu çaydanlık üstü gibi bir şey var. Ejderha surati gibi bir şey görüyorum. İki kedi var sanki, kediye de benzetebilirim onları.”*

*“ Bunda değişik bir güç var sanki. Ya da korkutucu bir yönü var. Bu daha sıcak (III.Kart'ı işaret ederek), bu daha ürkütücü. İlk hissettiğim şey güç ve korku. Bu kadar.”*

*“Hep korkutucu şeylere benzetiyor gibiyim. Reklamlardaki küçük mikropların büyütülmüş hali gibi. Melek kanadı, ayakta durmuş, ileri doğru hareket ediyor. Ağacın gövdesi ama sağlam. Şunlar da canavarın ayakları, ileri doğru gidiyor.”*

IV. Kart'a verilen yanıt örnekleri incelendiğinde; baba imgesi ve üst benliğe dair verdikleri “F16 patlaması, üçüncü bir bacak, büyük böcek” gibi yanıtlar fallik tasarımlarını ortaya koymakta, Clob yanıtları dikkat çekmekte ve kastrasyon anksiyetesinin yoğunluğunu dikkat çekmektedir. Fallik tasarımların fazlalığı aslında babayı arzuladıklarına işaret etmektedir.

VI. Kart Yanıt Örnekleri:

*“ Hiçbir şey bilemedim. Geçelim bunu, zaten hepsi birbirine benziyor.”*

*“ Bu bana hayvan postunu hatırlattı. Üstü ona uymuyor, yine böcek tarzında bir şey.”*

*“Şu yine bir böcek türü herhalde. Hafif kanatları var. Sinek türü de olabilir. Altta ki yaprak olabilir, çınar yaprağı.”*

*“ Burada resmin bütününde bir şey görmüyorum ama hızlı bir cismin bir yeri yarıp geçmesi gibi görüyorum.”*

*“Sanki bir taşın içinde saklanmış kılıç. Kılıç çeşitli cisimlerle süslenmiş.”*

*“ Kurumuş bir yaprak, üstü hariç. O kısmı anlayamadım.”*

*“ İnsan figürü gördüm burada. Sanki kanatlarında başka insanlar var ama put gibi. Şu kısım hani bıyıklar olur ya, put gibi kötü bir insan gibi. Hükümdar gibi, insanlarda ona tapıyor. Buda heykeli gibi düşünün.”*

*“ Benzetemedim. Benzettim ama çok saçma olmasın? Sanki balık gibi. Temizleriz, ikiye ayırırız, kızartırız. Ortası kılçık gibi.”*

*“ Koyun postu mu diyorlar, yerde böyle halı gibi. Şu tarafı bir şeyin ucu. Şu da yılan kafası gibi ama şunları hiçbir şeye benzetemedim.”*

*“ Bunu bilemedim. İsim veremeyeceğim, bir şeye benzetemedim.”*

*“ İlk bakışta çok anlamlandırabileceğim bir şey değil. Orta şerit yola benziyor. Şu yukarı kısım kelebeğin küçük bir kısmı. Parçalanmış ama gövdesi ve kanatları kalmış. Bir de hayvan postunu andırıyor.”*

*“ İlla bir şeye benzetmem gerekiyor mu? Bu da garip bir yaratık gibi.”*

VI. Kart'a verilen yanıtlar incelendiğinde; “yaprak, kurumuş yaprak” gibi depresif içerikler, “yılan kafası, kılçık” gibi fallik yanıt içerikleri dikkat çekmektedir. Bununla birlikte “hükümdar, put” gibi fallik olan ama aynı zaman da hareketsiz de olan yanıt içerikleri görülmektedir. Kartın kompakt olma özelliğine rağmen, kartı bölerek ve tek bir tasarım yerine çeşitli tasarımlar verme çabası içinde olmaları, kişilerin fallik tasarımı

bütünleştirmede zorlandıkları ve kartı parçalı ve daha az endişe verici bir hale getirme çabası olarak yorumlanabilir.

IV. ve VI. Kartlara verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; şiddetli bir üst benlik imgesi dikkat çekmekte, “F16 patlaması”, “canavar” gibi içerikler fallik simgelerin endişe edici ve tehlikeli bir biçimde tasarımılanmakta olduğunu düşündürmektedir. Güçlü otorite tasarımlarının yanında, “kılıç”, “bir cismin yarıp geçmesi” gibi içerikler kastratif endişeye de gönderme yapmaktadır. Kimi zaman VI. Kart’a red yanıtlarının verilmesi bu endişeden uzaklaşma çabası, yine VI. Kart’a verilen ‘post yanıtları’ ise otoriteyi pasifize etme çabası olarak düşünülmektedir. Son olarak, fallik yanıtlar ve depresif yanıtlar bir arada düşünüldüğünde, kadınların aslında daha güçlü bir babayı arzuladığını ancak annenin kuşatıcılığı karşısında babaya yönelemediklerini düşündürmektedir.

#### **4.2.3. Özdeşim Sorunsalına Ait Bulgular**

Rorschach Testi’nde özdeşim sorunsalı II., III., Kartların yanı sıra kendilik tasarımı ve kimlik algısına dair yanıtları içeren V. Kart ve annesel özdeşim ve kadına ait sembollerini gösteren yanıtları içeren VII. Kart dahil edilerek değerlendirilir. II ve III. Kartlar bir arada değerlendirilirken, bu kartların cinsel özdeşim ve ebeveyn imgesine dair bulgular ortaya konması beklenmektedir.

II. Kart’ın içerdiği figürler nedeniyle biseksüalitenin gündeme gelmesi ve her iki cinsiyete ait özdeşimlerin de ortaya çıkmasına olanak tanır. Aynı zamanda farklı düzeylerdeki saldırganlık ve cinselliğe dair bulguların da ortaya çıkmasına neden olabilir. III. Kart’ın nesne ilişkilerine dair bulgular vermesi beklenmekle birlikte II. Kart ile değerlendirilmesi gerekmektedir. V. Kart, gerçeğe uyum ve nesnel bir kendilik tasarımının ortaya çıkmasına olanak tanır. Son olarak VII. Kart, kadınlık ve anneliğe dair uyarımları, kişinin kendisi ve ötekinin cinselliğine dair bakışı hakkında bilgi vermektedir.

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach protokollerinin II, III ve VII numaralı kartlara verdikleri yanıt örnekleri aşağıda belirtilmiştir:

## II.Kart Yanıt Örnekleri:

*“ Hortumları havada bitişmiş iki küçük fil yavrusu(Gülüyor). O kırmızıları da kattığımda dizlerine çömelmiş iki insana dönüştü ama kafalarında kukuleta maske var gibi. Şu alttaki ilk bakışta kalp ama sonra vajina gibi duruyor.”*

*“ Kırmızılar kan lekeleri gibi. Onun dışında bir şeye benzetemedim.”*

*“ Bu neye benziyor? Bu rahim. Bunlar yumurtalık. Şurası da rahim girişi. Şu kırmızıları görünce mi öyle anladım acaba?”*

*“ İki insan, karşılıklı birleşme. Biri güçlü, biri değil. Şampiyonluğunu ilan ediyor. Bilek gücüne benziyor.”*

*“ Düşük yapan kadınlarla çalıştığımız için bunu regl olmuş vajinaya benzettim. Ayaklara benzettim. Kırmızı çorap giymişler. İki insan bir voltran oluşturuyor. Şurada iki güç var, kadını örtmeye, arkasında durmaya çalışıyor. İki boyutlu düşündüm.”*

*“ İki ayak, daha çok ultrasona benzemiş sanki (Gülüyor). Ultrasona benzettim. Uzanmış biri sanki.”*

*“Bugün röntgenden gidiyorum. Kafa röntgeninin başka açısı.”*

*“ Şu kırmızı kelebek gibi. Şunlarda yere düşen kan damlaları gibi. Siyah bölgeyi bir şeye benzetemedim.”*

*“Vajina gibi geldi. Biraz abes olacak ama.(Gülüyor)”*

*“ Bunda da kanama var. Şu pelvik şeye çok benziyor. Kadının kemik yapısı. Şu da döl yatağına benziyor ve kanaması var. Üstteki kırmızıları bir şeye benzetemedim. Benim de şu an ciddi kanamam var. Beyaz yer topaça benziyor, sivri bir şey var. Üstte iki tane insan var. Karşılıklı ağlıyorlar ama mutlu değil. Tatsız bir görüşme yapıyorlar. Birbirlerine çok benziyorlar. Karşılıklı bir şeyler konuşuyorlar ama mutlu şeyler değil. Yan tarafta iki sevimli hayvan var. Diğer o iki insanı taşıyorlar. Bence şu iki insanın eli ortada birleşmiş.”*

*“ Hiçbir şeye benzetemedim. Boşluk.”*

II.Kart'a verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; kadın-erkek ayrımı yapılmasında zorlandıklarını ve "vajina, röntgen, pelvik" gibi yanıt içerikleri bedenselleştirme yapıldığını göstermektedir. Bedensel yapılanmanın gözlemlendiği yanıtlarda bedenine vurgu yapıldığı, ancak bedenine herhangi bir duygu veya dürtü ile eklenemediği görülmektedir. Bununla birlikte, "rahim, vajina, yumurtluluk" gibi yanıtlarda üremeyle ilgili organların yoğun olarak ifade edildiği görülmektedir. Bu durum, zihinselleştirme kapasitesindeki yetersizliğin etkili olduğu işlemsel düşünce, düşlemsel ve sembolik eylemlerin fakirleştiğinin göstergesi olarak düşünülmektedir.

### III.Kart Yanıt Örnekleri:

*" İki kişi karşılıklı bir şey tutuyorlar. Çok soyut düşünürsek embriyoya benziyor tuttukları. Kadına benziyorlar. Göğüsleri...,topuklu ayakkabı giymişler."*

*" İki kişi arada kalp var, sevgi var. Şunlar da balığa benziyor sanki."*

*" İnsan figürü gibi geldi bana. Şunlar başlar, gövdeler gibi. Bir heykeltıraş yapmış gibi. Ellerinde bir şey taşıyorlar gibi. Şunlar da kalp olabilir mi?"*

*" Bu neye benziyor? Bunu bir şeye benzetemedim, sizce neye benziyor? Sağ, sol kalça kemiği gibi."*

*"İki kişi yardımlaşır bir şey taşıyor gibi. Şu da rahime benziyor. Bu da yakın iki insan, ortada kırmızı."*

*"Benzetemedim. Yerden bir şey alınıyor gibi, iki kişi."*

*"Kelebek gördüm. Birbirine kalbini veren iki insan. Şu da şu anda yaşadığım olaylarla alakalı. Ultrasonda rahim gibi. İki zayıf bacak, bu kadar."*

*"İki ayrı kalp var. Birbirinden uzaklaşan iki insan Anne karnındaki bebeği çağırıştırıyor şu kırmızı. Balığa da benzettim altlarındaki şeyi."*

*" Bebek ceninlerine benziyor. Ultrason görüntüsü Şu kırmızılarda düşük bebeğe benziyor. Evet, onlar düşük bebek, kürtajla alınan bebek. Onlar da sperm gibi."*

*“Bu kart birlikteliği, beraberliği ifade ediyor. Bir şey paylaşmak gibi. Paylaştıkları şeyler ve iki bayan bir şeyi birleştirmişler.”*

*“ Karşılıklı konuşan iki insan var gibi. Aradaki kırmızılar duygu. Arkadaki kırmızılar düşünceler gibi. Aileyi anlatıyor gibi. Alttaki ultrasondaki rahim gibi. Bebek görünmüyor ama hani.”*

III. Kart’a verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; “uzaklaşma-yakınlaşma ve taşıma-kaldırma” ya yönelik yanıt içeriklerinin olduğu görülmekte ve bu yanıtların annelikle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, kişilerin “ kalp, paylaşma” gibi idealize ilişkilerin anlatıldığı yanıt içerikleri ile bilinç düzeyindeki ideal aileyi tarif ettikleri ancak bu idealize ilişkiler içerisinde bebeğe yer olmadığı görülmektedir.

#### V. Kart Yanıt Örnekleri:

*“ Bu bana yarasayı hatırlattı. Arkasını dönmüş. Kanatları, kulakları..”*

*“ Bu yarasa, uçmakta olan bir yarasa. Bu resimler hep simetrik gibi. Uçan bir yarasaya yukarıdan bakmak gibi.”*

*“ Direkt yarasa olarak gördüm, kulaklarından dolayı.”*

*“ Beni zor sınavlardan geçiriyorsunuz. Bu ne ya? Kafa kısmı tavşana benziyor ama tavşan değil. Bir şeye benzetemedim. Havada uçan hayvan ama tavşan kafası nasıl olur? Sanki suyun üstünde yüzüyor.”*

*“ Atom karınca vardı eskiden bilir misiniz? Sonra yarasaya benzettim. İlk bakınca masum bir şey gördüm ama sonra öyle olmadığını gördüm.”*

*“ Bu tamamen kelebek.”*

*“ Kelebeğe benziyor ama narin değil de ürkütücü. Ama kelebek kesinlikle.”*

*“ Bunların hepsi bana aynı geliyor. Bu da böceğe benzemiyor mu? Yarasaya benziyor, yarasaya takıldım kaldım. Dökülmüş mürekkep gibi duruyor.”*

*“Bacağını uzatıp yerde oturan bir kadın. Birbirine sırt sırta vermiş iki kuş.”*

*“ Bu da bir tür kelebeğe benziyor. Kanatları fazla uzun. Yusufçuk da olabilir. Uçan bir hayvan.”*

*“ Kuyruklu yarasa. Bilim kurguda yapılan, çirkin, kötü karakterlere benzetilmiş.”*

*“ Kelebek ama değişik bir kelebek. Kostüm giymiş çocuk. Bu kadar.”*

V. Kart'a verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; banal olarak kabul edilen “yarasa” yanıtının sıklıkla verildiği ancak tam ve bütünleşmiş tasarım yanıtlarının az olduğu görülmektedir. Bu durum, kimlik yapılanmasında sorun olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte yanıtlara eklenen olumsuz sıfatlar, kendilik tasarımlarının da olumsuz olabileceğini düşündürmektedir.

#### VII. Kart Yanıt Örnekleri:

*“ Bunların kafaları iki kız çocuğu ama gövdelerini katınca köpeğe dönüşüyorlar. Ama yüzleri yine çocuk. Şu at kuyruğu saçları, kız çocuğu bunlar. Ama gövdeleriyle kuyruğu havaya kalkmış, sevimli köpek yavruları. Şurası bir şey çağrıştırmadı. Küçük kaya gibi.”*

*“ Kurbağayı hatırlattı. Ama kurbağanın ortası yok. Bunu tam olarak görmüyorum, ortası eksik..”*

*“ Bu ne ya? Bunu hiçbir şeye benzetemedim. İki çocuk karşılıklı olabilir ya da iki insan. Bir şeyin üzerine karşılıklı geçmişler.”*

*“ İsterseniz bunu geçelim. Kusura bakmayın ama bana bir anlam ifade etmedi.”*

*“ İki tane kız çocuğu gibi. Şunlar saçları, şu kafası. İki insan kız çocuğu.”*

*“ Fil görüyorum. Başka bir şey görmüyorum.”*

*“ Karşılıklı iki kadın, nine şeklinde. Kokoş iki kadın sohbet ediyorlar. Anneanneme benzettim.”*

*“ Kız çocuğuna benziyor, saçları, burnu. Sanki saçlarını tepeden toplamışlar. 2 tane karşılıklı, küçük kız çocuğu.”*

*“ İki tane at kuyruklu kız çocuğu. Çocuk mu büyük mü anlayamadım ama. İki tane çok sinirli domuzcuk.”*

*“ Güneş gibi bir şey görüyorum. İki kızgın surat görüyorum. Birbirine benzeye iki yaşlı kadın suratı görüyorum.”*

*“ İki kız çocuğu, birbirine bakan, simetrik. Altını bir şeye benzetmedim.”*

*“ İnsan yüzü birbirne bakıyor. Anne karnında bebek.”*

*“ Sanki farklı şeylerin bir araya gelmesi gibi. Devam etse, tekrar birleşecekler gibi, ne kadar farklı gözükseler de. Şurada sima gibi bir şey var. Yüz yüze ve arka arkaya bakan iki sima.”*

VII. Kart'a verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; kadın olmayan/ büyümeyen “kız çocuğu” na dair tasarımların yoğun olduğu, özdeşim kurulabildiği ancak bu özdeşimin yeterince güçlü olmadığı görülmektedir.

II., III., V. ve VII. Kartlara verilen yanıt içerikleri incelendiğinde; kişilerin cinselleşmiş bir bedeni tasarımılamakta güçlük yaşadıklarını görmekteyiz. II. Kart'a verilen “ kan damlaları” , “ regl olmuş vajina” , “ kan lekeleri” gibi yanıt içerikleri dürtüselliğin agresif ve çığ bir biçimde ifade edildiğini göstermektedir. Aynı zamanda kişilerin renklerden etkilenmiş olduğu ve “ kan” yanıtının fazlalığı ile birlikte “kafa röntgeni” , “ultrason”, “rahim girişi” gibi yanıt içeriklerinden anatomi yanıtlarının fazlalığı dikkat çekmektedir. III. Kart'a verilen “iki kişi” yanıtının fazlalığı kadınsı tasarımların doğrudan verilmediği ve cinsellikten uzak yanıtların söz konusu olduğu görülmektedir. V. Kart' a verilen yanıtlarda banal yanıtlarının fazla olmasının yanında “ürkütücü, çirkin” gibi sıfatların kullanımı olumsuz kendilik tasarımına göndermek yapmaktadır. VII. Kart'a verilen yanıtlar ise insan formu içermekle birlikte kadınlığa dair tasarımları ortaya koymamaktadır. “Anne karnında bebek” , “simetrik iki kız çocuğu” yanıt içerikleri bütün bir tasarım kurmakta, kendi ve ötekinin birbirinden ayırtırmakta zorluk yaşandığını göstermektedir. Yaşanan bu zorluk ise özdeşim sorununu karşımıza çıkarmaktadır. Bununla birlikte, verilen “sinirli domuzcuk”, “kızgın surat” yanıt içerikleri annesel tasarıma yönelik olumsuz duyguları ortaya koymaktadır. Son olarak, özdeşimle ilgili verilen yanıtlara bütünüyle bakıldığında, cinselleşmiş bir



bedeni tasarımlamada ve özdeşim kurmakta yaşanan güçlük ortaya konmaktadır. Öte yandan, bütün beden imgesi yanıtlarına bakıldığında ise yanıtların daha çok hayvan formunda olduğu görülmektedir.

#### 4.2.4. Dürtüsel Dünyanın İşleyişine Ait Bulgular

Tekrarlayan düşük yaşayan kanıtların dürtüsel işleyişlerine dair bilgi edinmek amacı ile hareket yanıtları ( $\Sigma K:K$ , Kan, Kob), %RC oranları ve yanıt içerikleri incelenmiştir.

Hareket yanıtları ( $\Sigma K$ ) kişinin entelektüel seviyesiyle yakından ilgili olmakla birlikte kişinin içselleştirme kapasitesi açısından da bilgi vermektedir. Nesneyi algılayabilmek, duygulanım ve düşünceleri aktarabilmek için entelektüel kapasitenin yanında yaratıcılık ve duygusal dünyanın zenginliğini de ortaya koymaktadır. Rorschach Testi'nde, Kart I, II, III ve VII hareket yanıtlarına kolaylıkla izin vermektedir (İkiz,2009). Son olarak, %RC oranı bize pastel kartların yanıtlanma sıklığına dair bilgi vermektedir.

Aşağıda hareket yanıtlarının özellikle beklendiği kartlara dair örnekler verilmiştir:

*“ Bunda az önceki gibi belli bir şey göremiyorum. Kelebek görüyorum yine. Bütün resimlerde kelebek mi göreceğim yoksa ” (II.Kart).*

*“ İki kişi arada kalp var, sevgi var. Şunlar da balığa benziyor sanki.” (II.Kart)*

*“ Karartıcı bir olay var. Kırmızı bir kalp dağılmış. Sanki iki şahıs tartışıyor gibi. Burada da bir kelebek var sanki ” (II.Kart).*

*“ İkiz bebek, kalpler karşı karşıya. İki sevgili de olabilir. İki oturan insan da olabilir ” (III. Kart).*

*“ Bundan bir şey çıkaramayacağım herhalde. İki kişi var, birbirlerine bakıyorlar ” (III. Kart).*

*“ İki insan var karşılıklı, konuşuyorlar gibi ” (III. Kart).*

*“ Bunlar ikiz bebek gibi. Kız çocukları. Ya da heykeller olur ya üzerine iki kız çocuğu yapıştırılıyor. Ama kız yani ” (VII. Kart).*

*“ İki tane at kuyruklu kız çocuğu. Çocuk mu büyük mü anlayamadım ama. İki tane çok sinirli domuzcuk” (VII. Kart).*

*“Bir şeye tırmanmaya çalışan bir şekil var. Tam olarak hayvana da benzemiyor. Yukarı doğru tırmanmaya çalışıyor.Sanki zirveye ulaşmaya çalışıyorlar.” (VII. Kart).*

*“ Uçan bir yarasa” (V. Kart).*

*“ Havada uçan hayvan ama kafası tavşan, nasıl olur? Sanki suyun üstünde yüzüyor” (V. Kart).705*

Kartlara verilen yanıtlar incelendiğinde; hareket yanıtları beklenen kartlarda bu yanıtların oldukça az ya da hiç olmadığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte kartlara beklenen hareket yanıtları verildiğinde ise, yanıtların içeriği incelendiğinde agresif dürtülerin ön planda olduğu görülmektedir. Hareket yanıtlarının ( $\Sigma K$ ) ve RC%'nin oranları incelendiğinde dürtüsel dünyanın oldukça kısıtlı olduğu, yanıtların içerikleri incelendiğinde ise oldukça fakir bir iç dünya ile birlikte agresif dürtülerin de söz konusu olduğu görülmektedir. Hayvan yanıtlarının (A) fazla olması da savunma düzeneklerinin fazlalığına işaret etmekte ve dürtüsel dünyalarının kısıtlılığını destekler niteliktedir. Son olarak nesne kaybının en belirgin olarak fark edildiği ve iç dünyadaki boşluğa işaret eden Dbl yanıtları dikkat çekmektedir. Dbl yanıtları göz önüne alındığında, boşluğun daha çok “çay bardağı, cam fanus, sepet” gibi kapsanmakla ilgili yanıtlarla doldurulduğu görülmektedir.

#### **4.2.5. Duygulanımsal Dünyaya Ait Bulgular**

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların duygulanımsal dünyalarına dair bilgi edinmek amacı ile renk yanıtları ( $\Sigma C$  ve  $\Sigma C'$ ) incelenmiştir.

Renkler uyaran olarak dikkat çekmekle birlikte kişinin içsel dünyasının da harekete geçmesini sağlar. Kart II ve III aracılığıyla kişilerin duygusal ve sensoryel yaşantılarına ulaşılabilmektedir. Pastel kartlar (VII, IX, X) aracılığıyla ise kişinin çevre ile olan ilişkileri hakkında bilgilere ulaşılabilmektedir. Çeşitli alt grupları olan C'ler ayrıca bize renkli, canlı ve duygusal dünyayı göstermektedir (İkiz, 2009).

C' yanıtları FC', C'F ve C' yi içermektedir. C'F rengin biçimim önüne geçtiği yanıtlar, FC' biçime eşlik eden renk hassasiyetleri ve C' ise tamamen renk yanıtları içindir (İkiz, 2009). Gri ya da beyaz renge (C') olan duyarlılık genelde kişide depresif bir tona, tedirginliğe, yaygın anksiyeteye işaret etmektedir (Anzieu ve Chabert, 2011).

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların depresif duygulanımlarına dair bilgi elde edinmek amacı ile  $\Sigma C'$  ve  $\Sigma C$  oranlarına bakıldığında oldukça az bir orana sahip oldukları görülmektedir. Verilen C' ve C yanıtları düşük bir orana sahip olmakla birlikte bazı C' ve C yanıt örnekleri aşağıda verilmiştir:

*“ Şu beyaz kısımlar bana çiçekleri hatırlattı. Renk olarak daha iyi buluyorum üst kısımdakileri” (VIII. Kart).*

*“ Kara bulutlar yükseliyor gibi. Tam bir şeye benzetemedim ama şu aralar haberlerde gördüğümüz F16 patlamalarına benziyor” (IV. Kart).*

*“ Siyah, karartıcı bir yarasaya benziyor” . (I. Kart).*

*“ Bebek ceninlerine benziyor. Ultrason görüntüsü. Şu kırmızılar da düşük bebeğe benziyor. Evet, onlar düşük bebek, kürtajla alınan bebek. Onlar da sperm gibi.” (III.Kart).*

*“ Şu kırmızı kelebek gibi. Şunlarda yere düşen kan damlaları gibi. Siyah bölgeyi bir şeye benzetemedim.” (II.Kart).*

Renk yanıtlarına bakıldığında yanıtların oldukça az olması, duygulanımsal dünyalarının kısıtlılığına işaret etmektedir. Zengin olmayan bir duygulanımsal dünya ise beklenen “depresyon” ve “yas” a dair içeriklerin verilmemesine neden olmaktadır.

### 4.3. TARTIŞMA

Tekrarlayan düşük vakalarının tanı ve tedavisi, hala retrodüktif tıp için en güç konulardan biridir. Tam bir değerlendirme sonrasında bile tekrarlayan düşük yaşayan kadınların yaklaşık yarısında olası bir neden bulunamamaktadır (Whicher vd., 2001). Gebe kadınlar arasında %0,5-3 aralığında görülen tekrarlayan düşüklerde etken olan psikolojik faktörlerin belirlenmesinin bu sorununun tedavisinde yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal süreçlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların duygulanımları, dürtüsel dünyalarının işleyişi ve nesne ilişkileri Beck Depresyon Envanteri, Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Rorschach Testi yardımı ile incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın hipotezlerinden biri tekrarlayan düşük yaşayan kadınların BDE'den yüksek puanlar alacağına yöneliktir. Araştırma bulguları ise tekrarlayan düşük yaşayan kadınların sadece %28'inin klinik düzeyde anlamlı bir depresyon düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Duygulanım dünyalarına dair bir diğer hipotez ise tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Rorschach Testi'ndeki  $\Sigma C'$  yanıtlarının yoğun ve  $\Sigma C$  yanıtlarının az olacağı yönündeydi. Ancak araştırma bulguları Rorschach Testi'nde oldukça az oranda  $\Sigma C'$  yanıtının verildiğini göstermektedir. Renklerin duygulanımsal anlamları, kişinin imgelemleri ile ilişkili olarak olumlu ya da olumsuz duygulanımların dışa vurulmasıyla ortaya çıkmaktadır. Gri ya da beyaz renge (C') olan duyarlılık, kişide genelde depresif bir tona, tedirginliğe ve yaygın anksiyete dair bilgiler vermektedir (Anzieu ve Chabert,2011).

$\Sigma C$  yanıtlarına bakıldığında ise, beklendiği gibi az oranda oldukları görülmektedir. Renk yanıtlarını kodlama şekli "C" dir. Renkler uyarıcı olarak dikkat çekmekle birlikte bakan kişilerin içsel dünyalarının harekete geçmesine olanak tanır. C, CF ve FC olmak üzere çeşitli alt grupları olan "C" ler renkli, canlı ve duygusal dünyayı da ortaya çıkarmaktadır. Buradaki önemli nokta ise kişinin dış dünyadan gelen uyarılara karşı

yanıt verdikten sonra kontrol sağlayıp sağlayamayacağı üzerinedir. Hiçbir “C” yanıtı vermeyenler için duygusal yoksunluk, dış dünyadaki ilişkilerin ve yatırımların azalması söz konusu olabilir. Pür C yanıtları kişideki agresif ve libidinal enerjinin fazlalığına ve kontrol etme gayreti içinde olmadığına işaret eder (İkiz, 2009). FC yanıtları, tasarımın ön planda olduğu ve duygulanımların yalnızca kontrollü biçimde verilebildiğine işaret eder (Davis vd., 2004). CF yanıtlarının ise, olumlu ve olumsuz tarafları vardır. Olumlu tarafı spontan bir şekilde kişinin duygularını biçim üzerinden açıklamasıyken, olumsuz tarafı kontrol kaybını akla getirmesidir (İkiz, 2009).

Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların yaşadıkları sürecin zorluğu ve devam etmekte olan bir tedavi sürecinde olmaları göz önüne alındığında, depresif duygulanıma dair yüksek puanlar ve yoğun depresif yanıt içerikleri beklenirken, depresif duygulanıma dair yanıtların azlığı inhibisyonun varlığını düşündürmektedir. Rorschach Testi’nde verilen yanıt sayısının (R) azlığı test sırasında yaşadıkları ketlenmeyi ortaya koymaktadır. Zengin sayıda yanıtlar içeren bir protokol gelişmiş bir hayal gücü ve bilişsel kapasitenin üreticiliğini ortaya koyarken, az sayıda yanıt ise ketlenme ve endişe duygusunun varlığını ortaya koymaktadır (İkiz, 2009). Tekrarlayan düşük yaşayan kadınların biçim yanıtlarının (F) oranının da düşük olduğu görülmektedir. F yanıtlarının azlığı geçeklik ilkesine dair sorunları açıklamakla birlikte kişinin dış dünyadan gelen uyaranlara ilgisinin azlığını ve merakının olmadığını ortaya koymaktadır (İkiz, 2009).

Araştırmanın bir diğer hipotezi tekrarlayan düşük yaşayan kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği’nden alacakları puanlarının birbiriyle ilişkili olacağı yönündeydi. Yapılan istatistiksel analizler BDE ve SÖÖTÖ’nün sürekli öfke, öfke içte tutma ve öfke dışa vurma alt boyutları arasında doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak BDE ve SÖÖTÖ’nün öfke kontrol alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Yapılan bir çok araştırma öfke ve depresyon arasından anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir (Deffenbacher vd., 1996; Hull vd., 2002). Araştırma bulguları da hipotezimizi destekler niteliktedir. Yalnızca öfke kontrol alt boyutu ile BDE arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Bu durum bize, yeniden düşlemsel kapasitenin kısıtlılığı ve yaşanan ketlenmeyi düşündürmektedir.

Tekrarlayan düşük yaşıyan kadınların dürtüsel dünyalarının kısıtlı olacağına dair hipotez Rorschach Testi'ndeki hareket yanıtları ( $\Sigma K$ ) ve RC% oranı aracılığıyla incelenmiştir. Yapılan biçimsel analiz sonucunda  $\Sigma K$  yanıtlarının oldukça az olduğu ve RC%'nin düşük olduğu görülmektedir.

Dürtünün ruhsallığı 'dürtünün ruhsal tasarımılandırması' ile gerçekleşmektedir. Dürtüsel tasarım dürtünün niteliksel tarafıdır ve sadece doyum nesnesini değil, doyumla birlikte gelen iç duyumsal izi de ifade etmektedir. Dürtünün duygulanımı (affect) ise bu duruma eşlik eden duyumsal durumdur (Parman, 2005).

Testin pastel renkli olan son üç kartına verilen yanıt sayısının toplam yanıt sayısına oranı ile hesaplanan RC%, kişinin iç dünyasındaki hareketlenmeyi görmeye olanak tanımaktadır. RC% anlamlı ise, en şiddetli uyarıların kişi üzerinde bıraktığı etkiyi gösterir; böyle bir durumda kişi üretimi arttırarak tepki vermektedir (Anzieu ve Chabert, 2011). Yapılan biçimsel analiz ile birlikte tekrarlayan düşük yaşıyan kadınların dürtüsel dünyalarının işleyişinin canlı olmadığına dair hipotez desteklenmiştir.

Dürtüsel dünyanın işleyişine dair hipotezi destekleyen bir başka bulgu ise "A" yanıtlarının fazlalığıdır. A yanıtlarının fazla sayıda olmaması patolojiye dair hiçbir bilgi vermezken, belli bir yüzdenin üzerinde olması savunmacı tarzda davranış ve çocuksu ruhsal dünyaya işaret etmektedir. Kişi kendisini dış dünyadan korumakta ve sıkı savunma düzenekleri kullanmaktadır (İkiz, 2009).

Dürtüsel dünyaya yapılan kısıtlı yatırım göz önüne alındığında, üreme organlarına yatırım yapmamalarının ruhsal dünya ve beden arzu sürdürmekten korkarak rahmi ve buna bağlı olarak cinselliği ve doğumu inkar ediyor olmalarından söz edilebilir (Faure-Pragier, 2008). Çalışmamızda da benzer olarak düşlemsel dünyanın zengin olmadığı görülmektedir.

Rorschach Testi'nde pregenital sorunların varlığının incelenmesi amacıyla, erken dönem ilişkiler ve bilinçdışı anne imgesine gönderme yapan I., VII. ve IX. Kartlar incelenmiştir. Yapılan içerik analizi ve dinamik analiz sonucunda olumsuz, endişe verici, tekensiz, kapsayıcılıktan uzak bir anne imgesine gönderme yapan yanıtlarla birlikte, simbiyotik düşlemlerin yoğun olduğu, ayrılma-ayırışma sorunsalı ve nesne

kaybına gönderme yapan arkaik düzlemdeki yanıtlar dikkat çekmektedir. IX. Kart'a verilen "Red" yanıtlarının fazlalığı ise erken dönem nesne ilişkilerini düşlemede yaşanan güçlüğü, arkaik anne ve anneliğe dair tasarımlarda yaşanan zorluğu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte boşluğu doldurmak için verilen Dbl yanıtları nesne kaybı endişesinin bir kanıtı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bebeğin yaşamın erken dönemlerinde, sırasıyla paranoid-şizoid konum ve depresif konumdan geçtiği düşünülmektedir. Paranoid-şizoid konumda bebek, kendi içindeki saldırganlığı ve kötü yanları anneye yani memeye aktararak kendinden uzaklaştırma çabası içerisindedir. Bunu yaparak, kendini benliğine ve nesneye ait kötü yönlerden korumaya çalışmaktadır. Ancak zamanla iyi ve kötü anne ile iyi ve kötü ben algısı oluşmaktadır. Depresif konumla birlikte bebek kendisini iyi ve kötülerin toplamından oluşan bir bütün olarak görmeyi başarmakta ve geçmişte anneye göstermiş olduğu agresyon suçluluk duygusuna neden olmaktadır (Klein, 1989). Winnicot'a göre, anneye duyulan güven, anne ile bebek arasında olan ve anne ve bebeği birleştiren "geçiş alanı", gelişim sürecinin bir sonraki aşaması olan "kendi başına olma kapasitesi" nin önkoşulu niteliğindedir. Kendi başına olma kapasitesinin gelişmesi ile, iyi nesne içselleştirilmiş olur ve geçiş nesnesi, nesne sürekliliğinin devamını sağlamaya olanak tanır (Tükel, 2011). Annesel dayanakların yetersiz olduğu durumlarda ise, kişi nesneyi içselleştirme ve yeniden oluşturmada başarısız olmaktadır. Nesnenin bulunması için önce kaybedilmesi gerekmektedir. Ancak bu kayıp, annenin bebeğin yanında olduğu ve olmadığı zamanlarda oluşan hayal kırıklığını dengeli bir biçimde deneyimlemesi yoluyla olmalıdır (Disarbois, 2009). Annelik ve çocuk sahibi olma konusu kuramsal olarak ele alındığında ilk akla gelen ebeveyn imgeleri olmakta ve kız çocuğunun kendi annesiyle olan ilişkisi üzerinde durulmaktadır (Erdem-Atak, 2009). Çalışmamızda yapılan ön görüşmeler, dinamik ve biçimsel analizler değerlendirildiğinde anne imgesinin olumsuz ve simbiyotik oluşu, çocuk sahibi olma konusunda yaşanan problematikle ilişkili gibi gözükmektedir. Anne tasarımları "uzaklaştırılmayan, arzulanan ve birlikte olmak istenen" olarak sunulmaktadır. Hastaların yetişkin kadın rolüne olan direnci açıkça gözlenmektedir.

Rorschach Testi'nde pre-ödipal baba tasarımlarının incelenmesi amacıyla, otorite figürü ve üst benlik yapılanmasına gönderme yapan IV. ve VI. Kartlar incelenmiştir.

Yapılan içerik analizi ve dinamik analiz sonucunda, babasal otorite ve şiddetli bir üstbenlik, fallik tasarımların yoğunluğu ve kastratif endişelere dair yanıtlar dikkat çekmektedir. Bununla birlikte kastrasyon endişesinin “post” yanıtları ile pasifize edilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Nesne ilişkilerinde temel kişinin anne olduğuna dair görüşün çoğunlukta olmasının yanı sıra Gaddini babanın dış dünyadan gelen ilk nesne olduğunu belirtir. Anne ile kurulan nesne ilişkisinde anne ve çocuk arasındaki ilişki çocuğun anne ile bir bütün olması nedeniyle ilktir. Ancak baba dış dünyadan çocuğun içsel dünyasına nüfuz eden ilk kişidir. Aslında baba, dış dünya ile kurulan ilk nesne ilişkilerini temsil etmektedir. Freud, kastre eden baba üzerinde durmuştur. Kuramında pre-ödüpal baba; aşk, özdeşimin erken nesnesi, benlik ideali, kıskanılan nesne, tanrısal güçlü, tümgüçlü birey, koruyucu ve kastratif otorite figürü kavramları kullanılarak irdelenmiştir. Bununla birlikte Freud, babaya hem bakım veren hem de anneye destek olan rolünü vermiştir. Annenin düşlemi ile birlikte baba, babalık işlevini yerine getirebilir. Babanın kabul görebilmesi, öncelikle anne ve çocuğun arasına bir üçüncü olarak girebilmesiyle mümkün olur (Etchegoyen ve Trowell, 2005). Kız çocuğu, cinsiyetler arası farklılığı keşfetmesiyle birlikte anneliğe doğru bir adım atmış olur. Anne ile kız arasına bir üçüncü yani baba girebildiğinde, baba hem anne hem kızı için arzu nesnesi olduğunda, kız çocuğun annelik düşlemleri kurması kolaylaşacaktır. Baba aracılığıyla bir çocuk sahibi olma ya da babaya bir çocuk hediye etme düşlemleri, anneliğe giden yolu da aralayacaktır (Freud, 1924). Çalışmamızda yapılan ön görüşme ve analizler göz önüne alındığında baba ile mesafeli ve anne ile simbiyotik bir ilişkinin söz konusu olması bize bu üçlünün sağlanamadığını düşündürmektedir.

Rorschach Testi'nde özdeşim kurma kapasitelerinin incelenmesi amacıyla, özdeşim kurmaya gönderme yapan II., III. V. ve VII. Kartlar incelenmiştir. Yapılan analizlerde, cinselleşmiş bedeni tasarımlamakta yaşanan güçlük, kadınsı tasarımların doğrudan verilmeyişi, olumsuz kendilik tasarımı, bütün bir tasarım kurmakta ve kendi ve ötekini birbirinden ayırtırmakta yaşanan güçlük dikkat çekmektedir. Aynı zamanda hayvan (A) yanıtlarının fazlalığı, insan yanıtlarının (H) azlığı ve anatomi yanıtlarının fazlalığı da dikkat çekmektedir.



Rorschach Testi'nde beklenen, kişinin minimum düzeyde de olsa insan yanıtı vermesidir. Özdeşim kapasitesi ile ilgili olan bu yanıtlar bütün bir beden imgesine sahip kişiliğe işaret etmektedir. Bunun yerine belirsiz ya da yarı insan yarı hayvan şeklinde yanıtlar söz konusuysa, kimlik sorununun varlığı sorgulanmalıdır. Bir diğer önemli nokta ise insan yanıtlarında kadın ya da erkek tanımının yapılmasındaki güçlüklerdir. Kart III kadınsı ve erkeksi özellikleri taşıması nedeniyle biseksüaliteye gönderme yapar (İkiz, 2009). Çalışmamızda III. Kart'a verilen yanıt içerikleri incelendiğinde cinsiyet belirtmeden verilen "iki insan, iki kişi" yanıtları dikkat çekmekte olup bu yanıtlar, cinselleşmiş bedeni tasarımılamada yaşanan güçlüğü, cinselleşmiş bedenin yarattığı kaygıyı ve anneyle kurulan özdeşimdeki sorunsalları ortaya çıkarmaktadır.

Hayvan yanıtlarının fazlalığı savunmacı tarzda davranış ve çocuksu ruhsal dünyaya işaret etmektedir (İkiz, 2009). Bununla birlikte hayvan yanıtlarının içeriği de oldukça önemlidir. II., III. ve VII. Kartlara verilen "fil, kelebek, balık" gibi pasif ve daha zararsız hayvan yanıtları dikkat çekmektedir. Kelebek daha hassas, kırılabilir bir yanıt olmakla birlikte pasif ve narsistik bir yanıt (İkiz, 2009). Anatomi yanıtlarının fazlalığı ise bedene yapılan yatırımı ortaya koymaktadır. Anatomi yanıtlarının içeriğine bakıldığında ise "rahim, ultrason" gibi doğurganlığa gönderme yapan yanıtların fazlalığı dikkat çekmektedir.

Kadınsılığın gelişimi, kızın anne ve babanın kadınsı özellikleriyle özdeşiminin sağlıklı bir sonucu gibi görünmektedir. Birbirlerine ihtiyaç duyarken diğer yandan birbirlerini arzu eden ebeveynler, farklı rolleri olduğunun bilincinde olarak, ayrılmış kimlikleri üzerinden kızlarının gelişimine katkı sağlarlar. Kızın kimliğinin bütünleşebilmesi, annenin tümgüçlü olmadığı, eşine arzu duyan ve ona ihtiyaç duyan bir anne ile özdeşleşmesi ile gerçekleşecektir. Kadınsı özdeşim, babanın etken rolünü bilen ve kabul eden anneye yaslanarak gerçekleştiğinde, edilgenlik başarılı şekilde bütünleşebilecektir. Fakat baba tanınmazsa ve kızın gelecekteki kadınsılığına değer verilemezse, edilgenlik tehlikeli bir hal alabilir çünkü kız annesinin ellerine bırakılmış olur (Faure-Pragier, 2008).

Anneye duyulan arzu, erkekle özdeşleşme ile birlikte kendiliğine ilişkin arzu edilebilir bir kadın imgesinin oluşumunu sağlar. Öteki kadın ile karşılaşma, ruhsal

cinselliğin örgütlenmesine olanak tanır. Yeterince kadın olunamadığında, yeterince anne olmayı başarmak da güç görünmektedir (Erdem-Atak, 2009).

Tüm yorum ve yanıtlar göz önüne alındığında, tutulamayan bebek ve yaşanan tekrarlayan düşükler somatik bir semptom şeklinde ortaya çıkarak kadınlığa geçişi durdurmakta ve anneliğe geçit vermiyor gibi görünmektedir.

#### **4.4. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER**

Literatürde gerek yurtdışında gerek Türkiye’de bu konuda yapılmış olan çalışmaların azlığı, benzer bir araştırmanın olmaması, daha önce yapılmış çalışmaların içerik ve sonuçlarından yararlanma durumunu sınırlamaktadır.

Araştırmada Beck Depresyon Envanteri ve Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği’nin yanında projektif bir test olan Rorschach Testi kullanılmıştır. Projektif testlerde istatistiksel analizlerden ziyade içerik analizi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal süreçlerini incelemektir, bu sebeple bireysel protokol analizlerinden, tekrarlayan düşük yaşayan kadınlarda öne çıkan ruhsal işleyiş biçimlerini göstermek amacıyla faydalanılmıştır. Sonrasında bu ruhsal işleyiş biçimlerinden yola çıkarak genel bir kaniya varılmaya çalışılmıştır. Protokoller tek tek ele alınmak yerine bazı değişkenler ele alınmış ve sayısal değerlendirmeler yapılmıştır. Bu anlamda, bir kişiyi bütüncül olarak değerlendirmeye olanak tanıyan vaka çalışmalarının, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların ruhsal süreçlerini açıklamakta yararlı olacağı düşünülmektedir.

Örneklemin hem popülasyondaki azlığı hem de örnekleme ulaşmadaki zorluk, katılımcı sayısına sınırlılık getirmiştir. Ön görüşmeler, zamansal ve mekânsal kısıtlamalar nedeniyle detaylı bir şekilde yapılamamıştır. Yapılan daha detaylı bir ön görüşmenin yanıt içeriklerinin değerlendirilmesine daha fazla katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılacak daha detaylı bir öngörüşmede tekrarlayan düşük yaşayan kadınların yaşadıkları durum ile bilişsel baş etme stratejilerinin sorgulanması, yaşadıkları öfkenin daha çok neye ya da kime yönelik olduğu ve aldıkları sosyal desteğin boyutu ve kimden olduğunun daha detaylı bir biçimde sorgulanması önerilebilir.

Çalışmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların anne ilişkilerinde yaşanan sorunsal, otorite ile baş etmede yaşanan güçlük ve ruhsal dünyalarının işleyişinde yaşanan kısıtlılık ve ketlenme dikkat çekmektedir. Düşlemsel dünyalarının kısıtlılığının, dışarıdan alınan tedavideki başarısızlık ve tekrarlayan biçimde düşük yaşanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle birlikte tekrarlayan düşüklerin yaklaşık olarak yarısında tıbbi bir neden bulunamadığı da göz önüne alındığında, tekrarlayan düşük yaşayan kadınların psikoterapi alması önerilebilir. Terapi süreci ile birlikte ruhsal dünyalarının daha zengin bir işleyişe sahip olacağı, ketlenmenin azalacağı ve böylelikle dışarıdan gelen tedaviyi kabul etme ve çocuk sahibi olmanın kolaylaşabileceğine inanılmaktadır.

Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların az sayıda bulunması ve benzer bir çalışmanın olmaması çalışmanın kısıtlılığı olmakla beraber, diğer taraftan üzerinde birçok çalışmanın yapılabileceği zengin bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmanın bulgularının, hem ileri araştırmalar adına bir yol haritası olması hem de tekrarlayan düşük yaşayan kadınlarla yapılan terapötik çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

## KAYNAKÇA

Abraham, K. (1922). Manifestations of the Female Castration Complex , *International Journal of Psychoanalysis*, 3, 1-29.

Abrevaya, E. (2001). Anneden Kıza Kadınsılığın İletimi. *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 19, 43-53.

Akan, S (2006). *Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko-sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi*, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye.

Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A. H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(3), 85-91.

Akdeniz, F., & Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2(70), 70-74.

Amar, N. (1994). Devenir de la déception pour la fille: Filiations féminines. *Revue française de psychanalyse*, 58(1), 169-174.

Andersen, A. M. N., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., Melbye, M. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *Bmj*, 320(7251), 1708-1712.

Andre, J. (2007). Öncesiz Sonrasız Kadınsı, *Psikanaliz Buluşmaları*, Küey-Gürdal, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 2, 15-31.

Anzieu, D., Chabert, C. (2011). *Projektif Yöntemler*. Kolbay, B. (Çev.), Bağlam Yayınları, İstanbul.

Apfel, R. J., Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and Infertility Myths and Realities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(1), 85-104.

Armstrong, D. S. (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339-345.

Athey, J., Spielvogel, A. M. (2000). Risk Factors and Interventions for Psychological Sequelae in Women After Miscarriage. *Primary care update for Ob/Gyns*, 7(2), 64-69.

Aydın, B. (2005). *Boşanmış Ailelerden Gelen Ergenlerle Grup Çalışması, Ergenlikten Yetişkinliğe Grup Çalışmaları*. Nobel Yayın, Ankara.

Badenhorst, W., Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249-259.

Bekmezci, H. (2015). *Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi*, Ebelik Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye.

Benedek, T. (1952). Infertility as a Psychosomatic Defense. *Fertility and Sterility*, 3(6), 527.

Bergeret, J. (2011). *Psychologie pathologique: théorique et clinique*. Elsevier Masson, Lyon, 10, 112-115.

Bernfeld, S. (1996). La psychanalyse dans le mouvement de jeunesse. *Adolescence*, (27), 205-211.

Beydağ, K. D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.

Bonaparte, M. (1967). *De la sexualité de la femme*. Universitaires de France, Paris

- Bonaparte, M. Passivity, Masochism and Femininity, *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 325-333.
- Boué, J., Boué, A., Lazar, P. (1975). Retrospective and Prospective Epidemiological Studies of 1500 Karyotyped Spontaneous Human Abortions, *Problems of Birth Defects*, Springer-Netherlands, 120-135
- Boulton, M. G. (1983). On being a mother: A study of women with pre-school children, *Social Service Review*, 58(4), 652-653.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., Evans, H. M. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*, 23(4), 201.
- Braunschweig, The Genesis of the Feminine Seper-Ego, *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 459-472.
- Britton R. (2003). The Female Castartion Complex: Freud's Big Mistake, *Sex, Death and the Superego*, Karnac Books, London.
- Broquet, K. (1999). Psychological reactions to pregnancy loss. *Primary care update for ob/gyns*, 6(1), 12-16.
- Casey, B. M., Dashe, J. S., Wells, C. E., McIntire, D. D., Byrd, W., Leveno, K. J., Cunningham, F. G. (2005). Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 239-245.
- Cengiz, C., Kimya, Y. (1996). Maternal fizyoloji. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara:, 3, 239-251.
- Chen, H., Chan, Y. H., Tan, K. H., Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 975-979.
- Chung, E.K., McKollum, K.F., Elo, I.T. (2004). Maternal Depressive Symptoms And Infant Health Practices Among Lowincome Women. *Pediatrics*, 113, 523-529.
- Coleman, J.C. (2010), *The Nature of Adolescence*. Roudledge, London, 4, 10-13.

- Côté-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(5), 623-629.
- Counut, M (2007). Ergenlik, Her İki Cinsiyette Kadınsıda Oynanan. *Psikanaliz Buluşmaları*, Küey-Gürdal, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 19, 95-105.
- Cournut-Janin, M. (1999). Le noyau mélancolique féminin. *Clés pour le féminin*, 57.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5), 281-284.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hankins, G. D. V., Clark, S. L. (1997). Human Pregnancy. *Williams Obstetrics*, 20. Appleton&Lange, USA.
- Çiçek, M. N. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Akyürek. C., Çelik, Ç., Haberal. A.,(Ed). Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 31-40.
- Davis C., Strachan S., Berkson M. (2004). Sensitivity to reward: Implications for overeating. *Appetite*, 42, 131-138.
- De Noose, L. (2009). Principes généraux de l'analyse dynamique. *Manuel du test de Rorschach*, Richelle, J.(Ed.), De Boeck, Paris, 120-122.
- Demir, Ü., Sarihan, A. (1995). Kürtaja Başvuran Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi-Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 11-25.
- Deutsch, H. (1992). The Psychology of Women in Relation to the Functions of Reproduction. *The Therapeutic Process, the Self, and Female Psychology*. Roazen, P. (Ed.), Transaction Publishers, New Brunswick, 3-16.

Dikencik, B. K., Akın, N., Yavan, T., & Coşkun, A. (1999). Perinatal dönemde çocuk kaybı olan ebeveynlerin duygusal tepkileri ve bunlara yönelik hemşirelik yaklaşımı. *Perinatoloji Dergisi*, 7(1), 9-14.

Disarbois, B. (2009). L'addiction au virtuel: une présence sans absence. *Psychotropes*, 15(1), 41-58.

Dolto, F (1998). Feminine eroticism: Its structuration in childhood, and its manifestations in the adult woman. *Journal of European Psychoanalysis*, 7, 28-40.

Drench, M. E. (2003). Loss, Grief and Adjustment: A Primer for Physical Therapy, *PT-ALEXANDRIA*, 11(6), 50-64.

Durat, G. (2003). *Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Duyan, V., Kapısız, S. G., Yakut, H. İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39).

Efe H. (2006) *Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri* , *Uzmanlık Tezi*, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Em, P. (2011). *Gebeliği Şiddetli Preeklampsi veya Peripartum Kanamayla Komplike Olan Kadınlarda Tekrar Gebe Kalma İsteği, Anksiyete-Depresyon ve Travma Sonrası Stres bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi*, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.

Erdem Atak, İ. (2009). *Açıklanamayan İnfertilitede Kadın ve Anne-Kız İlişkisinde Anneliğin İletimi, Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.

Etchegoyen, A., Trowell, J. (2005). *The Importance of Fathers: A Psychoanalytic Re-evaluation*. Budd, S. (Ed.), Taylor & Francis, USA, 41-61.



Eyer, D. E. (1996). *Motherguilt: How Our Culture Blames Mothers for What's Wrong with Society*. Times Books, New York.

Fasial-Cury, A., Menezes, P.R., (2007). Prevalence Of Anxiety And Depression During Pregnancy İn A Privatesetting Sample. *Archives of Women's Mental Health*; 10 (1), 25-32.

Faure S., Weil E. (1988). La proctetion assitee, le psychanalste et la sterelite, *Psychomatique*, 15, 93-104.

Faure, S., Pragier, G. (1987). Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine. *Revue française de psychanalyse*, 51(6), 1543-1567.

Faure-Pragier, S. (2008). La stérilité féminine peut-elle être considérée comme une affection psychosomatique?. *Le Carnet PSY*, (5), 39-43.

Faure-Pragier, S. (2009). Kadında Çocuk isteği Yalnızca Eksik Olan Penisin Bir İkamesi midir?, *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 23-35.

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J. (2004). Prevalence Rates Andpsychosocial Characteristics Associated With Depression İn Pregnancy And Postpartumin Maltese Women. *Journal of Affective Disord*, 82 (2), 297-301.

Fenkçi, M.F. (2004). Maternal Fizyoloji. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Öncü Basımevi, Ankara, 161-169.

Ferenczi, S., Dupont, J., Samama, S., Grin, E., Abraham, N., Abraham, N. (2002). *Thalassa: Psychanalyse Des Origines De La Vie Sexuelle*. Payot, Lausanne.

Finzi, V.S. (1996). *Mothering: Toward a New Psychoanalytic Construction*. Guilford Press, New York.

Freud, A. (1992). *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Karnac Books, London.

Freud, S (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition, Hogarth Press, London, 7, 123-245.

Freud, S. (1924). *The Dissolution of the Oedipus Complex*. Standard edition, Hogarth Press, London, 19, 173-179.

Freud, S. (1925). *Some Psychological Consequences of the Anatomic Differences Between the Sexes*, Hogarth Press, London, 19, 241-259.

Freud, S. (1961). Female Sexuality. *Standard Edition*, Hogarth Press, London, 21, 225-243.

Freud, S. (1974). An infantile neurosis and other work , *The Standard Edition of The Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, Hogarth Press, London.

Freud, S. (1993). Yas ve melankoli, *Kriz Dergisi*, 1(2), 98-103.

Freud, S. (1999). *La vie Sexuelle*. Puf, Paris, 7-28.

Frøen, J. F., Arnestad, M., Frey, K., Vege, Å., Saugstad, O. D., Stray-Pedersen, B. (2001). Risk Factors for Sudden Intrauterine Unexplained Death: Epidemiologic Characteristics of Singleton Cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(4), 694-702.

Georgotas, A. (1988). *Evolution of The Concepts of Depression and Mania*. Georgotas A, Cancro R (Eds), Elsevier, New York, 3-12.

Godfrind J. (2008). Kadından Çocuk İsteği. *IPA, Kadınlar ve Psikanaliz Komitesi (COWAP) Etkinliği*, İstanbul.

Godfrind, J. (2007). Tedavide Kadın Eşcinselliği. *Psikanaliz Buluşmaları*, Gürdal-Küey, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 2, 69-81.

Goldman, M.B., Troisi, R., Rexrode, M.K. (2013), Elsevier, USA, 2, 251-27.

Gökalp, P. (2012). Annenin Arzusu / Annelik Arzusu, *Psikanaliz Buluşmaları*, Tunaboylu-İkiz, T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 5, 95-103.

Grigg, R., Hecq, D., Smith, C. (2015). *Female Sexuality: The Early Psychoanalytic Controversies*. Karnac Books, London.

Guttmacher Institute (2013). Guttmacher Institute Info Base Online, <https://www.guttmacher.org/laws-affecting-reproductive-health-and-rights-trends-first-quarter-2013>, 10.03.2016.

Gürdal, A (2007). Emziren Anne, *Psikanaliz Yazıları*, Bağlam Yayınları, İstanbul, 14, 22-35.

Hatcher, R. A., Kowal, D., Guest, F., Trusell, J., Stewart, F., Stewart, G. K. (1990). *Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım*. Dervişoğlu, A. (Çev.) , İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Ankara, 6.

Hecker, P.A. (2009). Özne Olarak Anne/Öteki Psikanalitik Kuramda Bir Eksik, *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.). Bağlam Yayınları, İstanbul, 19, 53-67.

Henry, P. (1971). *Pour la Liberation de la Femme*, Buchet-Chastel, Paris, 103-107.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği i'nin bir Türk Örnekleminde Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.

Horney, K. (1926). The Flight from Womanhood: The Masculinity-Complex in Women, as Viewed by Men and Women, *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 324-339.

Hunfeld, J. A. M., Taselaar-Kloos, A. K. G., Agterberg, G., Wladimiroff, J. W., Passchier, J. (1997). Trait Anxiety, Negative Emotions, and the Mothers' Adaptation to an Infant Born Subsequent to Late Pregnancy Loss: A Case-Control Study. *Prenatal diagnosis*, 17(9), 843-851.

Jonathan, S. B., Eli, Y. A., Paula, A. H. (1998). Reküran Spontan Erken Gebelik Kayıpları. *Novak Jinekoloji*, 12, 965-979.

Jones, E (1935). Early Female Sexuality , *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 263-273.

Jones, E. (1927). The Early Development of Female Sexuality. *International Journal of Pscyhoanalysis*, 8, 459-472.

Kanber, G (1997). *Konya Bölgesi'nde İstemli Düşük Yapan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Uzmanlık Tezi*, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye.

Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and İnfluencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.

Karaman, D. (2007). *Çalışan ve çalışmayan fertil çağındaki kadınlarda istemsiz gebelik sıklığı ve gebe kalmak istememe nedenlerinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi*, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye.

Kavanaugh, K., Trier, D., Korzec, M. (2004). Social Support Following Perinatal Loss. *Journal of family nursing*, 10(1), 70-92.

Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342.

Keser, V. (2007). Anneliğe Dair, *Psikanaliz Yazıları*, Bağlam Yayınları, İstanbul, 14.

Keser, V. (2007). Erkeklerde Kadınsı , *Psikanaliz Buluşmaları*. Gürdal-Küey, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 2, 85-95.

Kılıçarslan S. (2008). *Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi, Kaygı Düzeyleri, Uzmanlık tezi*, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği, Edirne, Türkiye.

Klein, M. (1925) .Early stages of the oedipus conflict, *Love, Guilt and Reparation and Other Works (1921-1945)* , Vintage Books, New York, 186-199.

Klein, M. (1925). A contribution to the psychogenesis of tics. *Love, Guilt and Reparation and Other Works (1921-1945)*, Vintage Books, New York, 106-128.

Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*, Hogarth Press, London.

- Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude and Other Works*. Hogarth Press, London.
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. (1989). *Developments in Psychoanalysis*, Hogarth Press, London.
- Klerman, G. L. (1980). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams&Wilkins, Baltimore, 1305-1319.
- Kubler-Ross, E. (1993). *On Children and Death*. Macmillan, New York.
- Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61-64.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R. (2000). Depression And Anxiety In Early Pregnancy And Risk For Preeklampsia. *Obstet Gynecol.* 95, 487-90.
- Lampl-De, G.J. (1993). Problems of Femininity. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2, 489-518.
- Lasker, J. N., Toedter, L. J. (2000). Predicting Outcomes After Pregnancy Loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Crisis & Loss*, 8(4), 350-372.
- Layer, S. D., Roberts, C., Wild, K., Walters, J. (2004). Postabortion Grief: Evaluating the Possible Efficacy of a Spiritual Group Intervention. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 344-350.
- Li, T. C., Makris, M., Tomsu, M., Tuckerman, E., Laird, S. (2002). Recurrent Miscarriage: Etiology, Management and Prognosis. *Human reproduction update*, 8(5), 463-481.
- Limbo, R. K., Wheeler, S. R., Hessel, S. T. (1986). *When a Baby Dies: A Handbook for Healing and Helping*. Harsand Press, İngiltere.

- Male, P. (1964). *Psychothérapie de L'adolescent*. Universitaires de France, Paris.
- Marcelli, D., Braconnier, A. (1999). *Adolescence et Psychopathologie*, Masson, Paris.
- Mathews, T. J., MacDorman, M. F. (2006). Infant Mortality Statistics from the 2002 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. *National vital statistics reports*, 54(16), 1-29.
- Menning B.E. (1975). The Infertile Couple: A Plea for Advocacy. *Child Welfare*, 54, 454-460.
- Müller, J. (1926). The Genesis of the Feminine Süper-ego, *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 359-362.
- Nazik, E. (2005). *Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Başetme Yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.
- Öner, S. (1996). *Adana Doğumevi Hastanesinde Menstrüel Regülatör (MR) Uygulanan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri, Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, Türkiye.
- Özaydın, N., Akın, A. İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. *Sağlık ve Toplum*, 8(3-4), 55-60.
- Özcan, G. (2001). *İsteyerek Düşük (Küretaj) Yapan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Özenen, F (2007), Kadının Bir Kadın Analist Tarafından Analizi, *Psikanaliz Buluşmaları*, Gürdal-Küey, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 2, 81-85.
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Öztürk, H., Okçay, H. (2003). İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 6(2), 63-9.

- Öztürk, H., Şirin, A. (2000). Doğum Yapan Annelerde Algılanan Sosyal Destek Faktörlerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 16, 31-40.
- Özvarış, Ş.B. (1997). Üreme Sağlığı/Aile Planlaması, *İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı*, 1.
- Palgi-Hecker, A. (2005). *Mother in Psychoanalysis: A Feminist View*. Jerusalem, Tel-Aviv, Israel.
- Pandey, M. K., Rani, R., Agrawal, S. (2005). An Update in Recurrent Spontaneous Abortion. *Archives of gynecology and obstetrics*, 272(2), 95-108.
- Parat, H. (2009). Annesel Erotik ve Çatışmaları, *Psikanaliz Yazıları*, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Parman, T. (2005). Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği. *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 13-31.
- Parman, T. (2007). Ötekinden Korku Olarak İki Cinslilik Korkusu, *Psikanaliz Buluşmaları*, Gürdal-Küey, A. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 2, 121-131.
- Philipp, T., Philipp, K., Reiner, A., Beer, F., Kalousek, D. K. (2003). Embryoscopic and Cytogenetic Analysis of 233 Missed Abortions: Factors Involved in the Pathogenesis of Developmental Defects of Early Failed Pregnancies. *Human reproduction*, 18(8), 1724-1732.
- Pines, D. (1990). Emotional Aspects of Infertility and its Remedies. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 561-568.
- Polat, S. A., Açık, Y., Gürateş, B. (2010). Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 7(3), 260-265.
- Rai, R., Regan, L. (2006). Recurrent Miscarriage. *The Lancet*, 368(9535), 601-611.

- Roman, E. (1984). Fetal Loss Rates and Their Relation to Pregnancy Order. *Journal of epidemiology and community health*, 38(1), 29-35.
- Sadler, T.W. (2005). *Langman's Medikal Embiryoloji..* Başaklar, C. (Çev.), Palme Yayıncılık, Ankara.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005). *Klinik Psikiyatri*, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Sahu, S. (1981). Coping with Perinatal Death. *The Journal of reproductive medicine*, 26(3), 129-132.
- Sala, J (2009). Çocuk arzusu Sylvie Faure-Pragier'nin Yazısının Tartışması, *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.), Bağlam yayınları, İstanbul, 19, 35-53.
- Sarıhan, A., Ünsal, Ş. (2003). Kürtajda Suçluluk. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(3), 19-26.
- Saxena, P., Misro, M. M., Roy, S., Chopra, K., Sinha, D., Nandan, D., Trivedi, S. S. (2008). Possible Role of Male Factors in Recurrent Pregnancy Loss, *Indian J Physiol Pharmacol*, 52(3), 274-282.
- Say, L., Pattinson, R. C., Gülmezoglu, A. M. (2004). WHO Systematic Review of Maternal Morbidity and Mortality: The Prevalence of Severe Acute Maternal Morbidity, *Reproductive health*, 1(1), 3.
- Senol, Y. Y., Dönmez, L. (2002). Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda İsteyerek Düşük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 12, 62-66.
- Sitrin, L. (1994). *Parental Coping After Miscarriage, Stillbirth, Neonatal and Infant Death*, California School of Professional Psychology, Alameda.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8, 88-99.
- Speroff, L., Fritz, M. A., Erk, A., Günalp, S., Bozdağ, G. (2007). *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite*, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.



Spielberger, C. D., Krasner, S. S., Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*, Springer Science, New York, 89-108.

Sunal, N., Demiryay, A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 100-110.

Şirin A. (2008). *Kadın Sağlığı*, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 454-487.

Tardy, R.W. (2000). “ But I Am a Good Mom” The Social Construction of Motherhood through Health-Care Conversations. *Journal of Contemporary Ethnography* 29 (4), 433-473.

Tatlılıoğlu, K., Karaca, M. (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme, *International Journal of Social Science*, 6 (6), 1101-1123.

Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset, Ankara, Sistem Ofset, 10, 35-50.

Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme. Doktora Tezi*, Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye.

Tezcan, S., Carpenter-Yaman, C. E., Fişek, N. H. (1980). *Türkiye’de Çocuk Düşürme, Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Thomas, K. R., Siller, J. (1999). Object Loss, Mourning, and Adjustment to Disability. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 179.

Tongsong, T., Wanapirak, C., Srisomboon, J., Sirichotiyakul, S., Polsrisuthikul, T., Pongsatha, S. (1994). Transvaginal Ultrasound in Threatened Abortions with Empty Gestational Sacs. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46(3), 297-301.

Tunaboşlu İkiz, T. (2007). Anne Ol(a)mama, *Psikanaliz Yazıları*, Bağlam Yayınları, İstanbul.

Tunaboşlu-İkiz, T (2004). Kadınlar Neden Korkar, *Psikanaliz Yazıları*, Parman,T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 8, 51-63.

Tunaboşlu-İkiz, T. (2000). Anneden Kıza Anneliğın Reddi', *Nöropsikiyatrik Arşivi*, 37 (3), 170-176

Tunaboşlu-İkiz, T. (2002). İmkansız Annelik, *Psikanaliz Yazıları*, Bağlam Yayınları, İstanbul.

Tunaboşlu-İkiz, T. (2013). *Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu I: Kodlama ve Uygulama*. Bağlam Yayınları, İstanbul, 4.

Tunaboşlu-İkiz, T., Erdem-Atak, İ., Pirim-Düşğör, B., Zabcı, N. (2009). *Rorschach Kodlama Kitabı 2: Yetişkin Normları*. Bağlam Yayınları, İstanbul.

Turan, N. (1997). *İsteğe Bağlı Küretaj Yaptıran Kadınların Etkin ve Güvenli bir Aile planlaması Seçebilmelerinde Danışmanlığın Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Tükel, R. (2011). Bebek ve Anne Arasındaki Mekanda Öznenin Yaratılması: Winnicott'un Çalışmalarına Bir Bakış", *Psikanaliz Yazıları*, Parman, T. (Ed.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 23, 15-35.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013), TNSA İnfö Base Online, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf), 10.03.2016.

Ujda, R. M., Bendiksen, R. (2000). Health Care Provider Support and Grief After Perinatal Loss: A Qualitative Study, *Illness, Crisis, & Loss*, 8(3), 265-285.

Uluför, F. (1992). *Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İzmir.

Vırıt, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G., Kandemir, H. (2008). Gebelikte Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45 (1), 9-13.

Whicher, J., Bienvenu, J., Monneret, G. (2001). Procalcitonin as an Acute Phase Marker. *Annals of Clinical Biochemistry, An international journal of biochemistry in medicine*, 38(5), 483-493.

WHO (2007). WHO Global Info Base Online, [http://www.who.int/whr/2007/whr07\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf), 10.03.2016.

WHO (2008). WHO Global Info Base Online, [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf), 10.03.2016.

Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41(6), 585-595.

World Health Organization. (1991). Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility.

Yemez, B., Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25

Yeşilçiçek-Çalık K, Aktaş S (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.

Yılmaz, N. (2010). *Habitüel Abortuslu Hastalarda Endometriyum Lenfosit Topluluklarının Etkisi, Uzmanlık Tezi*, Kocaeli Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim, Kocaeli, Türkiye.

# **EKLER**

## **EKLER-1**

### **Sosyodemografik Bilgi Formu**

1. Yaşınız?

2. Eğitim Durumunuz?

3. Kardeş Sayınız?

4. Bugüne kadar tekrarlayan düşük sayınız?



4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. (1) (2) (3) (4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar. (1) (2) (3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. (1) (2) (3) (4)
7. Öfkelendiğimde ağızma geleni söylerim. (1) (2) (3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. (1) (2) (3) (4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir. (1) (2) (3) (4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim. (1) (2) (3) (4)

## II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç

2. Biraz

3. Oldukça

4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

|                                   | Hiç |     |     | Tümüyle |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|---------|
| 11. Öfkemi kontrol ederim.        | (1) | (2) | (3) | (4)     |
| 12. Kızgınlığımı gösteririm.      | (1) | (2) | (3) | (4)     |
| 13. Öfkemi içime atarım.          | (1) | (2) | (3) | (4)     |
| 14. Başkalarına karşı sabırlıyım. | (1) | (2) | (3) | (4)     |
| 15. Somurtur ya da surat asarım.  | (1) | (2) | (3) | (4)     |

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

|   | Hiç | Tümüyle |     |     |
|---|-----|---------|-----|-----|
| 16. İnsanlardan uzak dururum.             | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.   | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 18. Soğukkanlılığımı korurum.             | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.   | (1) | (2)     | (3) | (4) |

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

|   | Hiç | Tümüyle |     |     |
|---|-----|---------|-----|-----|
| 21. Davranışlarımı kontrol ederim.                | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 22. Başkalarıyla tartışırım.                      | (1) | (2)     | (3) | (4) |
| 23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. | (1) | (2)     | (3) | (4) |



24. Beni çileden çıkararak herneyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. Hiç Tümüyle  
(1) (2) (3) (4)

27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)

29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

|  | Hiç |     | Tümüyle |
|--|-----|-----|---------|
| 31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. | (1) | (2) | (3) (4) |
| 32. Sinirlerime hakim olamam.                                  | (1) | (2) | (3) (4) |
| 33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.             | (1) | (2) | (3) (4) |
| 34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.                      | (1) | (2) | (3) (4) |

## **EKLER-3**

### **Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

**1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

**2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

**4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

**5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6** (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

**7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

**8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

**12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15** (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17** (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

**19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



## **EKLER-4**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu araştırma, Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü'nde yüksek lisans tezi olarak yürütülmekte olup, kadınların tekrarlayan düşükler ile birlikte yaşadığı kayıp süreçlerini incelemeyi amaçlamaktadır. Sizden toplanan veriler sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Burada vereceğiniz bilgilerin üçüncü şahıslarla paylaşılması söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Aylin DÜZEN, Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi.

Yrd. Doç. Dr. İrem ERDEM ATAK (Danışman).

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyad:

Tarih:

İmza:



## EKLER-5

### Rorschach Testi Örneği

| N.T., 42 yaş. | Yanıtlar   | Anket  | Kodlama |
|---------------|--|--|---------|
| 1             | -Gövdesini baş röntgenine benzettim.   | -Şeklinden dolayı.   |         |
| 2             | Bugün röntgenden gidiyorum.<br><br>-Kafa röntgeninin başka açısı.<br><br>-Kelebeğe benziyor. | -Belki siyah, beyaz olması. Boşlukları.<br><br>-Kelebeğin kanatları ve renkli fotoğraf olarak benzettim.         |         |
| 3             | -Resmin alt kısmında örümcek ya da bir böcek.  | -Benzettim. Üstü bir şey ifade etmedi.<br><br>(Renk vermemesi sorulduğunda, bir anlam ifade etmediğini belirtti) |         |
| 4             | -Kat kat yağmur bulutu, gri.   | -Üç boyutlu bir his yaratıyor.   |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | Uzantıların bir anlamı olmadı.  | Uzantıların haricinde. Uzantılar onu bozuyor. Katman katman pamuk gibi yağmur bulutu. |  |
| 5 | -Bu yarasa, uçmakta olan bir yarasa. Bu resimler hep simetrik gibi. Uçan bir yarasaya yukarıdan bakmak gibi.  | -Benzettim, dış hatlarıyla. Belki bir de koyu rengi.                                  |  |
| 6 | -Bir şeye benzetmedim. Şuna kollarını açmış kedi mi diyeyim? İnsan değil ama resmin geri kalanıyla alakası yok.<br><br>İçeriye doğru yoğunlaşması derinlik katıyor. | -Bıyık ve patileri. Sadece resim gibi benzettim, yorum gibi değil de.                 |  |
| 7 | -İki kız çocuğu, birbirine bakan, simetrik. Altını bir şeye benzetmedim.  | -Fotoğrafi benzettim.   |  |
| 8 | -Rahim röntgeni gibi. Sanki iskeletin   | -Özel bir sebep yok. Belki şekiller çok   |  |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | sırt omurları gibi.<br>Rahim,<br>yumurtalıklar, üst<br>kısm.   | net olmadığı için.<br>Röntgenlerde öyle<br>olur ya. Bir de<br>simetrik.<br><br>(Anlatırken uzun bir<br>süre oda içerisindeki<br>vajinanın<br>anatomisinin olduğu<br>fotoğrafa baktı). |  |
| 9  | -Bilim kurguda olur<br>ya, insanlar cam<br>fanusta yaşar. Böyle<br>içi ferah, dışarısı<br>karışık. Ya da<br>sadece hissiyat, içi<br>ferah dışı karmaşık.<br>Güneşin etkisiyle. | -Şeffaf, camsı ve<br>kavisli yapısı.<br>Dışarıdaki renkleri<br>içeri girmesin diye<br>tutmuş.   |  |
| 10 | -Okyanusun denizin<br>derinlikleri gibi.<br>Balıklar var.<br><br>-Yengeç var.<br><br>-Şuradaki yosun.<br><br>-Şurada da deniz atı<br>var.                                      | -Kuyrukları, şekli.<br><br>-Ayakları.<br><br>-Uzantıları.<br><br>Kıvrımlı bir yaratık,<br>canlı renkli.   |  |

# ÖZGEÇMİŞ

**Aylin DÜZEN**

**aylinduzen@hotmail.com**

**Doğum Tarihi/ Yeri:** 14.04.1991/ Şahinbey

## **Eğitim Bilgileri**

Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji, Yüksek Lisans (2013-2016).

Beykent Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji, Lisans (2009-2013).

Gaziantep Anadolu Lisesi (2005-2009).

## **Alınan Eğitimler:**

**Tematik Algı Testi (TAT) Eğitimi**, Rorschach ve Projektif Testler Derneği, Prof. Dr. Tevfika TUNABOYLU İKİZ.

**Rorschach Testi Eğitimi**, Rorschach ve Projektif Testler Derneği, Prof. Dr. Tevfika TUNABOYLU İKİZ.

**Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Eğitimi**, Bilgelik Enstitüsü, Prof. Dr. Hakan TÜRKCAPAR.

**Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)**, Türk Psikologlar Derneği.

**Bağımlılık Eğitimi**, İtir Tarı CÖMERT, Mehmet DİNÇ ve Kültegin ÖGEL

### **Akademik alışmalar:**

**Erdem-Atak, İ., Düzen, A. (2016).** An Evaluation of The Psychic Functioning of Women Having Recurrent Miscarriage Using The Rorschach Test, 4. Colloque du Réseau international Méthodes Projectives et Psychanalyse, Sözel Bildiri, Lyon, France.

**Düzen, A. (2014).** Kardiyovasküler Hastalıklar ve Kullanılan Sağlık Modelleri, Literatür Araştırması.

**Düzen, A. (2014).** Bağlanma Tarzları ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki, Literatür Araştırması.

**Sertelin Mercan, ., Karataş, S. ve Düzen, A. (2013).** Ergenlerin Ebeveyn İlişkilerine Yönelik Algıları, 12. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Sözel Bildiri, İstanbul, Türkiye.

**Düzen, A. (2013).** Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Lisans Tezi, 18. Ulusal Psikoloji Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, Türkiye.