



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ANOREKSİYA NERVOZA TANISI ALMIŞ ERGEN HASTALARIN  
ŞEMA TERAPİ SÜREÇLERİNDEKİ DEĞİŞİM ÖRÜNTÜLERİNE  
YÖNELİK NİTEL BİR İNCELEME**

Ece ATAMAN TEMİZEL

Doktora Tezi

Ankara, 2019



ANOREKSİYA NERVOZA TANISI ALMIŞ ERGEN HASTALARIN ŞEMA  
TERAPİ SÜREÇLERİNDEKİ DEĞİŞİM ÖRÜNTÜLERİNE YÖNELİK NİTEL BİR  
İNCELEME

Ece ATAMAN TEMİZEL

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2019

## KABUL VE ONAY

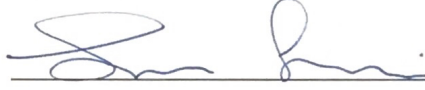
Ece Ataman Temizel tarafından hazırlanan "Anoreksiya Nervoza Tanısı Almış Ergen Hastaların Şema Terapi Süreçlerindeki Değişim Örüntülerine Yönelik Nitel Bir İnceleme" başlıklı bu çalışma, 19.06.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



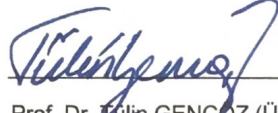
Prof. Dr. İhsan DAĞ (Başkan)



Prof. Dr. Elif BARIŞKIN (Danışman)



Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK (Üye)



Prof. Dr. Fülün GENÇOZ (Üye)



Doç. Dr. Sait ULUÇ (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarında (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ..... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

19/06/2019

  
Ece ATAMAN TEMİZEL

<sup>1</sup>"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.  
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

\* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Elif BARIŞKIN danışmanlığında tarafımdan retilildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

19 / 06 / 2019



**Ece ATAMAN TEMİZEL**

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının ortaya çıkmasında, terapist kimliğimi kazanmamda ve bugünkü ben olmamdaki katkısı için danışmanım, süpervizörüm, izinden yürümekten gurur duyduğum hocam Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK'a teşekkür ederim. Tezin ikinci danışmanı, doktora eğitimimde büyük emeği olan sevgili hocam Elif BARIŞKIN'a teşekkür ederim. Jüri üyelerim Prof. Dr. İhsan DAĞ ve Doç. Dr. Sait ULUÇ'a hem tez için yaptıkları katkılardan dolayı, hem de uzun yıllardır onlardan öğrendiğim her bilgi ve destek oldukları her an için teşekkür ederim. Jüri üyelerinden Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ'e katkılarından dolayı teşekkür ederim. Tez çalışmamda birlikte olmasak da, yine doktora eğitimimde ve meslek yaşamımda önemli bir rol modelim olan Hocam Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM'e teşekkür ederim.

İçinde bulunmaktan mutluluk duyduğum Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı üyelerine, Adölesan aileme büyük bir teşekkür borçluyum. Prof. Dr. Orhan DERMAN ve Prof. Dr. Nuray KANBUR'a her zaman koruyucu, destekleyici ve yol gösterici oldukları için minnettarım. Doç. Dr. Sinem AKGÜL ve Dr. Öğr. Üyesi Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN'a birlikte geçirdiğimiz tüm zamanlar ve her daim hissettiğim dostlukları için, Doç. Dr. Zeynep TÜZÜN'e bana hayatta bir ablaya sahip olmanın güzelliğini yaşattığı için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Devrim AKDEMİR'e bu tez çalışmasındaki destekleyici ve cesaretlendirici varlığı için minnettarım. Kendisi ile birlikte çalışmak ve üretmek çok keyifliydi, çok teşekkür ederim.

Bu tezin başlangıcından bitişine kadar duygusal, sosyal, akademik desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, bana yol arkadaşlığı yapan Volkan GÜLÜM'e, Burcu KORKMAZ'a, Özge YILMAZ CENGİZ'e, Melis ÜNÜBOL'a ve geceler boyu birlikte çalıştığımız kardeşim, can yoldaşım Cem ATAMAN'a çok teşekkür ederim. Sizensiz olmazdı.

Doktora sürecinin bana en güzel hediyesi, dayanışmanın en güzel örneklerinden birini ortaya koyduğumuz sevgili doktora arkadaşlarım, Dilay ELDOĞAN EKEN, Özge YILMAZ CENGİZ ve Merve KILIÇ YILDIZ; sizlerle buluşabildiğim ve bu yolu birlikte yürüyebildiğimiz için çok şanslı hissediyorum, teşekkür ederim.

Ceren, Emrah, Duygu, Ufuk, Esra, Bora, Miray, Sevin, Begüm, Çetin, Utku, Erhan, Çelenk, Özge, Rüya, İbrahim, Nilay, Gökhan, Onur, Gözde, Berge, Talat, Eylem, Özcan, Candan, Cihan, Ayça, Emre, İnan, Berivan, Özgür, Ayşegül, Serdar, İrem Gizem... Kalbimde hepimizin yeri ayrı, iyi ki dostlarımsınız. Hayat sizlerle güzel.

Seçme şansım olsa tereddütsüz yine sizi seçerdim, canım çekirdek ailem; annem Füsün ATAMAN, babam Bülent ATAMAN ve kardeşim Cem ATAMAN. Sevginiz, emekleriniz ve desteğiniz için ne kadar teşekkür etsem az... Diğer annelerim, her zaman beni destekleyen Zeynep TEMİZEL, çocukluğum, gençliğim ve şimdi de yetişkinliğimde benim için en özel yerde olan Günsel ATİK, sevgili anneannem ve dedem Nurten-Mustafa CENGİZ ve kalbimizde bizimle yaşamaya devam eden dayım İSKENDER KANYAR; iyi ki varsınız. Her zaman benimlesiniz.

Eşim Serkan TEMİZEL, birlikte yol almaya devam ederken gücünü hissetmek ne büyük şans. Seninle yaşamak ne güzel. Tüm desteğin için çok teşekkür ederim.

Ve tabii ki küçük kızım Eda, en büyük teşekkürüm sana! Neşenle, sevginle, oyunlarınla her zaman içimi ısıttın, ısıtıyorsun. Varlığın ne kıymetli, iyi ki geldin! Işığını saçmaya devam et.

Son olarak, her biriyle ayrı duygusal bağ geliştirdiğim, iç dünyalarını bana içtenlikle açan, yaşadıkları tüm zorluklara rağmen ne kadar güçlü olduklarını bildiğim bu tez çalışmasının katılımcılarına teşekkür ederim. İyi dileklerim ve kalbim her zaman sizinle olacak.



## ÖZET

ATAMAN TEMİZEL, Ece. *Anoreksiya Nervoza Tanısı Almış Ergen Hastaların Şema Terapi Süreçlerindeki Değişim Örüntülerine Yönelik Nitel Bir İnceleme*. Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Bu tez çalışmasında Anoreksiya Nervoza tanısı alan kız ergen hastalarla yürütülen Şema Terapi süreçleri incelenmiştir. Psikoterapi araştırmaları ile uygulamalar arasında kalan boşluğu doldurabilmek ve psikoterapinin yol açtığı değişim mekanizmalarını incelemek için süreci nitel ve nicel verilerle aktarmak temel bir öneri olarak vurgulanmaktadır (Elliot, 2002; Kazdin 2008; Iwakabe ve Gazzola, 2009). Bu doğrultuda, bu tez çalışmasında ölçekler, terapist puanlamaları, katılımcı görüşmeleri gibi çok sayıda kaynaktan veri toplanması ve ayrıntılı vaka özetleri oluşturulması yoluyla sistematik vaka çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Her seansın başında ve sonunda Duygudurum Değerlendirme Formu, Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu, Terapötik İttifak Ölçeği Gözden Geçirilmiş Kısa Formu ile nicel veriler toplanmıştır. Bunlarla birlikte psikoterapi süreçlerinin başında, ortasında ve sonunda katılımcılar Kısa Semptom Envanteri, Yeme Tutum Testi ve Young Şema Ölçeği Kısa Formu doldurmuştur. Çalışmada ayrıca katılımcıların psikoterapi deneyimlerine odaklanılmış, 10. ve 20. seansların ardından Değişim Görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. İlk değişim görüşmelerinden çıkan temalar “Çekingem Her Yerde, Hatta Burada” ve “Başkaları Söylesin” alt temalarıyla “Konuşmak Zor” teması; “Aklım Yemekte: Yemekle Kavga”, “Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga” ve “Sosyalleşmek Sıkıntı Veriyor” alt temalarıyla “Hastalığa Dair” teması; “Hem Yakın Hem Uzağım”, “Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum?”, “İçimdeki Sesler: Modlarla Temas” ve “Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik” alt temalarıyla “Gelgitli Terapi” teması olmuştur. İkinci değişim görüşmelerinden çıkan temalar “Daha İyi Bir Ben”, “Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum” ve “Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor” alt temalarıyla “Değişime Dair” teması; “Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler” ve “20 Seans Yetmez: Beklentiler” alt

temalarıyla “Güçlenirken” teması olmuştur. Çalışmadan elde edilen tüm bulgular ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

### **Anahtar Sözcükler**

Anoreksiya nervoza, şema terapi, ergenlik dönemi, psikoterapi araştırması, sistematik vaka çalışması, nitel analiz, tematik analiz.

## ABSTRACT

ATAMAN TEMİZEL, Ece. *Change Pattern of Schema Therapy Process in Adolescent Patients diagnosed with Anorexia Nervosa: A Qualitative Examination*. PhD Dissertation, Ankara, 2019.

In this thesis, it is aimed at investigating the schema therapy processes of female adolescent patients diagnosed with anorexia nervosa. In order to bridge the gap between psychotherapy research and practice, and examine the change mechanisms caused by psychotherapy, it is emphasized as a fundamental suggestion to transfer the process through qualitative and quantitative data (Elliot, 2002; Kazdin 2008; Iwakabe and Gazzola, 2009). Accordingly, systematic case studies have been conducted through collecting data from a large number of sources such as scales, therapist scoring, participant interviews, and creating detailed case summaries. At the beginning and the end of each session, quantitative data were collected by means of the Mood Assessment Form, the Session Evaluation Scale-Adjectives Form, the Therapeutic Alliance Scale Revised Short Form. Additionally, participants filled in the Brief Symptom Inventory, the Eating Attitude Test, and the Young Schema Scale Short Form at the beginning, the middle and the end of the psychotherapy processes. Change interviews were also conducted after the 10th and 20th sessions, focusing on psychotherapy experiences of the participants. The themes of the first Change Interviews listed as follows: “Difficult to Speak” theme with the subthemes of “I Am Avoidant in Everywhere, Even in Here” and “Let Others Say”; “About the Disease” theme with the subthemes of “My Mind in on Food: Fight with the Food”, “My Eyes Are on My Weight: Fight with My Body”, and “Socializing Gives Trouble”; and “Tidal Therapy” theme with the subthemes of “I Am Both Near and Far”, “Why Am I Like This? How Do I Change?”, “The Sounds in Me: Contact with the Modes”, and “I Get to Know A New Sound: The Limited Reparenting”. The themes of the second change interviews are: “About the Change” theme with the subthemes of “A Better Me”, “My Behaviors Are Changing: I Am Going through Other Ways”, and “My Healthy Adult Mode Is Growing”, and “While Getting

Stronger” theme with the subthemes of “The Ones That Are Good For Me, Different Descriptions”, and “20 Sessions Are Not Enough: Expectations”. All findings obtained from the study were discussed in the light of the literature.

**Keywords**

Anorexia nervosa, schema therapy, adolescence, psychotherapy research, systematical case study, quantitative analysis, thematic analysis.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI .....	ii
ETİK BEYAN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	viii
İÇİNDEKİLER .....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xvii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xix
GİRİŞ .....	21
1. BÖLÜM: ALANYAZIN TARAMASI.....	24
1.1. ANOREKSİYA NERVOZA VE KİŞİLİK.....	24
1.2. ANOREKSİYA NERVOZA VE ERGENLİK.....	25
1.3. ŞEMA TERAPİ İLE ANOREKSİYA NERVOZANIN İNCELENMESİ .	28
1.3.1. Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerde Şema Terapi	33
1.4. PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR .	35
1.5. ÇALIŞMANIN AMACI .....	37
2. BÖLÜM: YÖNTEM .....	39
2.1. KATILIMCILAR .....	39
2.2. İŞLEM.....	44
2.2.1. Uygulanan Tedavi Protokolü .....	45
2.2.2. Şema Terapi Yaklaşımı ile Psikoterapi Uygulamaları .....	46
2.2.3. Çalışma Boyunca Gerçekleştirilen Değişim Görüşmeleri..	48
2.2.4. Psikoterapi Seanslarının ve Değişim Görüşmelerinin Uygulanması.....	48
2.3. ÖLÇÜM ARAÇLARI.....	49

<b>2.3.1.</b>	<b>Nicel Ölçüm Araçları.....</b>	<b>49</b>
2.3.1.1.	Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) .....	49
2.3.1.2.	Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	49
2.3.1.3.	Yeme Tutum Testi (YTT).....	50
2.3.1.4.	Young Şema Ölçeği Kısa Formu (YŞÖ-KF).....	51
2.3.1.5.	Terapötik İttifak Ölçeği Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (TİÖ-GKF).....	52
2.3.1.6.	Duygudurum Değerlendirme Formu.....	52
2.3.1.7.	Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu (SDÖ-SF) .....	53
<b>2.3.2.</b>	<b>Nicel Veri Analizleri.....</b>	<b>54</b>
<b>2.3.3.</b>	<b>Nitel Veri Kaynakları .....</b>	<b>55</b>
2.3.3.1.	Danışan Değişim Görüşmesi Protokolü .....	56
<b>2.3.4.</b>	<b>Nitel Veri Analizi.....</b>	<b>57</b>
2.3.4.1.	Tematik Analiz.....	57
2.3.4.2.	Güvenilirlik.....	59
<b>3.</b>	<b>BÖLÜM: BULGULAR .....</b>	<b>62</b>
<b>3.1.</b>	<b>VAKA KAVRAMSALLAŞTIRMALARI.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1.1.</b>	<b>Gülce için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması .....</b>	<b>62</b>
3.1.1.1.	Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi .....	63
3.1.1.2.	Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler.....	64
3.1.1.3.	Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri.....	65
3.1.1.4.	Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları .....	66
3.1.1.5.	Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler: .....	67
3.1.1.6.	Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler.....	67
3.1.1.7.	En İlişkili Şemalar .....	67
3.1.1.8.	En Bağlantılı Şema Modları.....	69
3.1.1.9.	Uyum Bozucu Başetme Modları.....	69
3.1.1.10.	İşlev Bozucu Ebeveyn Modları .....	70

3.1.1.11.	Sağlıklı Yetişkin Modu .....	70
3.1.1.12.	Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi .....	71
<b>3.1.2.</b>	<b>Sudenaz için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması .....</b>	<b>73</b>
3.1.2.1.	Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi .....	73
3.1.2.2.	Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler.....	74
3.1.2.3.	Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri.....	75
3.1.2.4.	Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları .....	76
3.1.2.5.	Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler: .....	77
3.1.2.6.	Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler.....	77
3.1.2.7.	En İlişkili Şemalar .....	77
3.1.2.8.	En Bağlantılı Şema Modları.....	79
3.1.2.9.	Uyum Bozucu Başetme Modları.....	79
3.1.2.10.	İşlev Bozucu Ebeveyn Modları .....	80
3.1.2.11.	Sağlıklı Yetişkin Modu .....	80
3.1.2.12.	Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi .....	81
<b>3.1.3.</b>	<b>Pınar için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması .....</b>	<b>82</b>
3.1.3.1.	Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi .....	82
3.1.3.2.	Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler.....	83
3.1.3.3.	Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri.....	85
3.1.3.4.	Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları .....	86
3.1.3.5.	Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler .....	87
3.1.3.6.	Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler:.....	87
3.1.3.7.	En İlişkili Şemalar .....	87
3.1.3.8.	En Bağlantılı Şema Modları.....	89
3.1.3.9.	Uyum Bozucu Başetme Modları.....	90
3.1.3.10.	İşlev Bozucu Ebeveyn Modu .....	91
3.1.3.11.	Sağlıklı Yetişkin Modu .....	92

3.1.3.12.	Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi .....	92
<b>3.1.4.</b>	<b>Gökçe için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması .....</b>	<b>94</b>
3.1.4.1.	Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi .....	94
3.1.4.2.	Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler.....	95
3.1.4.3.	Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri.....	96
3.1.4.4.	Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları .....	97
3.1.4.5.	Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler .....	98
3.1.4.6.	Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler.....	98
3.1.4.7.	En İlişkili Şemalar .....	99
3.1.4.8.	En Bağlantılı Şema Modu.....	100
3.1.4.9.	Uyum Bozucu Başetme Modu.....	101
3.1.4.10.	İşlev Bozucu Ebeveyn Modları .....	101
3.1.4.11.	Sağlıklı Yetişkin Modu .....	102
3.1.4.12.	Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi .....	102
<b>3.1.5.</b>	<b>Fatma için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması .....</b>	<b>103</b>
3.1.5.1.	Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi .....	103
3.1.5.2.	Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler.....	104
3.1.5.3.	Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri.....	105
3.1.5.4.	Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları .....	106
3.1.5.5.	Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler .....	107
3.1.5.6.	Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler.....	107
3.1.5.7.	En İlişkili Şemalar .....	107
3.1.5.8.	En Bağlantılı Şema Modları.....	109
3.1.5.9.	Uyum Bozucu Başetme Modu.....	110
3.1.5.10.	İşlev Bozucu Başetme Modları.....	110
3.1.5.11.	Sağlıklı Yetişkin Modu .....	111
3.1.5.12.	Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi .....	111



<b>3.2. NİCEL BULGULAR.....</b>	<b>113</b>
<b>3.2.1. Psikolojik Belirtileri Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulgular.....</b>	<b>113</b>
3.2.1.1. Gülce için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları .....	116
3.2.1.2. Sudenaz için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları .....	120
3.2.1.3. Pınar için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları .....	123
3.2.1.4. Gökçe için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları .....	125
3.2.1.5. Fatma için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları .....	129
<b>3.2.2. Psikoterapi Süreçlerine Dair Nicel Bulgular.....</b>	<b>131</b>
3.2.2.1. Terapötik İttifakı Değerlendirmeye Yönelik Bulgular .....	131
<b>3.2.3. Seansları Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulgular.....</b>	<b>136</b>
3.2.3.1. Seans Etkisine Yönelik Nicel Bulgular.....	136
3.2.3.2. Seans Bazında Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular .....	140
<b>3.3. NİTEL BULGULAR .....</b>	<b>151</b>
<b>3.3.1. 10. Seansın Tamamlanmasının Ardından Gerçekleştirilen Değişim Görüşmelerinin Tematik Analizi ile Elde Nitel Veriler.....</b>	<b>152</b>
3.3.1.1. Konuşmak Zor .....	153
3.3.1.2. Hastalığa Dair.....	160
3.3.1.3. Gelgitli Terapi .....	166
<b>3.3.2. 10. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Her Hasta için Doldurulan Değişim Görüşmesi İzlemleri.....</b>	<b>180</b>
<b>3.3.3. 20. Seansın Tamamlanmasının Ardından Gerçekleştirilen Değişim Görüşmelerinin Tematik Analizi ile Elde Nitel Veriler.....</b>	<b>183</b>
3.3.3.1. Değişime Dair.....	184
3.3.3.2. Güçlenirken .....	194
<b>3.3.4. 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Her Hasta için Doldurulan Değişim Görüşmesi İzlemleri.....</b>	<b>203</b>
<b>4. BÖLÜM: TARTIŞMA .....</b>	<b>206</b>
<b>4.1. HASTALARDAN ELDE EDİLEN NİCEL VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>	<b>206</b>

4.1.1. Psikolojik Belirtileri Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulguların Değerlendirilmesi .....	206
4.1.2. Terapötik İttifakı ve Psikoterapi Seanslarını Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulguların Değerlendirilmesi .....	210
4.1.2.1. Terapötik İttifaktaki Değişimlerin İncelenmesi .....	210
4.1.2.2. Seanslara Yönelik Nicel Bulguların İncelenmesi .....	212
4.1.2.3. Duygudurum Puanlarındaki Değişimin İncelenmesi.....	213
4.1.2.4. TİÖ, SDÖ, DDÖ Puanlarındaki Değişimler Açısından Öne Çıkan Seans İçeriklerinin İncelenmesi .....	213
4.2. HASTALARDAN ELDE EDİLEN NİTEL VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	217
4.2.1. 10. ve 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temaların İncelenmesi .....	217
4.2.2. Hastalar ve Psikoterapi Süreçlerinde Gözlenen Benzerlikler.....	225
4.2.3. Hastalar ve Psikoterapi Süreçlerinde Gözlenen Farklılıklar.....	227
4.2.4. Terapistin Psikoterapi Süreçlerinde Kendisinde Gözlediği Benzerlikler ve Farklılıklar.....	228
4.3. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI .....	230
4.4. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI.....	231
4.5. SINIRLILIKLAR VE GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER... 235	
4.5.1. Sınırlılıklar.....	235
4.5.2. Gelecek Çalışmalar .....	237
SONUÇ .....	238
KAYNAKÇA.....	241
EK 1 KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE).....	259
EK 2 YEME TUTUM TESTİ (YTT).....	261
EK 3 YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORMU (YŞÖ-KF) .....	262
EK 4 TERAPÖTİK İTTİFAK ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU (TİÖ-GKF) - DANIŞAN .....	265

<b>EK 5 TERAPÖTİK İTTİFAK ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU (TİÖ-GKF) – TERAPİST .....</b>	<b>266</b>
<b>EK 6 DUYGUDURUM DEĞERLENDİRME FORMU .....</b>	<b>267</b>
<b>EK 7 SEANS DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-SIFATLAR FORMU (SDÖ-SF) .</b>	<b>268</b>
<b>EK 8 DANIŞAN DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ PROTOKOLÜ.....</b>	<b>269</b>
<b>EK 9 VAKA KAVRAMSALLAŞTIRMA FORMU .....</b>	<b>275</b>
<b>EK 10 ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ERGEN RIZA FORMU.....</b>	<b>294</b>
<b>EK 11 ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Veli/vasi) .....</b>	<b>297</b>
<b>EK 12 ETİK KURUL İZİNİ.....</b>	<b>300</b>
<b>EK 13 ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>301</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>302</b>

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1. Anoreksiya Nervoza için Temel Gereksinimler.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 2. Çalışmaya Katılan Hastaların K-SADS-PL-T Değerlendirmesi ile Şu anda ve Geçmiş Zamanda Aldıkları Tanılar .....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 3. Değişim Görüşmesi Soruları .....</b>	<b>56</b>
<b>Tablo 4. Gülce İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi .....</b>	<b>64</b>
<b>Tablo 5. Sudenaz İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi .....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo 6. Pınar İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi .....</b>	<b>83</b>
<b>Tablo 7. Gökçe İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi .....</b>	<b>95</b>
<b>Tablo 8. Fatma İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi .....</b>	<b>104</b>
<b>Tablo 9. Çalışmada Yer Alan Ölçekler İçin Kesme Noktası Puanı ve Güvenilir Değişim İndeksi Hesaplamalarında Kullanılan Veriler.....</b>	<b>115</b>
<b>Tablo 10. Gülce İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri .....</b>	<b>116</b>
<b>Tablo 11. Sudenaz İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri.....</b>	<b>120</b>
<b>Tablo 12. Pınar İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri .....</b>	<b>124</b>
<b>Tablo 13. Gökçe İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri .....</b>	<b>126</b>
<b>Tablo 14. Fatma İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri.....</b>	<b>130</b>
<b>Tablo 15. 10. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar .....</b>	<b>152</b>
<b>Tablo 16. Gülce için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi .....</b>	<b>180</b>
<b>Tablo 17. Sudenaz için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi .....</b>	<b>181</b>
<b>Tablo 18. Pınar için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi .....</b>	<b>181</b>

<b>Tablo 19. Gökçe için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>182</b>
<b>Tablo 20. Fatma için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>183</b>
<b>Tablo 21. 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar .....</b>	<b>184</b>
<b>Tablo 22. Gülce için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>203</b>
<b>Tablo 23. Sudenaz için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>204</b>
<b>Tablo 24. Pınar için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>204</b>
<b>Tablo 25. Gökçe için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi .....</b>	<b>205</b>
<b>Tablo 26.10. ve 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar.....</b>	<b>218</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Gülce'nin Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi .....	131
Şekil 2. Sudenaz'ın Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi .....	132
Şekil 3. Pınar'ın Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi .....	133
Şekil 4. Gökçe'nin Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi .....	134
Şekil 5. Fatma'nın Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi .....	135
Şekil 6. Gülce için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi .....	136
Şekil 7. Sudenaz için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi .....	137
Şekil 8. Pınar için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi .....	137
Şekil 9. Gökçe için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi .....	138
Şekil 10. Fatma için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi.....	139
Şekil 11. Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi .....	140
Şekil 12. Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi .....	141
Şekil 13. Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi .....	141
Şekil 14. Sudenaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi .....	142
Şekil 15. Sudenaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi .....	143
Şekil 16. Sudenaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi .....	144
Şekil 17. Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi .	144
Şekil 18. Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi .....	145

<b>Şekil 19. Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>145</b>
<b>Şekil 20. Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>146</b>
<b>Şekil 21. Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>147</b>
<b>Şekil 22. Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>148</b>
<b>Şekil 23. Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>149</b>
<b>Şekil 24. Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>150</b>
<b>Şekil 25. Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi</b> .....	<b>151</b>

## GİRİŞ

Anoreksiya Nervoza (AN), fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte klinik olarak bozulmalara yol açan; madde kullanımı, depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi birçok psikopatoloji ile birlikte görülen; genellikle kronik olması, geriye dönüşlerin sıkça yaşanması ve psikiyatrik rahatsızlıklar içinde en yüksek ölüm oranına sahip olması nedeniyle göz ardı edilmemesi gereken önemli bir hastalıktır.

AN hastalığının uzun bir tarihçesi vardır. İlk tanı ölçütleri 1970’de Gerald Russell tarafından öne sürülmüş, Feighner ve arkadaşlarının (1972) oluşturduğu tanı ölçütleri ise Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM) tanı ölçütleri için zemin oluşturmuştur. DSM III’te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998) bu ölçütlerde açıklıktan ya da çevrenin uyarı ve zorlamasından etkilenmeyecek ölçüde yemek yeme, besin ya da beden ağırlığına ilişkin değişmiş tutum ve davranışlardan söz edilmiş, beden ağırlığının %25’inin kaybı tanı ölçütü olarak belirlenmiştir. Zaman içerisinde, %25’lik beden ağırlığı kaybının katı bir ölçüt olduğu düşünölmeye başlanmış ve DSM-III-R’de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1987) bu oran değiştirilerek %15’e indirilmiştir. DSM IV’te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998) vücut ağırlığıyla ilgili “beklenenin % 85’inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85’inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilmeme” olarak belirlenen tanı ölçütü, DSM-5’te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) “kişinin yaş, cinsiyet, gelişimsel süreç ve fiziksel sağlık bakımından anlamlı derecede düşük vücut ağırlığına yol açan, ihtiyaçlara oranla enerji alımının kısıtlanması ve beklenenin alt sınırından az ağırlıkta olması” olarak ele alınmıştır. Erkek hastalar, doğum kontrol hapı kullanan hastalar ya da diğer tüm belirtilere rağmen menstruasyonu kesintiye uğramayan hastaların durumu göz önünde bulundurularak amenore tanı ölçütü olmaktan çıkarılmış, “kilo almayı engelleyen



ısrarlı davranışların olması” ölçütü eklenmiş ve tanı güvenilirliği ve geçerliliği arttırılmıştır.

Bu değişimlerle birlikte, tanı ölçütlerinin içinde AN için vurgulanan temel özelliklerden biri *bozulmuş beden algısının* varlığı olmuştur. Vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini ısrarla kabul etmeme olarak gözlenen bu durum, hastalığın tanımlanmasında temel bir role sahiptir. Bunun yanında, AN'nin beden algısının bozulması ve kilo kaybından çok daha fazlası olduğunun altını çizmek gerekir. Belirtilerin ardında ayrılma-bireyselleşme sürecindeki zorluklar, fazla kontrolcü ve çatışma çözmede yetersiz aile yapısı, yeme bozukluğuna zemin oluşturan psikososyal faktörler gibi çalışılması gereken birçok etiyolojik faktör bulunmaktadır.

Bu bağlam içerisinde işlevsel olmayan kişilik örüntülerinin de belirginleştiği bir klinik tabloda izlenen AN, çoğu zaman ergenlik döneminde ortaya çıkması nedeniyle ergenlik dönemi psikopatolojisi olarak da ele alınmayı hak eder. Öyle ki, genetik, biyolojik ve sosyokültürel etkenlerin yanında değişen, dönüşen, başkalaşan bedenin keşfi, ergenin erişkin topluma girmesi ve yeni yetişkin rolünü benimsediği ergenlik döneminin yeme bozuklukları ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Parman, 2014). Ergenlik döneminin önce bedende başladığı görüşü ve sözü edilen yeni başlangıçlar için ergenin kendilik imgesini seçerken bedenine fazlaca odaklanmasının bu dönemin yeme bozuklarının başlangıcındaki yadsınamaz etkisini düşündürmektedir.

Bu yönleriyle, hem AN ile birlikte görülen kişilik örüntülerinin anlaşılması, hem de ergenlik döneminde ve erken dönem yaşantılarda oluşan zorlukların “Şema Terapi” kuramı çerçevesinde ele alınması mümkün görünmektedir. Değişmesi zor görünen psikolojik sorunların çocukluk ve ergenlik kökenlerine odaklanan, bilişsel, davranışsal, kişilerarası ve yaşantısal yaklaşımların bir araya geldiği bütünleştirici bir kuram ve tedavi yöntemi olan Şema Terapinin (Young, 1990; Young, Klosko ve Weishaar, 2003) ergen psikoterapilerinde kullanılması ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır.

Bu bağlamda, bu çalışma için özellikle ön plana çıkan AN ve kişilik örüntüsü arasındaki ilişki incelenmiş, ergenlik döneminde AN'nin ortaya çıkış süreci ile Şema Terapi kuramı perspektifinden ergenlik dönemi sorunlarının ele alınışı anlatılmıştır. AN'de Şema Terapi etkililiğine yönelik yapılan çalışmalar özetlenmiş, psikoterapi araştırmalarına yönelik güncel önerilere yer verilmiştir. Son olarak araştırma amaçları ve soruları aktarılmıştır.

## 1. BÖLÜM: ALANYAZIN TARAMASI

### 1.1. ANOREKSİYA NERVOZA VE KİŞİLİK

Alanyazında AN ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik birçok klinik gözlem ve bulgu bulunmaktadır. Wonderlich, Lilienfeld, Riso, Engel ve Mitchell (2005), kişilik özelliklerinin AN için bir risk faktörü, ortak bir neden veya bir sonuç olabileceğini; AN sürecini ve sonucunu yordayabilen temel bir unsur olduğunu, ancak henüz bu ilişkinin tam olarak anlaşılmadığının altını çizmiştir. Bununla beraber, belirti odaklı sınıflandırmalar yerine kişilik odaklı sınıflandırmalara ve tedavilere geçmenin tedavi süreci ve sonucu için daha olumlu bir tablo oluşturabileceği görüşünü ileri sürmüşlerdir.

AN'nin kişilik örüntüsü ile ilişkisine yönelik alanyazında birçok bulgu vardır. Örneğin, AN tanısı alan hastaların çoğunlukla çekingen, mükemmeliyetçi ve uyumlu olmaya eğilimli kişiler olduğu göze çarpmaktadır (Cassin ve Von Ranson, 2005; Vitousek ve Manke, 1994). AN ile mükemmeliyetçilik eğilimi ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasında ilişki olduğunu ortaya koyan başka çalışmalar da olduğu bilinmektedir (Bulik, Sullivan, Fear ve Joyce, 1997; Shafran ve Mansell, 2001; Vitousek ve Manke, 1994). Son yıllarda yapılan başka bir çalışma obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin bilgi işleme süreçlerini etkilediğine dikkat çekmiş, bu kişilik özelliklerinin kaygı ve kaçınmaya ve kişiler arası ilişkilerdeki zorluklara yol açtığını bildirmiştir (Treasure ve Schmidt, 2013).

AN kısıtlayıcı alt tipi tanısı alan hastalar, genellikle obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve kaçınan kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılarken (Herzog, Keller, Sacks, Yeh ve Lavori, 1992), AN tıkanırcasına yeme-çıkarma alt tipinde ise sınır kişilik bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu örüntüleri gözlenmektedir (Sansone ve Levitt, 2005).

AN hastaları ile yapılan başka bir çalışmada, Beş Faktör Kuramı'na göre kişilik profilleri incelenmiştir (Levallius, Clinton, Bäckström ve Norring, 2015). Genellikle

yaygın olumsuz duygulanım ve kırılganlık özellikleri ile tanımlanan hastaların neşe, sıcaklık ve sevgi gibi olumlu duyguları oldukça az deneyimledikleri görülmüştür. Hastalar yaşam zorlukları ile başa çıkma kapasitelerinden emin olamadıklarını ve diğer insanların güvenilir olması ile ilgili şüphe duyduklarını bildirmiştir. Toplumsal durumlardan kaçınma eğilimleri ve duygulara, yeni fikir ve deneyimleri keşfetmeye daha az açık olmaları göze çarpan bir başka önemli bulgu olmuştur.

Yeme bozukluklarında yaygın olduğu bilinen tedavi direnci, psikopatolojinin çoğunlukla benliğe uyumlu ve kronik olması ile ilişkili görünmektedir (Fairburn ve Beglin, 1994; Vitousek ve Manke, 1994). Tedaviyi zorlaştıran faktörler arasında ise disosiyasyon, mükemmeliyetçilik, kompulsif eğilimler ve katı kişilik özellikleri olduğu bildirilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003; Lawson, Waller ve Lockwood, 2007; Waller, 1997; Simpson, Morrow, van Vreeswijk ve Reid, 2010). Bu bağlamda, AN'yi ele alırken kişilik örüntüleri ile ilişkisini göz önünde bulundurmak önemli görünmektedir.

## **1.2. ANOREKSİYA NERVOZA VE ERGENLİK**

AN genellikle ergenliğin ortalarında; sıklıkla 15-18 yaşları arasında kısıtlı diyetlerle başlamaktadır (Fairburn ve Harrison, 2003). Yeme bozukluklarının ergenlik döneminde büyümesini henüz tamamlamamış vücuttaki bütün sistemler üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bildirilmektedir (Pehlivan Türk Kızılkın ve Derman, 2017). Kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, renal, metabolik, hematolojik ve nöropsikiyatrik birçok komplikasyon ortaya çıkmakta, bu komplikasyonların çoğu beslenmenin tekrar sağlanması ve yeme bozukluğunun tedavisi ile düzelmekte, bir kısmı ise geri dönüşümsüz hasar bırakabilmektedir (Mehler, Krantz ve Sachs, 2015). AN'li ergenler, AN'nin bazen geri dönüşümsüz olabilen kemik mineral dansitesi ve kemik mikro yapısında değişiklikler ile lineer büyüme ve beyin gelişimi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle medikal komplikasyonlar açısından özellikle risk altında bulunmaktadır (Düzçeker ve Kanbur, 2017).

Ergenlerde yeme bozukluğu başlangıcı için risk faktörlerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Yüksek beden kütle indeksi, kendini fazla kilolu algılama, düşük benlik saygısı, ailenin ekonomik zorluk yaşaması, ihmal edilmiş olma, intihar girişimleri, depresif belirtiler, ebeveynlerden biri veya ikisiyle hiç yaşamamış olma yeme bozukluğu geliştirmede potansiyel ergenlik dönemi risk faktörleri arasında bulunmuştur (Stephen, Rose, Kenney, Rosselli-Navarra ve Weissman, 2014).

Yeme bozukluklarında epidemiyolojik çalışmaların yürütülmesi, yaygınlık oranlarının düşük olması ve olguların kendini gizleme eğilimlerinden dolayı geniş örneklemelere ulaşmayı gerektirmektedir (Hoek ve Van Hoeken, 2003). Bu zorluğa rağmen yapılan çalışmalar yeme bozuklukları sıklığının 1950'lerden sonra, özellikle 15-24 yaşları arasındaki kız ergenlerde artış gösterdiğini, 1970'lerin sonlarına doğru bu artışın sürdüğü aktarılmaktadır (Akdemir, 2013). Beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı, medya etkisi, kültürlerarası karşılaşmaların ve etkileşimlerin yaygınlaşması gibi unsurların bu artışta rol oynadığı düşünülmektedir (Polat ve Södan Turan, 2013). Ayrıca yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bu hastalığın en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren bozukluk olduğunu işaret etmiş, kadın erkek oranlarının 1/6-1/10 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (Gürdal Küey, 2008).

Ergenlik döneminin gelişimsel aşamalarından biri, kimlik gelişiminin tamamlanmasıdır. Bu süreçte ergenlerin temel gereksinimleri; kendilerini anlaması, bulması, değişen bedenlerinde, ruhsallıklarında, ilişkilerinde kendi kimliklerini keşfetmesidir (Güleç, 2014). Bu gereksinimlerin aksamasıyla kimlik gelişimi yolunda gitmeyen ergenlerde kimlik bütünleştirilmesinin yapılamaması, gencin işlevselliğinde ciddi bozulmaların ortaya çıkması ve psikiyatrik bir tablo ile karşılaşılması ruh sağlığı alanındaki uzmanlarca kimlik kargaşası olarak değerlendirilir (Çetin Çuhadaroğlu, 1990, 2001; Erikson, 1968; Young ve ark., 2003).

Yeme bozukluğu belirtilerinin başlangıcından önce kimlik problemlerinin olduğu birçok kuramcı tarafından öne sürülen bir görüştür. Bruch (1981), araştırmalarda yeme bozukluğu için yüksek puanlar alan ergenlerin özellikle uyum bozucu bir kimlik arayışı sürecine eğilimli olduğunu söylemiştir. Vücut ağırlığı oldukça kontrol

edilebilir olduğu ve sosyokültürel olarak değer gördüğü için, bu ergenler incelik arayışıyla bedenlerini bireyselleşme gereksinimini temsil eden uygunsuz bir öz tanım kaynağı olarak kullanabilirler (Bruch, 1981; Casper, 1983). Yeme bozukluğu olan hastaların gıda alımını kontrol ederek vücudu düzenlenmesi kendi kimliğini düzenleme çabası olarak da ele alınmaktadır (Schupak-Neuberg ve Nemeroff, 1993; Verschueren ve ark., 2018). Son zamanlarda yapılan bir araştırmanın bulguları, bu bilgileri bir kez daha doğrulamıştır. Verschueren ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, yeme bozukluğu belirtileri ile kimlik oluşumu arasında iki yönlü bir etkileşimin olduğu görülmüştür. Kimlik kargaşası, bedeninden memnuniyetsizlik ve yeme bozukluğu belirtiler için yatkınlığı arttırmakta, kimlik bütünlüğü ise zayıf olma isteğine karşı koruyucu görünmektedir.

Kısıtlayıcı yemenin, kişinin deneyimlerine anlam katmanın ve kimliğini tanımlamanın bir yolu olduğu öne sürülmüştür (Serpell, Treasure, Teasdale ve Sullivan, 1999; Weaver, Wuest ve Ciliska, 2005). Tüm güçlü (omnipotent) anoreksik kimliğin umutsuzluk, boşluk ve kendinden nefret etmenin güç kazanma ve “mükemmellik” ile maskelenmesi olduğu düşüncesi uzun zaman önce ortaya atılan görüşlerden biridir (Bruch, 1979; Levenkron, 1983). Başka bir deyişle, AN kimliği zayıflığa ulaşma yolu ile öz saygı ve sosyal onay kazanma işlevi görmekte, kişilerarası ilişkilerdeki başa çıkma yeteneklerine ilişkin kaygıları telafi etmeye çalışmaktadır.

Son dönemde yapılan nitel çalışmalar, bu görüşleri destekleyen bilgiler sunmakta ve daha etkin tedavi protokolleri oluşturabilmek için yol göstermektedir. Yirmi yeme bozukluğu hastası ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalar için esas iyileştirici deneyimin kendilerini yeme bozukluğu ile tanımladıkları AN kimliğinden uzaklaşarak daha otantik ve karmaşık bir benlik algısına doğru geçiş yapabilmeleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Escobar-Koch ve Simpson, 2017). Weaver ve arkadaşlarının (2005) yeme bozukluğu hastaları ile yaptıkları bir diğer nitel çalışmada yeme bozukluğunun iyileşme süreci; “kendini keşfetme süreci veya beni bulma”, “kendini öğrenme hakkında karmaşık bir öğrenme süreci”, “belirtileri ve yemenin sorunlu doğasını tanıma” ve “davranışsal değişime hazırlık” olarak tanımlanmıştır. Bu sonuçlar,

anoreksiya nervoza iyileşmesindeki bütünleştirici süreci “gerçek ben olmak” olarak nitelendiren Lamoureux ve Bottorff'un (2005) bulgularıyla uyumludur.

Dawson, Rhodes, Mullan, Miskovic ve Touyz (2014) AN'yi değersizleştirme ve dışsallaştırmanın iyileşmenin temel bir bileşeni olduğu görüşünü tedavi planı geliştirirken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bu bilgiler ışığında, hastanın yaşamında AN'den bağımsız daha geniş bireysel bir alan oluşturmaya ve farklı bir kimlik yaratmasına katkı sağlayacak biçimde yeme bozukluğundan uzaklaşarak odağını değiştirmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

### **1.3. ŞEMA TERAPİ İLE ANOREKSİYA NERVOZANIN İNCELENMESİ**

Var olan tedavilerin yeme bozukluğu tedavisinde hayal kırıklığına uğratan sonuçları olduğu ve hiçbir tedavi modelinin açık bir üstünlük ortaya koymadığını gösteren gözden geçirme çalışmaları bulunmaktadır (Hay, Claudino, Touyz ve Abd Elbaky, 2015). Geline nokta, yüksek eş tanı oranları ile belirli kişilik özelliklerinin yaygınlığı göz önüne alınarak, yeme bozukluğunun altında yatan daha derin düzeydeki inanç sistemlerinin anlaşılması önemli görünmektedir. Kronik ve katı şema düzeyinde inançları olan hastaların Bilişsel Davranışçı Terapiye (BDT) cevap verme eğiliminde olmadığı ve daha yoğun tedaviler gerektirebileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Fairburn ve arkadaşlarının (2003) önerdiği “Tanılar Arası Model”, patolojiyi katı inanç sistemleri ile ele alsa da ağırlıklı olarak sürdürücü faktörlere odaklandığı ve temel şema düzeyinde temsil ve davranışların başlangıçtaki kökenlerine daha az önem verdiği için eleştirilmektedir (Simpson ve ark., 2010). Bu görüşlerden yola çıkarak, şimdi ve burada bakış açısıyla uygulanan klasik BDT modeline cevap vermeyecek düzeydeki yeme bozukluklarının özelliklerini ele almak için özellikle erken dönem yaşantıların rolünü ele alan ve bu altında yatan yapıları koruyan başa çıkma mekanizmalarını gözden kaçırmayacak daha sofistike modellerin etkin olabileceği önerilmiştir (Simpson ve ark., 2010; Waller ve Kennerley, 2003; Glenn Waller, 1997).

Jeffrey Young (1990; Young ve ark., 2003) tarafından geliştirilen Şema Terapinin bu ihtiyaca cevap verir nitelikte olduğu düşünülmektedir. Klasik BDT'den tam olarak fayda göremeyen karmaşık kişiler arası örüntülere sahip hastalar için geliştirilen Şema Terapi, terapi sürecinde çocukluk çağı meselelerine eğilerek hastaların var olan örüntülerinin erken dönem yaşantılarındaki uygun olmayan koşulların bir sonucu olduğunu anlamalarını hedeflemektedir. Young ve arkadaşları (2003), (i) kopukluk ve reddedilme, (ii) zedelenmiş özerklik ve başarısızlık, (iii) zedelenmiş sınırlar, (iv) başkaları yönelimlilik ve (v) aşırı uyarılma ve ketlenme olmak üzere beş şema alanında toplanan 18 erken dönem uyum bozucu şema tanımlamışlardır. Bilişsel, yaşantısal, davranışsal müdahaleler ile bu uyum bozucu şemaların ve işlevsel olmayan başa çıkmaların hasta tarafından fark edilmesi hedeflenirken, “sınırlı yeniden ebeveynlik” ve “empatik yüzleştirme” ile kavramsallaştırılan terapötik ilişkinin hasta için düzeltici duygusal bir deneyim olması beklenmektedir.

İlk olarak kişilik bozuklukları için geliştirilen Şema Terapi kuramının zaman içinde farklı psikopatolojilerle de çalışılabileceği araştırmalarla desteklenmiştir (Shah ve Waller, 2000; Thimm, 2010; Waller, Kennerly ve Ohanian, 2007). Bu gelişmeler ile birlikte kuram, şema modlarının da tanımlanması ile şema mod modelinin gelişimine ve genişlemesine açık bir noktadadır (Arntz ve Jacob, 2016; Bernstein, Arntz ve De Vos, 2007; Lobbstaël, Arntz ve Bernstein, 2010).

Bir şema modu, ilgili şema ile ilişkili olan o andaki duygusal durumu tanımlamaktadır (Arntz ve Jacob, 2016). (i) Çocuk Modları, (ii) İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları, (iii) İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Yolları ve (iv) Sağlıklı Modlar olmak üzere dört ana başlık altında tanımlanan modların çok sayıda değişik şeması veya yoğun şema modları olan hastalar için daha kolay bir kavramsallaştırma sunduğu düşünülmektedir. Şema Terapi ile tedavi sürecinde, hasta şema ve modlar ile tanıştırılır ve işlevsel olmayan ebeveyn modları ile işlevsel olmayan başa çıkma yollarının farkına varması sağlanır. Hastanın sorunları, belirtileri, etkileşim örüntüleri şema mod modeli çerçevesinde ele alınır ve erken dönemde karşılanmamış gereksinimleri arasındaki ilişki kurularak hasta ve terapistin ortak katkısıyla formülasyon oluşturulur. Temel hedef, sağlıklı modlara güç kazandırarak hastanın işlev bozucu şema ve modlarını durdurmak



veya bunların şiddetini azaltmak; bunların yerine daha işlevsel başa çıkma yolları oluşturulmasını sağlamaktır.

Şema Terapi, yakın zamanda Munro, Randell ve Lawrie (2017) AN alanyazını kapsamlı biçimde gözden geçirerek önerdikleri bütünleştirici biyopsikososyal modelinde de yer almıştır. Sözü edilen çalışmada, şimdiye kadar önerilen modellerin ve tedavi yöntemlerinin istenilen sonucu veremeyişi ele alınmış, daha çok klinik doğurgulara ve tedaviye odaklanılarak yeni bir model tanımlanmıştır. Bu modelde AN'yi sürdüren ve tedavi direncine yol açan 8 faktör üzerinde durulmuştur: Genetik veya deneyime bağlı yatkınlaştırıcı faktörler, işlevsel olmayan duyguları işleme ve düzenleme sistemleri, aşırı kırılabilir duygular, "korkulan benlik" inançları, uyum bozucu fizyolojik bir duygu düzenleme mekanizması olarak aç kalma, uyum bozucu psikolojik başa çıkma modları; uyum bozucu sosyal davranışlar ve karşılanmamış fiziksel ve psikolojik temel gereksinimler. Araştırmacılar, tüm bu faktörlerin ele alınmasında ve etkin biçimde çalışılmasında evrensel fiziksel ve psikolojik temel gereksinimler kavramının AN için temel bir bütünleştirici çerçeve sağlayabileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda tedaviye dirençli hastalar için etkililiği görülen ve ana fikri insani gereksinimlere odaklanmak olan Şema Terapinin bu ihtiyaca yanıt verebileceğini düşünmektedirler (Munro ve ark., 2017). Şema Terapinin temel gereksinimlerini gözden geçirerek AN için yeni bir çerçeve sunan araştırmacılar, psikoterapi sürecinde ikiye ayırdıkları psikolojik ve fiziksel temel gereksinimlerin tıpkı diğer psikolojik sıkıntılarda olduğu gibi AN süreçlerinde gözetilmesi gerektiğinin altını çizmişlerdir (Munro ve ark., 2014, 2017). Tablo 1'de AN için gözden geçirilmiş temel gereksinimlere yer verilmiştir.

Munro ve arkadaşları (2017) temel gereksinimleri psikolojik ve fiziksel olmak üzere AN psikopatolojisi için detaylandırarak tedavi planında bu temel gereksinimlerin karşılanmasına yönelik önerilerde bulunmuşlardır. Bu bakış açısı, Şema Terapinin kuramsal ardalıyla ve psikoterapi uygulamalarıyla birebir uyumludur (Young, 1990; Young ve ark, 2003).

**Tablo 1.** Anoreksiya Nervoza için Temel Gereksinimler

<b>Psikolojik Temel Gereksinimler</b>	<b>Fiziksel Temel Gereksinimler</b>
Duygusal Güvenlik: Yeterince güvenli (secure) ve emniyette (safe) hissetme ihtiyacı	Fiziksel Güvenlik: Yeterince güvende ve fiziksel zarardan korunmuş hissetmek
Kontrol ve Yeterlik: Diğerleri ve kendi açısından yeterince kontrolü elinde hissetme ihtiyacı	Aktivite: Yeterince aktivite ve hareket ihtiyacı
Bakım: Diğerleri ve kendi tarafından yeterince sevilme ve bakım almak	Beslenme: Yeterince sıvı ve gıda alımı
Kabul: Diğerleri ve kendi tarafından hem güçlü yanları hem de hata yapma payı için yeterince kabul edilmiş hissetmek	Dinlenme: Yeterince dinlenme ve uyuma

Şema Terapinin yeme bozukluklarının tedavisi için etkin olabileceğini düşündüren özelliklerinden bir diğerinin terapötik ilişkinin terapi süreci içerisinde değişime yönelik bir araç olarak kullanmasıdır. “Sınırlı Yeniden Ebeveynlik” ve “Empatik Yüzleştirme” teknikleri yaklaşımlarıyla hastanın erken dönemde karşılanamayan gereksinimlerini terapi ortamında sunan terapist, hastaya erken dönem uyum bozucu şemalarını tanımasında “empatik yüzleştirme” yapmakta, bunun yanında “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaparak işlevsel başa çıkma yollarını içselleştirmesine yardımcı olmaktadır. Kontrolü elinden bırakmak istemeyen ve çoğu zaman tedaviye direnç gösteren AN hastalarının, kendilerinde olan biteni keşfetmeleri yönünde merak ve motivasyonlarının artmasında, hastalıkları ve kendileriyle ilgili içgörü geliştirmelerinde Şema Terapinin etkili ve hasta için düzeltici bir duygusal deneyim olması beklenmektedir. Anoreksiya Nervoza hastalığının tedavisinin zor olduğu bilinmektedir. Araştırmacılar, AN terapilerinde görülen yüksek düzeydeki psikoterapiyi yarıda bırakma oranlarının zor hastalara ve bundan dolayı terapötik ittifak kurmada terapistlerin yaşadığı güçlüklerle bağlamaktadır (Halmi ve ark., 2005). Bu zorluğun AN tanısı alan hastaların tedavi öncesinden gelen ve yinelenen kişiler arası ilişki sorunlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Grilo, 2002; Lilienfeld, Wonderlich, Riso, Crosby ve Mitchell, 2006). Kişilik bozuklukları zayıf hasta-terapist ittifakı, yüksek psikoterapiyi yarıda bırakma oranları ve AN terapilerindeki diğer olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmaktadır (Crane, Roberts ve Treasure, 2007; Thompson-Brenner, Eddy, Satir, Boisseau ve Westen, 2008; Van der Ham, Van Strien ve Van Engeland, 1998).

Yeme bozuklukları ile kişilik bozukluklarının birlikte görülme oranı göz önünde bulundurulduğunda, kişilik örüntülerinin etkin bir biçimde ele alındığı Şema Terapinin yeme bozukluğunda da etkin bir tedavi yöntemi olabileceği değerlendirilmektedir. Şema Terapi kuramı çerçevesinde yeme bozukluğunun incelendiği çalışmalar, kuramın psikopatolojinin farklı yönleri kavramsallaştırmaya olanak tanıdığını göstermektedir. Yeme bozuklarının kısıtlayıcı tiplerinde şema telafisini destekleyen birçok klinik gözlem ve araştırma bulguları bulunmaktadır (Luck, Waller, Meyer, Ussher ve Lacey, 2005). Daha önce de bahsedildiği gibi, anoreksik hastalara ilişkin ortak bir klinik gözlem bu hastaların, altta yatan yetersizlik ve başarısızlık inançlarına rağmen sıklıkla inatçı, üstün başarılı ve mükemmeliyetçi olduklarıdır (Brewerton, Hand ve Bishop, 1993; Bruch, 1979). Anoreksik hastalarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler, diyet kısıtlamasının algılanan yetersizliği telafi etmek için kullanılan bir davranış olduğunu göstermektedir (Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999). Aynı zamanda duygulanımdan kaçınmanın da AN'nin bir özelliği olduğuna dair bulgular vardır. Anoreksik hastalara ilişkin başka bir ortak bir gözlem, bu hastaların duygusal olarak aşırı kontrollü olmaları ve en az biçimde duygu ifadesi göstermeleridir (Casper, Hedeker ve Mcclough, 1992; Geller, Cockell, Hewitt, Goldner ve Flett, 2000). Ayrıca, anoreksik hastalar, diyet kısıtlaması ve açlığın duygu deneyimlemeyi en az düzeye indirmesinin kendilerinde olumlu bir etki oluşturduğunu bildirmektedirler (Luck, Waller, Meyer, Ussher ve Lacey, 2005).

Beden imgesine yönelik kaygıların kişisel standartlar ve değerlendirilmeye yönelik mükemmeliyetçilikle ve beş şema alanının tümü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Boone, Braet, Vandereycken ve Claes, 2013). Yeme bozukluğu olan kişilerin sağlıklı örneklem ile karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, yeme bozukluğu grubunun uyumsuz modların neredeyse tamamında anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı, bunun yanında anoreksiya nervoza tanılı grubun "Doğal Çocuk" ve "Sağlıklı Yetişkin" modları gibi işlevsel modlarının da anlamlı derecede düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Talbot, Smith, Tomkins, Brockman ve Simpson, 2015).

Hastalar tarafından “anoreksik iç sesin” aktarıldığını derleyen bir gözden geçirme çalışmasında, bu sesin tedaviye dirençleri ve relapsları açıklayacak kadar güçlü bir unsur olduğunun altı çizilmiştir (Pugh, 2016). Kiloya, bedene, kişinin tüm benliğine saldırı sayılabilecek derecede eleştirel ve cezalandırıcı olan bu iç sesin Şema Terapinin işlevsel olmayan ebeveyn modları ile yapmış olduğu kavramsallaştırmaya ne kadar benzediği dikkat çekmektedir (Arntz ve Jacob, 2016).

Tam bu noktada, mod ayrıştırmasının kimliğini anoreksik başa çıkma modları ile tanımlayan hastayı basite indirgenmiş bu algıdan uzaklaştırarak çok daha karmaşık ve otantik bir benlik algısı geliştirmeye yönelttiğini; bu mod ayrıştırmasının yeniden sağlıklı bütünlüğü olan bir kimlik kazanımında etkili olabileceğini bildiren çalışmaları hatırlamakta fayda görülmektedir (Cruzat-Mandich ve ark., 2017; Edwards, 2017).

### **1.3.1. Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerde Şema Terapi**

AN'nin sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkışı, daha dikkatli bir biçimde bu dönemin kendine özgü özelliklerini göz önünde bulundurarak bir tedavi planı oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır.

Başlangıçta yetişkinler için geliştirilmiş olsa da Şema Terapi son yıllarda çocuk ve ergenlerde de çalışılmaya başlanmıştır (Malogiannis ve ark., 2014; Muris, 2006; Rijkeboer ve de Boo, 2010; Stallard, 2007; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel ve Bögels, 2010). Şema terapinin çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmaları, hem hali hazırda yaşanan sorunlar için bir müdahale hem de uzun vadede gelişebilecek birçok psikopatoloji için bir önleme programı olarak ele alınmaktadır.

Ergenlik döneminde ortaya çıkan psikopatolojileri bu bağlamda ele almanın kişilikte de kalıcı ve uyum bozucu örüntüler yerleşmesinden hemen önce müdahale fırsatı verdiği düşünülebilir. Şema Terapinin yeme bozuklukları için de tedavi etkililiğini arttıracak ve geriye dönüşleri azaltacak daha sofistike bir tedavi

aracı olduğu konusunda görüşler ve destekleyici çalışmalar bulunmaktadır (George, Thornton, Touyz, Waller ve Beumont, 2004; Leung ve ark., 2000; Simpson ve ark., 2010).

Yaşları 13 ile 19 arasında değişen 36 Anoreksiya Nervoza tanısı almış kız ergen hasta grubu ile yapılan bir araştırmada, bu hastalarda “sosyal izolasyon” ve “duyguları bastırma” şemalarının yüksek düzeyde görüldüğü bildirilmiştir (Damiano, Reece, Reid, Atkins ve Patton, 2015). *Sosyal izolasyon şeması*, hastaların herhangi bir gruba veya topluluğa ait olmadıklarını veya uymadıklarını hissettiren bir şema olarak ele alınmaktadır (Young ve ark., 2003). Bu bulgu, anoreksiya nervoza tanısı alan hastaların yemek yeme, kilo ve bedenleriyle ilgili kaygılarının artmasıyla ailelerinden ve arkadaşlarından giderek uzaklaşma eğiliminde olmalarıyla uyumlu görünmektedir (Bruch, 1979; Fairburn ve Harrison, 2003; Garner ve Garfinkel, 1982). *Duyguları bastırma şemasının* yüksek düzeyde olduğu bildirilen hastaların oldukça rasyonel oldukları, eleştirilmekten kaçınmak veya dürtülerinin kontrolünü kaybetmemek için duygulara izin vermekte zorlandıkları ve spontan davranmadıkları bilinmektedir (Young ve ark., 2003). Bu bağlamda, duyguları bastırma şemasının AN hastalarında gözlenmesi, bu hastalığın sıklıkla kontrol ve duygusal kısıtlama ile ilgili olduğunu gösteren önceki araştırmalarla tutarlı bulunmuştur (Damiano ve ark., 2015; Pryor ve Wiederman, 1996; Wonderlich ve ark., 2005).

Çocuk ve ergenler için Şema Terapinin klinik uygulamalarına yönelik Loose, Graaf ve Zarbock'ın (2018) çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Şema Terapi müdahalelerini çocuk ve ergenlere göre uyarlayan ve geliştiren ekip, özellikle ergenler için verdikleri klinik önerilerde, psikoterapi sürecinde özerklik kazanma ve öz belirleme gibi gelişimsel döneme ilişkin görev ve konuların atlanmaması, erişkin psikoterapilerinde olduğu gibi temel gereksinimlerin karşılanmasının gözetilmesi ve anne-baba-çocuk arasındaki dengelere dikkat edilmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

#### 1.4. PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Psikoterapi araştırmaları tarihçesine bakıldığında, Eysenck'in (1952) "Psikoterapi etkisizdir." görüşü ile başlattığı tartışmadan itibaren birçok etkinlik çalışması yapıldığı ve yöntemsel olarak güçlü seçkisizleştirilmiş klinik çalışmaların öncelikli olarak tercih edildiği görülmektedir. Pachankis ve Goldfried (2007) psikoterapilerin etkililiğini ortaya koyma amacına hizmet etse de, bu seçkisizleştirilmiş klinik çalışmaların ön ve son ölçüme dayanmasıyla değişimin biçimi ile aracı ve düzenleyici değişkenleri ortaya koymada yetersiz kaldığını ve bu nedenle edinilen sonuçların klinisyenler için çoğunlukla faydalı olmadığını belirtmiştir.

Tarihsel olarak, vaka çalışmaları psikoterapi pratiğindeki yeniliklere önemli ölçüde katkıda bulunmuş olsa da; bu çalışmalardaki kuramsal altyapı, amaçlar, veri toplama ve analitik süreçlerdeki geniş farklılıklardan dolayı geri planda kalmıştır (Edwards, Dattilio ve Bromley, 2004; Hilliard, 1993). Bununla birlikte, son zamanlarda klinik kuramların klinisyenlerin vakalardan edindikleri gözlemlerle geliştiğinin tekrar hatırlanması; bu gözlemleri "bilimsel çalışmalar öncesi yapılan ve resmi olmayan bir hazırlık" gibi görmek yerine araştırma süreçlerinin bir parçası haline getirmenin önemli olduğu görüşü ön plana çıkmaktadır (Edwards, 2017). Vaka çalışmalarına olan ilginin yeniden ortaya çıkması, yenilikçi vaka çalışması yöntemlerinin gelişimine de yol açmıştır (Robert Elliott, 2002; John McLeod, 2002; Miller, 2004; Stiles, 2007).

Alanyazındaki vaka çalışmaları incelendiğinde üç tür vaka çalışması olduğu görülmektedir (Iwakabe ve Gazzola, 2009). Bunlardan ilki terapistlerin takip ettikleri psikoterapi sürecini kendi yorumlarıyla öyküleyici bir biçimde aktarmasıdır. Bu çalışmalar, birçok kuramın gelişimini başlatan ve çok önemli katkılar sağlayan çalışmalar olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan, sistematik ve güvenilir yöntemlerle bilgi toplanmaması ve raporlanmaması, sonuçlara gölge düşürmekte, nitel araştırmalar için gerekli yöntemsel ardalanın ihmal edilmesiyle mantıksal hataların oluşumuna neden olmaktadır (Flyvbjerg, 2006; Messer, 2014).

Bir diğerk vaka çalışması yöntemi, genellikle tek denekli araştırmalar olarak adlandırılır ve standart bir test veya davranış değerlendirmesinin düzenli olarak uygulanmasıyla yürütülür, tedaviye başlamadan önce ve sonrasında alınan ölçümler ile değişimler değerlendirilir (Kazdin, 1982). Tek denekli deney desenleri, belirli müdahalelerden hemen sonra ortaya çıkan davranış oranlarındaki artış veya azalma gibi ölçülebilir katılımcı yanıtları açısında etkilidir; ancak ortaya çıkması için daha fazla zaman gerektiren daha karmaşık örüntülere ilişkin veri sağlamada uygun bulunmamaktadır (Safran, Greenberg ve Rice, 1988).

Üçüncü ve gelinen noktada önerilen yöntem ise Doğal/Sistemik Vaka Çalışmalarıdır. Daha önce aktarılan vaka çalışmaları türlerindeki yöntemsel sınırlılıklardan yola çıkarak iki önemli öneride bulunmaktadır. Ölçekler, terapist ve gözlemci puanlamaları, katılımcı görüşmeleri gibi çok sayıda kaynaktan veri toplamanın yanında zengin ve ayrıntılı vaka özetleri sunmak ve süreci nitel ve nicel verilerle destekleyerek aktarmak temel bir öneri olarak vurgulanmaktadır (Robert Elliott, 2002; Iwakabe ve Gazzola, 2009; Kazdin, 2008). Bunun yanında, tek bir klinisyenin gözlemi yerine bir araştırma ekibinin eldeki verileri gözden geçirmesi ve bir görüş birliği oluşana kadar üzerinde çalışılması da önerilmektedir (McLeod, 2002).

Bu öneriler doğrutusunda gerçekleştirilecek vaka çalışmaları ile klinik bilgi birikiminin ilerleyeceği düşünölmekte, değişim mekanizmalarının neden ve nasıl gerçekleştiğine dair sürecin kapsamlı biçimde ortaya konabileceği değerlendirilmektedir. Alanyazında bu tür vaka çalışmalarından gelecek bilgilerin sistematik biçimde sentezlenmesi için bir takım öneriler derlenmekte, zaman içinde yöntemsel olarak araştırmacılar arasında ortak ölçütlerin geliştirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Fishman, 2005).

## 1.5. ÇALIŞMANIN AMACI

Psikoterapi araştırmaları ile uygulamalar arasında kalan boşluğu doldurabilmek ve psikoterapinin etkililiğini ortaya koymanın bir adım ötesine giderek psikoterapinin yol açtığı değişimin mekanizmalarını incelemeye olanak tanıyacak unsurları Kazdin (2008), (1) Terapötik değişimin işleyişlerinin çalışılması, (2) Değişimde etkili olan düzenleyici değişkenlerin çalışılması ve (3) Nitel veri analizinin kullanılması olarak belirlemiştir. Bu çalışmada, bu önerilere paralel olarak,

- 1) Sistematik, niceliksel veriler elde edilmesi
- 2) Zaman içinde gerçekleşen değişimin çoklu olarak değerlendirilmesi
- 3) Birden fazla vaka ile çalışılması
- 4) Kronik sorunlardaki değişimlerin incelenmesi
- 5) Müdahale sonrası hemen oluşan ya da fark edilen etkilere bakılması ile nitel analiz yöntemleri bir araya getirilerek araştırma sonucunda çok daha zengin içeriklerin oluşturulması hedeflenmiştir.

Bu bilgiler ışığında, AN tanısı alan ergen hastaların Şema Terapi süreçleri araştırılmıştır. Çalışmada çoğunlukla nitel veri analizi teknikleri kullanılacağından hipotez oluşturulmamış; aşağıdaki sorulara yanıt aranması hedeflenmiştir. Buna göre;

- 1) Terapi sonunda hastaların yeme bozukluğu belirtilerinde ve kişilik örüntülerinde değişim oldu mu?
- 2) Hastaların değişiminde terapi bir rol oynadı mı?
- 3) Terapinin hangi süreçleri değişim sağladı?
- 4) Terapi dışında değişime yol açan başka unsurlar oldu mu? (Terapiden bağımsız gerçekleşen yaşam olayları gibi)
- 5) Hastaların değişime ilişkin yaklaşımları hangi temalarda benzerlik göstermekte ya da farklılaşmaktadır?



6) Hastalar terapi yaklaşımının hangi özelliklerinden daha çok fayda sağladıklarını düşünmektedirler?

Bu sorulara yanıt oluşturabilmek için psikoterapi süreçleri boyunca uygun ölçüm ve değerlendirme araçlarıyla niceliksel ve niteliksel veri toplanmış, bu veriler uygun yöntemlerle analiz edilmiş ve raporlanmıştır. Son olarak çalışmada elde edilen bulgular ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

## 2. BÖLÜM: YÖNTEM

Psikoterapi süreç araştırmaları kapsamında değerlendirilebilecek olan bu çalışmada, Kazdin'in (2008) önerilerine paralel olarak nicel ölçümlerin yanı sıra değişim mekanizmasını anlamaya yönelik bir dizi "Değişim Görüşmesi" gerçekleştirilerek nitel değerlendirmeler de incelemeye dahil edilmiştir. Bu yönüyle çalışma, nitel araştırma yöntemlerinin ağırlıklı olduğu; ve nicel verilerin de karma olarak kullanıldığı sistematik vaka dizileri deseni olarak kavramsallaştırılabilir.

Bu bölümde ilk olarak çalışmada yer alan katılımcılar ve işlem anlatılacak, ardından nicel ölçüm araçları ile nitel veri kaynakları tanıtılacaktır. Son olarak yöntembilimsel bağlam ve analiz aşamaları anlatılacaktır.

### 2.1. KATILIMCILAR

Bu alışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı'na başvuran, kendisi ve ebeveyninden onam alınan 14-16 yaş aralığındaki 5 kız hasta ile yürütülmüştür.

İlk olarak, çalışmada yer alan 5 hastanın araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılaması gözetilmiştir. Araştırmaya dahil olma ölçütleri (i) hastanın Anoreksiya Nervoza tanısı alması, (ii) 14-17 yaş aralığında olması, (iii) pubertesinin başlamış olması, (iv) intihar planı ve girişimi olmaması, (v) zihinsel yetersizlik ya da şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanılarından birini almış olmaması ve (vi) kendisinin ve ebeveyninin araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması olarak belirlenmiştir.

Dışlama ölçütleri ise (i) hastanın fiziksel sağlık durumunun ayaktan tedaviye uygun olmayacak derecede kötüleşmiş olması, (ii) alışmada kullanılan ölçeklerde sorulan soruları anlamada ve doldurmada bilişsel olarak zorluk çekiyor

olması , (iii) zihinsel yetersizlik ya da şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanılarında birini almış olması olarak belirlenmiştir.

Bu ölçütler göz önünde bulundurularak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda çalışan ve bu alanda uzmanlaşan Pediatristler tarafından fiziksel muayene ve incelemeleri tamamlanan hastalar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda görev alan Psikiyatri Uzmanları tarafından da değerlendirilmiş ve ruhsal muayeneleri gerçekleştirilmiştir. Çalışma için gerekli ölçütleri karşılayan hastalar ile psikoterapi süreçlerine ve aynı zamanda veri toplama işlemine başlanmıştır.

Hastalar ve anne babaları ile yapılan ilk görüşmelerde, hastaya ve aile üyelerine yönelik sosyodemografik bilgiler öğrenilmiş, bunun yanında hastanın gelişimsel öyküsü ile hastalığın başlangıcı ve seyri ele alınmıştır. Çalışmanın bu ve bundan sonraki bölümlerinde, hastaların anonimliğini riske sokacak birtakım sosyal ve demografik bilgiler değiştirilerek aktarılmıştır. Hastaların detaylı vaka formülasyonları bulgular bölümünde yer aldığından, burada hastalar demografik bilgileri ile yeme bozukluğu tanısı alma süreçleri çerçevesinde tanıtılmışlardır.

### **HASTA 1:**

Gülce, 16 yaşında 11. sınıf öğrencisidir. Üç çocuklu bir ailenin ortanca çocuğudur. Annesi ev hanımı, babası apartman görevlisi olarak çalışmaktadır. Anne ve babası ilkokul mezunudur. Kendisinden dört yaş büyük ablası şehir dışında bir üniversitede birinci sınıf öğrencisi, altı yaş küçük olan erkek kardeşi ise beşinci sınıf öğrencisidir. Hastanın şikayetleri Ergen Sağlığı Polikliniğine başvurmadan dört ay önce başlamış, hasta yemek yemeyi kısıtlamış, on kiloya yakın kilo vermesine rağmen kendisini olduğundan daha fazla kiloda algılaması ve beden memnuniyetsizliği devam etmiştir. O dönemki televizyon dizilerindeki zayıf oyuncularından etkilendiğini belirtmiş olsa da aslında bu hassasiyetinin yıllar öncesine dayandığını ifade etmiştir. Köylerinde kilolu olan bir akrabasıyla tüm ailenin dalga geçmesi, bunun üzerine her hafta ziyarete gittikleri amcasının bir gün "Sen de çok kilo aldın, çok yiyorsun" sözleriyle birleşmesiyle hastanın yemek

yeme ile ilişkisi değişmeye başlamıştır. Erkek kardeşinin onun bu hassasiyetini farkederek kendisini kızdırmak için “şişko” diyerek üzerine gitmesi, hastayı iyice tetiklemiş ve onu giderek daha çok bozulan yeme örüntüsünün içine çekmiştir. Bunun yanında hasta kalabalık ve yeni ortamlarda kendisini rahatsız hissettiğini, heyecanlandığı için konuşmakta zorlandığını aktarmıştır. Haftada birkaç kez ağlamakta, kendini umutsuz ve mutsuz hissettiğinde zaman zaman bu duygulardan kurtulmak için kollarını ve bacaklarını çizerek kendine zarar vermektedir.

## **HASTA 2:**

Sudenaz, 16 yaşında 11.sınıf öğrencisidir. Kendisinden altı yaş büyük ablası, anne ve babasıyla birlikte yaşamaktadır. Annesi ev hanımı, babası emekli askerdir. Ablası Ankara'daki başarı sıralaması yüksek olan üniversitelerden birinde Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencisidir.

Hastanın kilo alma kaygısı ile yemek yemeyi kısıtlama şikayetleri liseye geçtiği yıl başlamıştır. O yıl istediği liseyi kazanamamış, kendisinin ve ailesinin beklentilerinin çok altında bir başarı elde etmiştir. Kendisini başarısız hissettiği bu dönemde, bazı akraba ve komşularının “ablanı geçtin kiloda, ablan ise çok zayıf kaldı” biçimindeki kıyaslamalarına maruz kalmanın yanında babasından “ne kadar çok yiyorsun, ağzın hiç durmuyor” gibi yemek yemesine yönelik eleştiriler duymaya başlamış; bunun üzerine hasta yemek yemeyi katı biçimde kısıtlamaya başlamıştır. İzlediği bir dizide bir karakterin kusarak kendini zayıflatmaya çalışmasından da etkilendiğini belirtmiş, kendisinin kusmayı başaramadığı için sadece kısıtlama yoluna gittiğini anlatmıştır.

Genel olarak kendisini kaygılı, heyecanlı ve çekingen biri olarak tanımlayan hasta akademik başarısına neredeyse her şeyden daha çok önem vermekte, yüksek bir çalışma temposu ile üniversite sınavına hazırlanmaktadır. Yoğun bir sınav kaygısı yaşamakta, otorite figürü olarak görebileceği müdür, öğretmen, doktor gibi kişilerle ilişkilerinde çok zorlanmakta, onların karşısında boyun eğici bir hal

aldığını belirtmektedir. Yeme bozukluğu ile birlikte bu sorunlar hastanın genel işlevselliğini düşürmektedir.

### **HASTA 3:**

Pınar, 15 yaşında 9.sınıf öğrencisidir. Annesi, babası ve kendisinden 5 yaş küçük kız kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. Annesi ev hanımı, babası esnaftır, her ikisi de lise mezunudur. Hastanın bir buçuk yıl önce, sekizinci sınıfa geçtiği yaz, ramazan ayında istemsizce verdiği 5 kilonun ardından bu halinin hoşuna gittiğini farketmesiyle kilosuna yönelik hassasiyeti başlamıştır. Nitekim sonrasında bu verdiği kiloları geri aldığını farketmiş, bunun üzerine katı bir diyet uygulamaya başlamış ve böylece yeme örüntüsü bozulmaya başlamıştır. Hızla kilo kaybetmeye başlamış, yaklaşık altı ay sonra bir ay süreyle hastaneye yatmış, o dönem aldığı medikal ve psikiyatrik tedaviden faydalanmıştır. Ancak liseye başlamasıyla birlikte kilo alma korkusu yeniden başlamış, katı diyet uygulaması ve kendisinin oluşturduğu çok yoğun spor programına geri dönmüştür.

Hastanın son dönemde de kısıtlayıcı yemek yeme ve aşırı düzeyde spor yapma ile ilgili katı kurallar uyguladığı anlaşılmıştır. Kahvaltı ve akşam yemeği olmak üzere günde iki öğün beslenmekte, bu öğünleri de kalori açısından sınırlamaktadır. Sabah 8'den akşam 17'ye kadar okulda hiçbir şey yememekte, eve gelince yemekten sonra kendisine ödev olarak belirlediği spor programını uygulamakta ve ardından yine benzer bir disiplinle ders çalışmaktadır.

Hastanın yalnızca kilosuna değil, göz rengi, saç modeli gibi konularda da dış görünüşüne fazlaca önem veren ve beden imgesi ile barışık olmayan hali ile kişiler arası ilişkilerde duygu ve düşüncelerini ifade edemeyen boyun eğici örüntüsü hastanın şikayetçi olduğu diğer sorunlar arasındadır.

**HASTA 4:**

Gökçe, 16 yaşında, 11.sınıf öğrencisidir. Annesi, babası, kendisinden 7 ve 8 yaş küçük iki kardeşi ve halası ile birlikte yaşamaktadır. Anne ve babası lise mezunudur, her ikisi de serbest meslek ile uğraşmaktadır. Hasta, hayatının hiçbir döneminde kilosunun çok fazla olmadığını belirtmektedir. Sekizinci sınıfı bitirdiği yaz, diş tedavisi gördüğü dönemde istemsizce kilo vermesinin çevresindekiler tarafından oldukça fazla takdir edilmesi hoşuna gitmiş ve “Kiloma daha çok dikkat etmeliyim.” gibi bir düşüncenin oluşmasına yol açmıştır. İlk başlarda, çok su içmek ve hiç abur cubur tüketmeme üzerine aldığı karar gitgide katılaşmış ve yeme düzeni çok kısıtlayıcı bir diyeteye dönüşmüştür. O dönemde annesi hastanın kilo kaybedişini sınav stresine bağlamışsa da, bir zaman sonra aslında yemeyi bilinçli olarak kısıtladığını farkederek Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'na başvurmuştur. Burada başlayan ilk tedavisi 9. Sınıfın sonunda adet olana kadar devam etmiştir.

Sonraki zamanlarda kilosu dönem dönem azalıp artmış, ancak hasta hiçbir zaman olması gerektiği gibi rahatça sağlıklı bir biçimde beslenebildiğini hissetmemiştir. Ailesi telefon almak için birkaç kilo almasını koşul olarak koysa da, bu gibi hedeflere ulaştıktan kısa bir süre sonra tekrar kilo kaybetmeye devam etmiştir. Onbirinci sınıfta Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'na kendi isteğiyle tekrar başvurusunun sebebi, yeniden kısıtlayıcı yeme örüntüsüne geri dönmesi, kilo kaybetmesiyle birlikte adetlerinin kesilmesi ve kendisini iyi hissetmemesidir. Nitekim yapılan değerlendirmelerde hastanın bu dönemde de Anoreksiya Nervoza tanısını karşıladığı görülmüş ve hem medikal ve psikofarmakolojik tedaviye hem de psikoterapiye başlaması uygun bulunmuştur.

**HASTA 5:**

Fatma, 15 yaşında 10. Sınıf öğrencisidir. Anne ve babası ilkokul mezunudur, annesi ev hanımı, babası inşaat işçisidir. Hasta altı çocuklu ailenin dördüncü çocuğudur. Kendisinden büyük 3 ablası vardır, evli olan ablalar aileden ayrı yaşamaktadır. Kendisinden 3 yaş küçük erkek kardeşi ve 2 yaşında bir kız kardeşi vardır. Evde annesi, babası ve iki kardeşiyle birlikte yaşamaktadır.

Hasta ve ailesi hastanın sağlığının bozulması nedeniyle yaklaşık 6 ay önce başka bir ilden Ankara'ya taşınmışlardır. Hasta, hastalığının başlangıcının aslında iki yıl öncesine dayandığını, annesinin en küçük kardeşine hamile kalmasıyla başladığını aktarmaktadır. O dönemde annesinin hamile kalmasından çok utandığını, yeni bir kardeşi istemediğini, bundan dolayı anne ve babasına çok öfkelenildiğini hatırlamaktadır. Kardeşinin doğumuyla, bu öfkenin iyice arttığını, bunun yanında hiçbir şeyden keyif almadığı, içine kapandığı bir dönem başladığını belirtmektedir. O dönem iştahının çok azaldığını, neredeyse hiçbir şey yemediğini hatırlamaktadır. Giderek daha çok kilo veren hastanın bir süre sonra beden algısının farklılaştığı, zayıf kalmayı sürdürmek istediği için yememeye başladığı anlaşılmaktadır. İştahsızlığın yerini kısıtlayıcı davranışlar almış, ailesinin ısrarına ve oldukça fazla kilo vermesine rağmen yemeyi neredeyse durduğu görülmüştür. Yapılan değerlendirmelerde Anoreksiya Nervoza tanı ölçütleri karşıladığı anlaşılmış, gerekli tedavi planı oluşturulmuş ve psikoterapiye yönlendirilmiştir.

## 2.2. İŞLEM

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınarak başlatılmıştır. Araştırmada yer alan hasta ve ebeveynlerine bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmış ve gizlilik ile ilgili bilgiler hem yazılı hem de sözlü olarak aktarılmıştır. Psikoterapi seansları Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'nde uygulanmış, her seansın başında ve sonunda ölçüm araçları yine burada doldurulmuş, seanslar büyük oranda görsel kayıt altına alınmıştır.

Çalışmanın dahil olma ölçütlerini karşılayıp karşılamadıklarının değerlendirilebilmesi amacıyla hastalara, Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği'nde "Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (K-SADS-PL-T)" uygulanmıştır (Gökler ve ark., 2004). Bu yarı yapılandırılmış görüşmeler ile DSM-IV ölçütleri kapsamında şu ana ve daha erken dönemlere yönelik bilgi toplanmış, şimdi ve daha erken dönemlerde hastaların aldıkları tanılar ortaya konmuştur.

**Tablo 2.** Çalışmaya Katılan Hastaların K-SADS-PL-T Değerlendirmesi ile Şu anda ve Geçmiş Zamanda Aldıkları Tanılar

Hasta	Yaşı	Şu anda Alınan Tanılar	Geçmiş Zamanda Alınan Tanılar
<b>Gülce</b>	16	Anoreksiya Nervoza Depresyon Sosyal Fobi	Enürezis Nokturna (5-7 yaş aralığı)
<b>Sudenaz</b>	16	Anoreksiya Nervoza Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Obsesif Kompulsif Bozukluk (10-12 yaş aralığı)
<b>Pınar</b>	15	Anoreksiya Nervoza Depresyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk (10-12 yaş aralığı) Ayrılık Anksiyetesi (9 yaş)
<b>Gökçe</b>	16	Anoreksiya Nervoza Depresyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk (11-13 yaş aralığı)
<b>Fatma</b>	15	Anoreksiya Nervoza Obsesif Kompulsif Bozukluk Özgül Fobi-Durumsal Tıp (asansör)	Depresyon (12-14 yaş aralığı)

### 2.2.1. Uygulanan Tedavi Protokolü

Anoreksiya nervoza tanısı alan tüm ergen hastalar için benimsenen yaklaşım bu çalışmanın katılımcısı olan hastalar için de geçerli olmuş, özellikle yeme bozuklukları alanında uzmanlaşan farklı meslek gruplarının bir araya geldiği bir ekip tarafından takip edilmeleri sağlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda medikal tedavileri sürdürülmüş, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda psikiyatrik tedavileri düzenlenmiştir. Tedavi süreci boyunca Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Hastanesi'nde görev yapan Uzman Diyetisyenlerin takibinde beslenme ve diyetetik düzenlemeleri yapılmıştır. Özellikle hastaneye yatış dönemlerinde ortak izlemler sıklaştırılmış ve ekip toplantıları gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma özelinde, hastaların tedavi planlarına Şema Terapi dahil edilirken, psikiyatrik muayenelerini yapan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı veya asistanları tarafından yalnızca psikofarmakolojik tedavi için takip edilmeleri planlanmıştır. Böylelikle, hastaların tedavi planlarında yer alan psikoterapinin yalnızca araştırmacı tarafından Şema Terapi ile gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.



### 2.2.2. Şema Terapi Yaklaşımı ile Psikoterapi Uygulamaları

Şema Terapi uygulamaları yaklaşık 5 yıldır Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda görev yapan ve aynı zamanda bu tez çalışmasının yazarı olan Klinik Psikolog Ece Ataman Temizel tarafından gerçekleştirilmiştir. Uluslararası Şema Terapi Birliği Onaylı Sertifikalı Şema Terapisti olarak uygulama alanında çoğunlukla şema terapi uygulamakta, şema terapinin ergenler için klinik uygulamaları konusu ile özel olarak ilgilenmekte ve bu alanda almakta olduğu eğitim ve araştırmalarını sürdürmektedir.

Bu çalışmada Şema Terapi ile yürütülen psikoterapi süreçlerinin toplam 20 seans olması planlanmıştır.<sup>1</sup> Anoreksiya nervoza tanısı alan ergenlerin bedeninden memnuniyetsizlik, duygu düzenleme zorlukları, kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları sorunlar, aile ilişkilerindeki çatışmalar gibi çeşitli alanlarda yaşadıkları zorluklar, erken dönem uyum bozucu şema ve modlar ile kavramsallaştırılarak ele alınmıştır. Hastaların genel işlevsellik düzeyinin yükselmesinin yanında, yaşamlarında daha temel ve kalıcı değişimlerin gerçekleşmesi hedeflenmiştir.

Şema terapide kullanılan yaygın müdahaleler bu psikoterapi süreçlerinde de takip edilmiştir: (i) Değerlendirme aşamasında hastanın erken dönem çocukluk yaşantıları ayrıntılı olarak ele alınmış, şema ve modlar tanımlanarak hastaya ve ebeveyne şema modeli hakkında psikoeğitim verilmiştir. (ii) Bilişsel müdahaleler aşamasında hastanın şemaların geçerliliğini sorgulamasına olanak tanınmış; şemasının dışında bir gerçeklik olduğunu ve bu gerçeklikle savaşılabileceğini fark etmesi, duygusal olarak şemanın doğruluğunu hissetse de, bilişsel düzeyde "doğru olmadığını" farkına varması hedeflenmiştir. (iii) Yaşantısal müdahalelerde, şemanın duygusal düzeyde deneyimlenmesi ve şu andaki

---

<sup>1</sup> Psikoterapi süreçleri, değişim hedeflerine ulaşabilmek için uzatılmış veya çeşitli sebeplerle (terapistin doğum iznine ayrılması, hastaların yaş sınırından dolayı Erişkin Psikiyatri bölümüne geçiş yapmaları gibi) başka tedavi süreçlerine geçişleri sağlanmıştır. Araştırma kapsamında, yürütülen psikoterapi süreçlerinin 20 seanslık kısmına odaklanılmış, bu hasta grubunun şema terapi deneyimine dair kesitsel bir bakış açısı sunulması hedeflenmiştir.

yaşamı ve çocukluk kökenleri arasındaki bağlantının kurulması hedeflenmiştir. Özellikle “boş sandalye” ve “imgeleme ile sınırlı yeniden ebeveynlik” uygulamaları ile hastaların duygusal düzeyde değişiklik yaşayabilmeleri desteklenmiştir. (iv) Davranışsal örüntü değişimi aşamasında, şema kökenli davranışların sağlıklı başa çıkma biçimleriyle yer değiştirmesi hedeflenmiştir.

Tüm bu aşamalarda “empatik yüzleştirme” ve “sınırlı yeniden ebeveynliğin” gerçekleştirilmesi gözetilmiş; nitelikli bir terapi ilişkisinin kurulması, bu ilişkinin korunması, ilişkide kırılmalar olduğunda uygun yöntemlerle ele alınarak onarılması ve bu akış içinde terapinin hastalar için bir “düzeltici duygusal deneyim” olması hedeflenmiştir.

Anoreksiya Nervosa tanısı almış hastalarda sıklıkla gözlenen “yüksek standartlar”, “kusurluluk”, “cezalandırma” gibi şemalarla birlikte oluşan “talepkar ebeveyn modu”, “cezalandırıcı ebeveyn modu”, kaçınan korungan mod” gibi içselleştirilen işlevsel olmayan mekanizmaların sağlıklı başa çıkma yöntemleri ve sağlıklı kişilik örüntüsüyle yer değiştirmesi hedeflenmiştir. Bir diğer deyişle “sağlıklı yetişkin moda” yaklaşılması; hastaların ergenlikten yetişkinliğe geçerken kendini kabullenen, sağlıklı hedefler koyabilen, mükemmeliyetçi olmayan, gereksinimlerini ve duygularını ifade edebilen, sıkıntı veren duygu ve yaşantılarla sağlıklı bir biçimde başa çıkabilen bir bakış açısı geliştirebilmeleri gözetilmiştir.

Süreç içinde anne babalara Şema Terapi psikoeğitimi verilmesi ve ebeveynlik rollerini daha işlevsel olan “sağlıklı yetişkin mod” ile gerçekleştirmeleri için rehberlik yapılması planlanmış, bu bağlamda aralıklarla ebeveynlerle de bir araya gelinmiştir. Bununla beraber, bu görüşmeler çoğunlukla yapılandırılmamış ve görsel kayıt altına alınamamıştır. Klinik uygulamalarda ebeveynlerin desteklenmesi gözetilse de, bu çalışmada 20 seans boyunca Şema Terapi yaklaşımı ile psikoterapi alan anoreksiya nervosa tanılı kız ergen hastaların terapi deneyimlerine odaklanılmıştır.

### **2.2.3. Çalışma Boyunca Gerçekleştirilen Değişim Görüşmeleri**

Çalışmada 10. ve 20. psikoterapi seanslarının ardından gerçekleşen değişim görüşmeleri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında görev yapan Doç. Dr. Devrim Akdemir tarafından gerçekleştirilmiştir. Doç. Dr. Devrim Akdemir, özellikle 12-18 yaş aralığındaki ergenlere yönelik klinik çalışmalarına devam etmekte, ayrıca bu grup ile ilgili araştırma ve projelerini sürdürmektedir. Dr. Akdemir'in bu tez çalışmasında yapılan Değişim Görüşmelerinin öncesinde bu hastalar ile herhangi bir teması olmamış, ilk değişim görüşmesinde hastalar ile tanışmıştır. Benzer şekilde, ikinci değişim görüşmesine kadar da hastalarla bir araya gelmemiş, yalnızca değişim görüşmeleri çerçevesinde kendileriyle görüşme yapmıştır. Hastaların gerekli psikofarmakolojik tedavileri başka psikiyatristler tarafından yürütülmüştür.

### **2.2.4. Psikoterapi Seanslarının ve Değişim Görüşmelerinin Uygulanması**

Psikoterapi seansları, mümkün olduğu kadar düzenli olarak her hafta yapılmıştır. Araya giren tatil zamanları, hastaların sınav dönemleri ve istisna durumlar dışında çoğunlukla bu plana uyulmuştur. Seanslar Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda bulunan psikolog görüşme odasında, değişim görüşmeleri Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Seansların büyük çoğunluğunda ve değişim görüşmelerinin tamamında görsel kayıt alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda başlayan tadilat ve taşınma süreci ile Poliklinik odaları taşınmış ve fiziksel koşullar seansların görsel kayıt altına alınması için her zaman uygun olmamıştır. Terapistin seans notları ile birlikte 72 seansın görsel kaydı bulunmaktadır. Çalışmada 10. seans sonrasında 5 hasta ile, 20. seans sonrasında psikoterapiye devam eden 4 hasta ile toplam 9 değişim görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Tüm değişim görüşmelerinin deşifresi yapılmış ve tematik analize hazır hale getirilmiştir.

## 2.3. ÖLÇÜM ARAÇLARI

### 2.3.1. Nicel Ölçüm Araçları

#### 2.3.1.1. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

ÇGDBŞÖ-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin standardizasyon çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmıştır (Gökler ve ark., 2004). Yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan ÇGDBŞÖ-ŞY'nin ilk kısmında çocuğun/gençin demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınmaktadır. Ölçeğin ikinci kısmı 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirmekte, üçüncü kısımda ise genel değerlendirme ve gözlem sonuçların aktarılmaktadır. Anne-babalardan ve çocuklardan/gençlerden ayrı ayrı alınan bilgi klinisyenin gözlemleriyle birleştirilerek tanı konulmaktadır.

#### 2.3.1.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir. Bir öz bildirim ölçeği olan KSE, 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin ayırdediciliği en yüksek 53 maddesi seçilerek oluşturulmuştur. Global indeksler sırasıyla Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksinden oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçek maddeleri 0-4 arası puanlanmaktadır ve puan aralığı 0-212'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin psikolojik belirtilerinin arttığını göstermektedir.

KSE'nin Türkiye uyarlaması iki ayrı çalışma ile gerçekleştirilmiştir (Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2002). Ölçeğin "anksiyete", "depresyon", "olumsuz benlik", "somatizasyon" ve "öfke/saldırganlık" adı verilen beş faktörden oluşmaktadır. 11–18 yaş arası 597 ergen ile yapılan çalışmada Kısa Semptom Envanteri'nin faktör yapısına tekrar bakılmış ve ergen yaş grubu için kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuştur (Şahin ve ark., 2002). Alt ölçeklerin katsayıları 0.57 ile 0.80 arasında değişmektedir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin toplam puan Cronbach Alfa katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur. Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada da iç tutarlılık kat sayısı ölçeğin toplam puanı için 0.95 olarak hesaplanmıştır (Yıldırım, Atlı ve Çitil, 2014).

Ölçeğin alt boyutları; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık/olumsuz benlik, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm şeklindedir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0.55 ve 0.86 şeklindedir. Ölçeğin geçerliği için ölçüt bağıntı geçerlik ve yapı geçerliği incelenmiştir. Ölçüt bağıntı geçerlikte ölçeğin Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -0.14 ve -0.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile 0.16 ve 0.42 arasında, Uçla Yalnızlık Ölçeği ile 0.13 ve 0.36, Offer Yalnızlık Ölçeği ile 0.34 ve -0.57 arasında, Beck Depresyon Ölçeği ile 0.34 ve 0.70 arasında değişen ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinde Strese Yatkınlık Ölçeğinden alınan puanlar dikkate alınmış ve ölçeğin toplam puanı üzerinden yapılan analiz sonucunda ölçeğin strese yatkın ve strese yatkın olmayan iki uç grubu da anlamlı düzeyde ayırt ettiği görülmüştür (Savaşır ve Şahin, 1997). KSE, EK 1'de sunulmuştur.

### 2.3.1.3. Yeme Tutum Testi (YTT)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiş, sorunlu yeme davranışlarını tanımlamak için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Altılı likert tipi olan ölçek kırk maddeden oluşmaktadır ve toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile ilişkilidir, kesme değeri 30 puandır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.70 bulunmuştur. Anoreksiya Nervoza tanısı alan hastaların yemek

yemekle ilgili davranış ve tutumları ve var olan yeme davranışlarındaki olası bozulmaları ölçen bu ölçeğin iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir.YTT, EK 2’de sunulmuştur.

#### 2.3.1.4. Young Şema Ölçeği Kısa Formu (YŞÖ-KF)

Erken dönem uyum bozucu şemaların değerlendirilmesi amacıyla Young Şema Ölçeği'nin kısa formu kullanılmıştır. Bu ölçek, 16 şema ve 205 maddeden oluşan uzun form ve 15 şema ve 75 maddeden oluşan kısa formun ardından Onay Arayıcılık, Cezalandırıcılık ve Karamsarlık şemalarının eklenmesiyle oluşturulmuş 18 şemayı içeren 90 maddelik bir ölçektir (Young ve ark., 2003). Ölçeğin kısa formunun ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakir (2009) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışma sonucunda ölçeğin Türkçe formu için 5 şema alanına ulaşılmış ve 14 faktörlü bir yapının uygun olduğu görülmüştür. Bu 5 alan ve boyutlar şu şekildedir: kopukluk (duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, kusurluluk); zedelenmiş otonomi (iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık); zedelenmiş sınırlar (ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim); diğerleri yönelimlilik (kendini feda, cezalandırılma) ve yüksek standartlar (yüksek standartlar, onay arayıcılık). Bu yapıya göre madde sayısının dağılımı değişmekle beraber toplam madde sayısı 90 olarak kalmıştır. Her bir madde 6'lı likert tipi ölçek üzerinde (1 = Benim için tamamıyla yanlış, 6 = Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirmektedir. Ölçeğin şema boyutları için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.63-0.80 arasında, şema alanları için ise, 0.53-0.81 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türk ergen örnekleme için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Sarıtaş ve Gençöz (2011) tarafından yapılmış ve ergen örneklemlerde de kabul edilebilir düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. YŞÖ-Kısa Form EK 3’de sunulmuştur.

### 2.3.1.5. Terapötik İttifak Ölçeği Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (TİÖ-GKF)

Bu çalışmada, Bordin'in kuramlar üstü kavramsallaştırmasını temel alan ve Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen Terapötik İttifak Ölçeği'nin (TİÖ) Türkçe versiyonunun kısa formu kullanılmıştır (Gülüm, Uluç ve Soygüt, 2018).

Ölçeğin kısa formun geçerlik güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık değerinin terapist formu için 0.90, hasta formu içinse 0.86 olduğu görülmüştür. Korelasyonlar ve iç tutarlılık değerleri ile birlikte gözlemci formu ile tutarlı olması göz önünde bulundurulurken 12 maddelik bir TİÖ kısa formu ortaya çıkmıştır. Söz konusu ölçeğin kabul edilebilir düzeylerde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu düşünülmektedir.

Ölçek, Bordin'in (1979) terapötik ittifak kavramsallaştırmasına uygun olarak 4'er maddeden oluşan görev, amaç ve bağ olmak üzere üç alt faktöre ayrılmıştır. Ölçek tüm maddelerin göz önüne alınmasından oluşan toplam puan üzerinden değerlendirilebileceği gibi, alt ölçeklerden alınan toplam puanlar ile de bilgi sağlamaktadır. 7'li likert tipi olan ölçekten alınan puan arttıkça algılanan terapötik ittifakın da arttığı belirtilmektedir. TİÖ-GF EK 4 ve EK 5'de sunulmuştur.

### 2.3.1.6. Duygudurum Değerlendirme Formu

Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırma Laboratuvarı'nda oluşturulan Duygudurum Değerlendirme Formu, hastaların seans öncesi ve seans sonrasında duygu durumlarını değerlendirebilmeyi sağlamaktadır. Hastanın formu doldururken o anda kendini ne derecede kaygılı, depresif (canı sıkkın, üzgün) ya da iyimser hissettiğini 0 ile 100 arasında değerlendirmesi istenmektedir. Toplamda 3 madde olan form öz bildirim dayalı kısa bir değerlendirme aracıdır. Duygudurum Değerlendirme Formu, EK 6'da sunulmuştur.

### 2.3.1.7. Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu (SDÖ-SF)

Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu, Stiles (1980) tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu (SDÖ-SF), her seansın hemen sonrasında doldurulan, seansın etkisini ölçmeyi hedefleyen bir ölçüm aracıdır. SDÖ'nun ilk kısmı seansı değerlendirmeyi (12 maddelik sıfatlar formu) ve ikincisi kısmı seans sonrası duyguları (10 madde) değerlendirmeyi amaçlayan iki ayrı bölümü bulunmaktadır. Araştırmacıların sıklıkla seansın değerlendirildiği 'sıfatlar formunu' kullandığı göz önünde bulundurularak seans etkisinin göstergesi olarak Seans Değerlendirme Ölçeğinin Sıfatlar Formu'nun psikometrik özellikleri çalışılmıştır (Uluç, Korkmaz ve Soygüt Pekak, baskıda).

Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonuçları, SDÖ-SF'nin bağımsız iki boyutunu ortaya koymuştur. Dolu, etkili, derin, özel ve anlamlı sıfatları "Derinlik" olarak adlandırılan birinci faktörün altında toplanmıştır. Boş, etkisiz, yüzeysel, sıradan ve anlamsız sıfatları ilk faktörün olumsuz kutbunu tanımlamaktadır. İlk faktörün hem terapistler (%39.58) hem de danışanlar (%41.70) için görece daha geniş bir varyans açıklama payına sahip olduğu görülmüştür. Danışanlar için Derinlik boyutunun en iyi göstergelerinin sırasıyla "dolu" ve "etkili" sıfatları olduğu, terapistler için ise "derin/yüzeysel olmayan" ve "anlamlı" sıfatlarının olduğu görülmektedir. İkinci faktör başlığı altında ise yumuşak, dingin, kolay, rahat ve hoş sıfatlarının yerleştiği görülmüştür. "Yumuşaklık" olarak adlandırılan ikinci faktörün zıt kutbunda ise acıtıcı, nahoş, gergin, zor ve rahatsız edici sıfatları bulunmaktadır. Yumuşaklık boyutunun terapistler için varyansın %33.36'sını ve danışanlar için ise %30.92'sini açıkladığı belirlenmiştir. Maddelerin faktörleşme biçiminin Stiles'in (1980) özgün çalışmasıyla örtüştüğü, faktör yüklerinin ise benzer olduğu görülmektedir. Derinlik boyutunun seansın daha çok görev yönünü yansıttığı, Yumuşaklık boyutunun ise seansa ilişkin duygulanımlarla ilişkili olduğu tekrar gözlenmiştir (Uluç ve ark., baskıda).

Ölçek, 7'li likert tipi olup her seansın sonunda terapist tarafından danışana verilmekte ve "Bugünkü görüşme hakkında nasıl hissettiğinizi uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz." yönergesine göre sıfat seçerek değerlendirme



yapılması istenmektedir. Bu çalışmada, yalnızca hastalardan seansın sonunda seans ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

SDÖ-SF, EK 7'de sunulmuştur.

### 2.3.2. Nicel Veri Analizleri

Araştırma süresince hastaların her seans için doldurmuş olduğu Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formu, Duygu Durum Ölçeği ve Seans Ölçeği ile terapistin doldurmuş olduğu Terapötik İttifak Ölçeği-Terapist Formu'ndan elde edilen puanlar grafikler aracılığı ile görselleştirilerek ele alınmış, süreç boyunca terapötik ittifakta gerçekleşen değişimler, hastaların seans öncesi ve sonrası duygudurum değişiklikleri ile seanslara yönelik oluşan derinlik ve yumuşaklık algıları değerlendirilmiştir.

Araştırmanın başında, 10. ve 20. seanstan sonra hastaların doldurmuş olduğu Young Şema Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Yeme Tutum Testi'nden elde edilen puanlar ile psikolojik belirtilerin psikoterapi süreçleri boyunca nasıl bir değişim gösterdiği izlenmek istenmiştir. Bunun için bu ölçeklerden elde edilen nicel veriler, Jacobson ve Truax'ın (1991) önermiş olduğu klinik anlamlılık (clinical significance) hesaplanarak ve güvenilir değişim indeksi (reliable change index: RCI) baz alınarak değerlendirilmiştir.

Tedavi etkinliğini değerlendirmek için istatistiksel anlamlılık testlerinin kullanımı iki açıdan sınırlı bulunmaktadır (Jacobson ve Truax, 1991). İlk olarak klinisyenler için tedavi boyunca elde edilen sonucun değişkenliği hakkında sağlanacak bilgi oldukça önemliyken, bu testler örnekleme tedaviye verilen yanıtın değişkenliği hakkında bilgi vermez. Psikoterapinin etkinliği ile ilgili sorular, bunlardan elde edilen faydaları, potansiyeli, hastaların üzerindeki etkisini veya insanların yaşamlarında yol açtığı farkları kapsar. Bununla birlikte, bir tedavi etkisinin varlığı onun büyüklüğü, önemi veya klinik önemi ile ilgili bilgi ortaya koymamakta, gruplar arasındaki geleneksel istatistiksel karşılaştırmalar bize sözü edilen kapsamlı psikoterapi etkinliği hakkında merak ettiklerimize dair çok az şey sunmaktadır.

Psikoterapi sonucunu tutarlı bir şekilde tanımlamak ve danışanları klinik önem ölçütleri temelinde "değişmiş" veya "değişmemiş" olarak sınıflandırmak farklı bir analiz yöntemi önerilmektedir (Jacobson ve Truax, 1991). Söz konusu analiz yöntemi, kullanılan ölçekler için bir kesme noktası puanı belirlemeyi sağlamaktadır. Kesme noktası puanı, araştırmada elde edilen puanların klinik anlamlılığını ölçmeye olanak tanımaktadır. Güvenilir değişim indeksi puanı ise, psikolojik belirtileri değerlendiren ölçek puanları arasındaki farklılıkların olumlu veya olumsuz yönde anlamlı bir değişime işaret edip etmediğini ortaya koymaktadır. Bu puanları elde edebilmek için istatistiksel olarak önerilen üç ölçüt bulunmaktadır (Jacobson, Roberts, Berns ve McGlinchey, 1999). A ölçütüne göre elde edilen kesme noktası puanı; işlevsellik düzeyinin işlevsizlik gösteren örneklem aralığının dışında kaldığı ve aralığın o örneklem ortalamasının (işlevsellik yönünde) 2 Standart Sapma'yı aşacak şekilde tanımlandığı zaman elde edilir. B ölçütüne göre elde edilen kesme noktası puanı; işlevsellik düzeyinin normal örneklem aralığının içinde kaldığı ve aralığın normal örneklem ortalamasının 2 Standart Sapma'nın altında başlayacak şekilde tanımlandığı zaman elde edilir. C ölçütüne göre elde edilen kesme noktası puanı ise, işlevsellik düzeyinin hastanın işlevsizlik gösteren örneklemde çok işlevsel örneklemde olmasının istatistiksel olarak daha mümkün olduğunu önerdiği zaman elde edilir.<sup>2</sup>

### 2.3.3. Nitel Veri Kaynakları

Bu çalışmada, Anoreksiya Nervoza tanısı almış 5 kız ergen hasta ile yürütülen 20 seanslık Şema Terapi süreci ele alınmıştır. Çalışmanın nitel araştırma kısmını gerçekleştirilen Şema Terapi süreçleri boyunca 10. ve 20. seansların ardından hastalarla yapılan değişim görüşmeleri oluşturmaktadır. Bu başlık altında

---

<sup>2</sup> Kesme noktasının ve güvenilir değişim indeksi puanının hesaplamaları için aktarılan bu matematiksel hesaplamalar ile istatistiksel analizleri yaparken kullanılacak program önerileri için Chris Evans tarafından hazırlanan ve web ortamında paylaşılan bilgi notu incelenebilir (<https://www.psyctc.org/stats/rcsc.htm>).

Değişim görüşmelerinin içeriği hakkında bilgi verilmiş ve bu görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde kullanılan tematik analize değinilmiştir.

### 2.3.3.1. Danışan Değişim Görüşmesi Protokolü

Değişim görüşmesi yarı yapılandırılmış bir görüşme olup terapi boyunca gerçekleşen değişimlerin hasta tarafından tanımlanması ve terapinin yardımcı yönlerini de içine alarak bu değişimlere yaptığı atıfları aktarması ile oluşan nitel bir veri kaynağıdır (Elliott, Slatick ve Urmann, 2001).

**Tablo 3.** Değişim Görüşmesi Soruları

- 
- 1) Terapi şu ana kadar sizin için nasıldı? Terapide olmak nasıl hissettirdi?
  - 2) *Terapiye başlamadan önce*, kendinizi birine tanıtmak, anlatmak isteseydiniz, hangi özelliklerinizden söz ederdingiz? Yakınlarınız sizden nasıl bahsederlerdi? Sizi birine tanıtmak olsalardı hangi özelliklerinizi öne çıkarırlardı?
  - 3) *Şu anda*, "Kendinizi birine tanıtmak, anlatmak isteseydiniz, hangi özelliklerinizden söz ederdingiz?" Yakınlarınız sizden nasıl bahseder? Sizi birine tanıtmak olsalar hangi özelliklerinizi öne çıkarırlar?
  - 4) Eğer olduysa, terapi başladığından beri kendinizde ne gibi değişiklikler gördünüz?
  - 5) Terapi başladığından beri hayatınızda, kötü anlamda herhangi bir değişiklik oldu mu?
  - 6) Terapi başladığından beri, hayatınızda, sizin istediğiniz fakat gerçekleşmeyen değişiklikler var mı?
  - 7) Genel olarak, bu değişikliklere neden olan şey/şeyler sizce neydi/nelerdi? Başka bir ifadeyle, bu değişiklikler nasıl oldu da gerçekleşti?
  - 8) Şimdiye kadar, terapide nelerin yardımcı/yararlı olduğuna ilişkin düşüncelerinizi aktarabilir misiniz?
  - 9) Terapi ile ilgili ne gibi şeyler engelleyiciydi, fayda sağlamadı, olumsuzdu ya da hayal kırıklığı yarattı?
  - 10) Zor ya da acı verici olduğu halde iyi olan/iyi gelen ya da yararlı olan şeyler var mıydı? Bunlar neydi?
  - 11) Tedaviniz ile ilgili olarak atlanan bir şeyler var mı?
  - 12) Araştırma ya da terapi ile ilgili olarak bize sunabileceğiniz önerileriniz var mı?
  - 13) Terapi öncesi elde edilen bilginin özetini göstererek, Bunu şimdiki siz ile nasıl karşılaştıracak olursanız neler söylersiniz?

---

Not: Değişimlerin beklenirlik ve şaşırıcılık düzeyi hakkında durulur ve ölçek üzerinde puanlanır.

Değişim Görüşmeleri, ortalama 30-45 dakika sürer ve üçüncü bir kişi tarafından her 8-10 seans sonrası, terapinin sonunda veya izlemde yapılabilir (Elliott, 2002).

Değişim Görüşmesinin Türkçe çevirisi ve ülkemizde bir psikoterapi araştırmasında kullanılmasının ardından (Gülüm, Soygüt ve Ataman, 2018) bu çalışmada da hastaların tedavi süreçlerinde yer almayan bir psikiyatri hekimi

tarafından gerçekleştirilmiş ve hastaların şema terapi deneyimlerine odaklanmaları beklenmiştir.

Tablo 3'te Değişim Görüşmesi'nin önemli soruları alıntılanmış ve genel çerçeve özetlenmiştir. Değişim Görüşmesi Protokolü EK 8'de bulunmaktadır.

#### **2.3.4. Nitel Veri Analizi**

Değişim görüşmelerinden elde edilen nitel veriler, tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Analizlerde MAXQDA (2018, Versiyon 18.1) programı kullanılmıştır. Alanımızda nitel çalışmaların nicel araştırma yöntemleri ile yapılan araştırmalara göre yaygınlığı daha az olduğundan izleyen bölümde bu çalışmanın yöntembilimsel bağlamı kısaca açıklanmış; tematik analiz ve uygulama aşamaları hakkında bilgi verilmiştir.

##### **2.3.4.1. Tematik Analiz**

Bir tema, bir kişiye dünyanın veya dünyanın o anda tartışılan kısmı ile ona ifade eden anlamına ilişkin ilgili önemli bilgileri ileten ve tekrar eden örüntüdür. Tüm nitel yöntemler bir biçimde tematik analiz içerir ve hatta tematik analiz nitel araştırmaların temel yöntemi olarak görülebilir (Braun ve Clarke, 2006; McLeod, 2011).

Tematik analiz uygulayabilmek, diğer nitel araştırma yöntemlerini kullanabilmek için temel bir beceri olarak görülür. Bunun yanında, tematik analiz kendi başına bir yöntem olarak ele alındığında da esnek, açık ve kolay anlaşılabilir bir yöntem olarak karşımıza çıkar. Gömülü (grounded) kuramda ya da diğer yöntemlerde olduğu kadar karmaşık özelliklere (çekirdek bir kategorinin tanımlanması, veriyi eksen boyunca kodlamayı geliştirmek gibi) sahip olmamakla birlikte, daha az bir kuramsal ardalana gömülü kuram ve diğer yöntemlerin birçok işlevini yerine getirir (McLeod, 2011).

Braun ve Clarke (2006) veriyi var olan kavramlara dayandıran *kuramsal yönelim* ve veri setinin kendisini merkeze alarak önceden belirlenmiş hiçbir kavramı kullanmayan *tümevarımsal yönelim* biçiminde iki farklı analiz tarzı olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada, aktarılan bu yöntembilimsel artalan çerçevesinde nitel veriler tümevarımsal yönelim benimsenerek ele alınmıştır.

Braun ve Clarke'ın (2006) nitel araştırma yürüten araştırmacılar için önerdikleri tematik analiz aşamaları basitçe şu şekilde aktarılabilir: (i) Verilerin tekrar tekrar ve aktif bir şekilde okunması yolu ile verilerin tanınmasının ardından eldeki verinin tamamı deşifre edilir. Bu zaman ve yoğun emek gerektiren aşamanın tamamlanmasıyla analize geçişi kolaylaştıran veriye yakın ilgi ve yorumlama becerisi gelişir. (ii) Ardından bir başlangıç fikir listesi oluşturularak ilk kodlar üretilmeye başlanır. Uzun ve farklı kodların elde edilmesiyle bu kodların nasıl daha geniş bir tema düzeyine taşınabileceği üzerinde çalışmalara devam edilir. Ortaya çıkan çok çeşitli ve karmaşık bir tema listesinden daha hassas bir tema haritasına ulaşmak için çalışmalara devam edilir. (iii) Temaların son haline ulaşıldığı düşünüldüğünde raporlama aşamasına geçilir. Bu aşamada raporlamada veri sağlamaktan daha fazlasının yapılması hedeflenir. Temaların, veriler hakkında anlatılan olguları açıklayan ve verilerin tanımlanmasının ötesine geçen, araştırma sorusuyla ilgili bir argüman oluşmasını sağlayan analitik bir anlatının içine yerleştirilmesi gerekir.

Bu çalışmada da aktarılan aşamalar izlenmiştir. Temaların oluşturulması ve incelenmesi sürecinde nitel analiz yöntembilimine ve şema terapi yaklaşımına hakim ve klinik psikoloji alanında doktora derecesine sahip Psk. Dr. Özge Yılmaz Cengiz ve Psk. Dr. İsmail Volkan Gülüm ile akran süpervizyonları yapılmıştır. Ardından ortaya çıkan temalar tezin başlangıç dönemindeki Danışmanı ve şu anda Tez İzleme Komitesi Üyesi Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak ile ele alınmıştır. Bulguların raporlanma aşamasında önerildiği gibi deşifrelerden alıntılar kullanılmış, elde edilen temalar veri seti ile ilişki içinde sunulmuştur.

#### 2.3.4.2. Güvenilirlik

Nitel çalışmalarda araştırmacının araştırmanın bir parçası olması, nicel araştırmalardakine benzer biçimde gibi nitel araştırmalarda da güvenilirlikle ilgili meseleleri gündeme getirmektedir. Nitel çalışmalarda güvenilirlik genel olarak araştırmacının içsel süreçlerinin sürekli bir iç diyalog olarak devam etmesi ve araştırmacının pozisyonunun eleştirel bir öz değerlendirmesi ile bu pozisyonun araştırma sürecini ve sonucunu etkileyebileceğini açık bir şekilde kabul etme ve açıkça tanınması olarak görülür (Bradbury-Jones, 2007; Guillemin ve Gillam, 2004; Pillow, 2003; Stronach, Garratt, Pearce ve Piper, 2007). Bunu bir sınırlılık olarak görmek ve nicel bakış açısı ile nesnel kalma çabası yerine, araştırmacının bu yanlılığının ve öznelliğinin farkında olarak yer alması, bu çalışmaların zengin yanı olduğu değerlendirilebilir.

Araştırmacı, bu bilinçli farkındalığı sürdürmeyi bir sorumluluk olarak içselleştirmekte, analizi belirleyecek bilgileri *paranteze almayı* (bracketing) yerine getirmektedir. Paranteze alma, yalnızca araştırma başlamadan önce yapılan bir işlem değil; araştırma boyunca sürdürülen bir farkında olma halidir. Bunun için araştırmacının kullanabileceği birtakım yöntemler bulunmaktadır (Morrow, 2005). Araştırmacının mesleki yönelimi, uzmanlık ve ilgi alanları, kültürel özellikleri, yaşı, cinsiyeti ve deneyimleri, yaptığı çalışmayı neden yapmaya karar verdiği gibi birçok farklı öznel durumu paranteze alınabilir (Fischer, 2009).

Bu bağlamda bu çalışmanın araştırmacısı da kendi bilinçli farkındalık süreci boyunca aldığı geribildirimler, tuttuğu günlük ve kendi fark ettiklerini aşağıdaki gibi paranteze almıştır:

“32 yaşındayım, kadınıam, evliyim ve bir kız çocuğum var.

Klinik Psikoloji alanında uzmanlığımı aldığım 2011 yılından itibaren uygulamada çalışmaya başladım. Psikoterapi uygulamalarımı çoğunlukla Bilişsel Davranışçı Terapi yaklaşımıyla sürdürürken, Doktora Programında tanıştığım Şema Terapi yaklaşımı ve sonrasında tamamladığım süpervizyon süreci benim için bir dönüm

noktası oldu. Kuram beni tamamen içine aldı, kuramın temel ilkelerinin hem kişiliğimle çok örtüştüğünü, bana çok uygun olduğunu hissettim, hem de uygulama aşamasında o zamana kadar yürüttüğüm psikoterapi süreçlerinde eksikliğini hissettiğim tüm araçları bana sunduğunu düşündüm. Süpervizörüm Prof. Dr. Gonca Soygüt'ün inisiyatif almama izin veren, ilişkisel, sakin ve sağduyulu halini terapist kimliğimde olabildiğince içselleştirmeye çalıştığımı söyleyebilirim. Aynı dönemde, Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda çalışmaya başlamam ve bununla beraber ergenlik döneminin çetrefilli yollarında birçok zorlukla başa çıkmaya çalışan ergenlerle bir araya gelmem benim için başka bir dönüm noktası oldu. Ergenler ve aileleriyle çalışırken Şema Terapi bakış açısını benimsemenin ne denli faydalı olduğunu ve hedeflenen değişimlerin önünü açan oldukça etkin bir yaklaşım olduğunu bir kez daha deneyimledim.

Bu durum, beni daha zor bir alanda Şema Terapi uygulamalarının nasıl olacağını görmek açısından heyecanlandırdı. Anoreksiya Nervoza tanısı alan ergenler ve aileleriyle bu kronik, inatçı, korkutucu psikopatolojiyi daha derin bir biçimde ele alabilmek, tedaviden olabildiğince uzak durmaya çalışan ergenlerin dirençlerini azaltmaya ve bu rahatsızlıklarıyla ilgili içgörü kazanmalarına olanak tanıyacak bir terapi sürecinin nasıl olacağını merak ederek yola çıktım.

Şema Terapi Sertifikasyonu Temel Eğitim aşamasını tamamladığım ve halen tez süresince süpervizyon almaya devam ettiğim bir dönemde tez çalışmama katılan hastaların tedavi süreçlerinde yer almaya başladım. Tez çalışmamın bir parçası olması nedeniyle bu tedavi süreçlerinin gidişatıyla ilgili beklentim hep yüksekti, hastaların hızla iyileşmesini bekleyen, psikoterapinin etkilerinin gözle görünür biçimde ortaya çıkmasını; ebeveynler, öğretmenler, tedavi ekibinde yer alan doktorlar, tez izleme komitesi üyelerim gibi süreç dışındaki insanların da fark edebileceği düzeyde değişimlerin gerçekleşmesini isteyen bir yanım olduğunu fark ettim. Bunu elbette ilk olarak hastaların fiziksel ve psikolojik sağlıklarına kavuşmaları için istiyordum. Bunun yanında süreçlerin durağan ilerlemesini veya hastalıkların seyirindeki olumsuzlukları "başarısızlık" olarak görüyordum. Beni zorlayan en temel meselenin bu olduğunu söyleyebilirim. Bu zorlanmam, analiz

aşamasında da tezi yazma sürecimde de hep benimleydi. Ergenlerde yeme bozukluğu gibi zor sayılabilecek bir alanda çalışmayı seçmiş olmam ve yukarıda bahsettiğim tüm aşamalarda zorlanmamın, şema terapi diliyle, “zoru başarmamın önemli olduğunu; yaptığım işin eksiksiz, tam olarak, dört dörtlük biçimde tamamlanması gerektiğini” söyleyen talepkar ebeveyn modum ile ilgili olduğu düşünülebilir. Bu dinamiği fark etmiş olmam, takip ettiğim hastalarda da baskın olan talepkar ebeveyn modunu ele alırken onları anlamam ve terapist olarak ihtiyaç duydukları, bu moda panzehir olacak anlayışlı, kabullenici, izin verici bir noktada kalabilmem açısından bana yardımcı oldu.

Bu çalışmanın, elde edilen sonuçlar kadar süreçlerin farklı aşamalarını da anlamanın değerli olduğunu ve yargılayıcı bir bakış açısından uzakta kalmam gerektiğini öğretirken, nitel yöntemin temel ilkelerini içselleştirmeme ve bir psikoterapi süreç araştırması yürütmenin titizlik, zaman ve sabır gerektirdiğini görme fırsatı verdiğini de söyleyebilirim.”



### 3. BÖLÜM: BULGULAR

Çalışmanın bulgularının üç bölümde aktarılması planlanmıştır.

Birinci bölümde “Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu” esas alınarak hastalara yönelik kapsamlı bilgi sunulmuştur. İkinci bölümde nicel bulgulara yer verilmiş, üçüncü ve son bölümde çalışmadan elde edilen nitel bulgular aktarılmıştır.

#### 3.1. VAKA KAVRAMSALLAŞTIRMALARI

Beş hasta ile yürütülen bu çalışmada, hastalardan ve psikoterapi süreçlerinden elde edilen bilgiler, Uluslararası Şema Terapi Derneği tarafından 2018 yılında revize edilen ve dilimize Karaosmanoğlu, Soygüt Pekak, Tuncer ve Göral Alkan tarafından çevrilen “Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu” ile kapsamlı olarak sunulmuştur.

Demografik bilgiler ve mevcut ve geçmişte alınmış olan tanımlar “Yöntem” bölümünde aktarıldığı için bu bölümde yeniden ayrıntılandırılmayacaktır. Bazı alt başlıklar, bu çalışma bağlamında tek bir başlık altında toplanmış olup kullanılan kavramsallaştırma formunun bir örneği EK 9’da sunulmuştur.

##### 3.1.1. Gülce için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması

Hastanın Terapiye Başvurma Sebepleri:

- a) Başlangıçta: Kilo alımıyla ilgili yoğun kaygı hissetmesi, buna bağlı olarak aile üyeleriyle yemek yeme ve kilo alımıyla ilgili konularda sıklıkla çatışma yaşamaması, mutsuz ve öfkeli hissetmesi, kendine zarar verme davranışlarının olması (vücudunu makas gibi sivri cisimlerle çizme), dışarı

çıkarmak istememesi, kendini rahat ifade edememesi hastanın şikayetlerinin en yoğunlaştığı alanlardır.

- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Benzer sorunlar devam etmektedir. Hasta, kilo almayla ilgili halen yoğun kaygı duymakta, bedeni ile ilgili memnuniyetsizliği, kilo alımıyla ilgili sıkıntıları halen vardır. Bunun yanında başlangıçtan farklı olarak artık sağlığı ile ilgili konuları da gündemine taşımakta, tüm kaygısına rağmen sağlığını korumak, kendisini gözetmek için yemek yemesi gerektiğini düşünmekte ve daha çok çaba gösterdiğini belirtmektedir.

Hasta Hakkında Genel İzlenim:

- a) Başlangıçta: Gülce, yaşına ve sosyo ekonomik düzeyine uygun dış görünüme sahiptir. Genellikle seans boyunca montunu çıkarmamakta ve kambur durmaktadır. Bunun beden algısıyla ilişkili olduğu anlaşılmış, bir tür kendini gizleme yolu olarak ele alınmıştır. Yeterince göz teması kurmayan hasta çoğunlukla az ve kısık sesle konuşmaktadır. Çoğunlukla künt bir duygulanımı olduğu söylenebilir.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: İlerleyen görüşmelerde hastanın çekingenliği azaldıkça kendisini daha iyi ifade edebildiği gözlenmiştir. Başlangıçtaki dış görünümünü ve tarzını sürdürmektedir.

#### 3.1.1.1. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

Standart Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu puanlandırma sistemi kullanılarak 1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik arasında değerlendirme yapılarak puan verilmiştir.

**Tablo 4.** Gülce İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİ PUANI	AÇIKLAMALAR
Mesleki ya da okul performansı	4	Gülce, akademik başarısı konusunda her ne kadar hassas olsa da kontrolleri için hastaneye sıklıkla gelmek zorunda olduğu için devamsızlık yapmaktadır. Bu da hem derslerden geri kalmasına yol açmakta, hem de öğretmenleri ve okul yönetimine karşı zaman zaman zor durumda kalmasına neden olmaktadır.
Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler	3	Hasta, herhangi bir romantik ilişki deneyimlememiştir. Hoşlandığı herhangi bir kişi de yoktur.
Aile ilişkileri	4	Hastanın, tanı almadan ve tedaviye başlamadan önce kısıtlayıcı yeme davranışlarından dolayı ebeveyniyle çatışmalarının arttığı bir dönem olmuştur. Tedavi süresince ebeveyni ve kardeşleri ile çatışmaların azaldığı, daha destekleyici bir ilişkisi olduğu söylenebilir.
Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler	3	Akran ilişkileri açısından bakıldığında, yakın iki arkadaşı olan hasta, onların yanında kendini rahat hissettiğini, gruplarda ise çekingen hissettiğini belirtmektedir. Akrabaların ve diğer insanların yanında ise kendisini rahatsız hissetmekte, beden imgesine yönelik memnuniyetsizliği artmaktadır.
Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme	2	Hasta, kitap okuma, müzik dinleme, ders çalışma gibi etkinliklerde bulunmaya çalışsa da yalnızken genellikle duygudurumu depresiftir. Zaman zaman kendine zarar verme davranışlarında bulunmaktadır.

### 3.1.1.2. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

**1. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın kilo alma korkusu ve buna bağlı gelişen kısıtlayıcı yeme davranışları vardır. Hastanın zihnini neredeyse aralıksız olarak meşgul eden bu sorun, yaşamının tüm alanlarında kendisini belli etmekte, onu olumsuz yönde etkilemektedir. Başka herhangi bir yönünü görmesine engel olmakta, kendisini sadece kilosuna üzerinden değerlendirmektedir.

**2. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın duygudurumu genellikle depresiftir, bununla başa çıkamayarak saatler boyu ağlamakta veya ailesine karşı öfke patlamaları yaşamaktadır. En çok kilo ve yemek konusunda ailesi ile çatışmakta, onların kendisine yönelik herhangi bir sözü çok tetikleyici olabilmektedir. Öte yandan Gülce de sıklıkla “ben kilolu muyum? Doğruyu söyleyin, nasıl görünüyorum?” gibi

soruları aile üyelerini bunaltmakta, buradan da tartışmalar çıkmaktadır. Hasta, yalnız kaldığında kendisini kötü hissettiren sorunlarla başa çıkamamakta, vücudunu iğne, makas gibi sivri cisimlerle çizmek gibi yollarla kendine zarar vermektedir.

**3. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta kendisini bildiğinden beri çekingen biri olduğunu ve bundan şikayetçi olduğu belirtmektedir. Duygularını, düşüncelerini, isteklerini ifade etmekte zorlanma ve nasıl bir yol izleyeceğini bilememektedir. Özellikle yeme bozukluğunun başlangıcından itibaren bu sıkıntıları iyice artmış, kendisini sosyal ortamlarda son derece rahatsız hissetmeye başlamış ve kaçınma örüntüsü artmıştır.

#### 3.1.1.3. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

Hastanın anne ve babası ilk çocukları olduktan sonra Bulgaristan'dan Türkiye'ye göçmüştür. O zamanların kendileri için zor zamanlar olduğu, geniş ailelerinde yaşanan sorunlar ve maddi zorluklar nedeniyle diğer sorunlara daha çok eğildikleri ve çocuklarla çok fazla ilgilenemedikleri öğrenilmiştir. Anne, kendi annesinden sevgi göstermenin ayıp olacağı düşüncesiyle hiç yakınlık ve sıcaklık görmediğini, kendisinin de çocuklarını öpmeyi, dokunmayı, sevgisini belli etmeyi çok sevmediğini, bu gibi durumlarda kendisini rahatsız hissettiğini aktarmıştır. Annenin genel hali donuk olarak tarif edilebilir.

Hasta, babasını bir otorite figürü olarak görmektedir. Çok sevdiğini ancak çok da korktuğunu anlatmakta, buna örnek olarak aklına 8-9 yaşlarında bisiklet sürerken düştüğü için apartmandaki diğer komşuların ve çocuklarının önünde babasının ona çok kızdığını, vurduğunu, bir komşunun onu babasının şiddetinden kurtardığı bir anı aklına gelmektedir. Babası, aile içinde de bir anda sinirlenip hızlıca tepki veren biri olarak tanımlanmaktadır. Kardeşler arasında kavga olduğunda "sizi bodruma kapatırım" gibi cezalandırıcı söylemleri olabilmektedir. Hastanın babasının da agresif ve şiddet uygulayan baba ve dedesi ile büyüdüğü, annesinin kendisi çok küçükken öldüğü bilgisi alınmıştır.

Hasta kardeşiyle ve ablasıyla sık sık kavga ettiğini anlatmaktadır. Onları çok sevdiğini, ama ev içinde mutlaka sıkıntılar çıktığını söylemektedir. Bunlar bazen eşya kavgası olabilmekte, bazen birbirleriyle dalga geçmeyle ilgili olmaktadır. Ablasının anne ve babanın konuştuğu “Macırca” dilini anlaması ve üçünün aralarında bu şekilde konuşması hastayı dışlanmış hissettirmektedir. Hasta, anne ve babasının ablasını daha çok sevdiğini düşünmekte, kendisini ablası ile kıyaslamakta ve yetersiz bulmaktadır.

#### 3.1.1.4. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Güvenli bağlanma, kabul ve bakım

Hastanın dünyaya geldiği dönemde ailesi maddi sorunlar nedeniyle zor günler yaşamışlar, buna ek olarak ailevi sorunlarla da ilgilenmek zorunda kalmışlardır. O nedenle hastayla çok ilgilenemediklerini, çocukları daha çok kendi haline bıraktıklarını aktarmışlardır. Evin büyük çocuğu olan abla, anne babayla aynı dili konuşabilme gibi ayrıcalıklı bir duruma sahiptir, en küçük çocuk olan erkek kardeş ise hem cinsiyet farkı hem de evin en küçüğü olması ile ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda da evdeki dinamikler açısından hastanın geri planda kaldığını ve hastalık dönemine kadar ebeveyni tarafından duygusal ihtiyaçlarının etkin biçimde fark edilmediğini söylemek mümkündür.

2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Gereksinimlerin ve duyguların özgürce ifade edilmesi

Hastanın duygusal bakımı sınırlı düzeyde alması, evde gereksinimlerin ve duyguların özgürce dile getirildiği bir ortam oluşturmamıştır. Aslında bu ailenin diğer üyeleri için de geçerli sayılabilir. Aile ortamı açısından duyguların geri planda kaldığı söylenebilir. Babasının çabuk öfkelenen, yüksek sesle konuşan ve fevri tepkiler verebilen birisi olması da bu ihtiyacın karşılanması önünde bir engel oluşturmuştur.

### 3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Kendiliğindenlik ve oyun

Yukarıda sayılan nedenlerle bağlantılı olarak, hastanın spontan biçimde kendini ifade etmesi, eğlenebilmesi, kendisine iyi gelecek alanlar yaratabilmesi için uygun bir zemin oluşmamıştır.

#### 3.1.1.5. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler:

Hastanın künt bir duygulanımı olduğu söylenebilir. Benzer biçimde, annesinin duygulanımının da oldukça künt olduğu göze çarpmıştır. Hastanın teyzesinin geçmişte intihar girişiminin olduğu ve tedavi gördüğü bilgisi alınmıştır. Hasta, anoreksiya nervoza ile birlikte depresyon ve sosyal fobi tanı kriterlerini karşılamaktadır.

#### 3.1.1.6. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

Hastanın ailesi ilk çocuklarının ardından bir Bulgaristan'dan Türkiye'ye göçmüşlerdir. Evde anne, baba ve büyük çocuk arasında iki dil ile de konuşulmakta, hasta ve küçük kardeşi ise yalnızca Türkçe konuşup anlayabilmektedir. Bu durumun hastanın "ablası kadar anne babasıyla yakın olmadığını" hissettiren bir unsur olarak hastanın duygusal yoksunluk şeması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

#### 3.1.1.7. En İlişkili Şemalar

##### 1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Duygusal Yoksunluk

Hastanın duygularını yeterince iyi düzenleyememesi bu şemanın en belirgin görünümü olarak düşünülebilir. Kendisine sıkıntı veren herhangi olumsuz bir duygu hissettiğinde bununla nasıl başa çıkacağını bilememekte, sıklıkla kendisine zarar verme davranışlarına başvurmaktadır. Kişiler arası ilişkilerdeki çekingen duruşunda da bu şemanın etkili olduğu düşünülmektedir. İnsanlarla olan etkileşimlerinde (okulda, hastanede, oturdukları sitede, akrabalarla olan

toplantılarda) duygusal yakın bağ oluşabileceğini göz ardı etmekte, kendisini bu ilişkilerde izole etmektedir.

## 2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kusurluluk

Kusurluluk şeması, hastanın yeme bozukluğu psikopatolojisini besleyen temel şemalardan birisidir. Kendisini sıklıkla diğer insanlarla kıyaslamakta, fiziksel görünümünü ve kişiliğini sevmemekte, hatta nefret ettiğini söylemektedir. Özellikle dışarı çıktığı zamanlarda, aynaya baktığında, yemek yediğinde bu şema tetiklenmektedir. Böyle zamanlarda ağlamakta, aile üyelerini “Nasıl görünüyorum? Kilolu muyum? Çirkin miyim?” gibi sorularla bunaltmakta, onlara karşı öfke patlamaları yaşamakta ve kendine zarar vermektedir.

## 3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Cezalandırma

Hastanın bu şeması, kendisine karşı sergilediği oldukça acımasız sayılabilecek söylemleri ve yaptırımları ile kendini göstermektedir. Çok uzun saatler kendisini aç bırakmakta, son derece sert bir bakış açısıyla kendini yargılamakta, en ufak bir pürüzde bunun acısını kendisinden çıkarmak istercesine bedenine zarar verecek girişimlerde bulunmaktadır. Kendine zarar verme davranışları da bunların sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hasta iğne veya ucu sivri eşyalarla vücudunu çizmektedir.

## 4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Boyun Eğicilik

Hastanın duygularını ve gereksinimlerini ifade etmesindeki zorluk, bu şema ile birlikte görünmektedir. Karşısındaki kişilerin isteklerine boyun eğmekte ve neredeyse her zaman sessiz kalmaktadır. Bu akran ilişkilerinde zorlayıcıdır, ancak özellikle otorite figürleri ile olan karşılaşmalarında (öğretmen, doktor, komşu, yabancı bir yetişkin vb.) hasta için kendisini ifade etmek neredeyse imkansızdır.

### 3.1.1.8. En Bağlantılı Şema Modları

#### 1. Kırılğan ocuk Modu: “Küçük Gölce”

Hastanın kendisini sevilemez, beğenilmez, değersiz hissettiği bu modu, duygusal yoksunluk ve kusurluluk Şemaları ile ilişkili olarak; en çok sosyal ortamlarda, kendisini kilolu bulduğunda, baŐkalarıyla kendisini kıyasladığında ortaya çıkmaktadır. Bu modda kendisini üzgün hissetmekte, sıklıkla ağlamakta, iyice ie kapanmakta, izole olmaktadır. Kendine zarar verme davranışları da bu zamanlarda gerçekleŐmektedir.

#### 2. Öfkeli ocuk Modu:

Bu modu kırılğan ocuk modunun ihtiyaçları karŐılanmadıęında, en çok ailesine karşı çıkmaktadır. Onlara karşı hırçın davranabilmekte, evde özellikle yemek yeme ile ilgili konularda kavga çıkmaktadır. Hasta bu gibi durumlarda sesini yükseltmekte, evde kavgaların dozu artmakta, hatta komşuların gürültüden Şikayetçi olacağı düzeye gelmektedir.

### 3.1.1.9. Uyum Bozucu Başetme Modları

#### 1. Söz Dinleyen Teslimci Mod:

Hastanın sosyal ilişkilerindeki öne çıkan tarzı bu mod ile karakterizedir. Sessiz, karşısındaki kişinin dediğini kabul etmeye eğilimli, kendini, duygularını, ihtiyaçlarını ifade etmekte oldukça zorlanan bir hali vardır. Tüm Şemalarının bu modun ortaya çıkmasında payı olduğu söylenebilir.

#### 2. Kaçıngan Korungan Mod:

Hastanın akraba ziyaretlerine gitmek istememesi, arkadaşlarıyla dışarıda buluŐmaması, ablasıyla gezmeyi tercih etmemesi gibi davranışsal düzeydeki kaçınmaları işlevselliğini oldukça düşürmektedir.



### 3.1.1.10. İşlev Bozucu Ebeveyn Modları

#### 1. Cezalandırıcı Ebeveyn modu:

Hastanın kendisiyle kurduğu ilişkide en belirgin modudur. Oldukça katı, yargılayıcı, hataya, pürüzlere hiçbir toleransı olmayan ve hastanın cezalandırılmayı hak edecek biri olarak konumlandırılan bu mod, yeme bozukluğu örüntüsünü de açıklamaktadır. Kendisini aç bırakmakta, sağlığını kesinlikle gözetmemekte, fiziksel birçok komplikasyonla savaşmasına rağmen bu modun etkisinden sıyrılamamaktadır.

#### 2. Talepkar Ebeveyn modu:

Hastanın, her koşulda ders başarısının yüksek olmasını sağlamak, hem fiziksel hem de davranışları ile akrabaları arasında hiçbir eleştiri almayacak kadar “iyi” olmak gibi kuralları vardır. Bu kurallar onu sıkmakta, doğal biçimde davranmasını, ihtiyaçlarını ifade etmesini engellemektedir. Hem akademik konularda (okul notları, meslek seçimi vb.) hem de kişiler arası ilişkilerde bu mod kendini göstermektedir.

### 3.1.1.11. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hasta, algılama ve kavrama becerileri yüksek, olaylar ve durumlar arasındaki bağlantıları kurabilen, tüm çekingенliğine ve kendisini zor ifade etmesine rağmen kendisine bu fırsat tanındığında aslında nitelikli çıkarımlar yapabilen psikolojik zihinli bir gençtir. Sevdiği, heyecan duyduğu alanlar vardır, geleceğe dair hedefleri, ileride gerçekleştirmek istediği idealleri vardır. Bunlar, yaşamını tehdit eden zor bir psikopatoloji ile boğuşurken aynı zamanda kendisini hayata bağlayan, hastalıktan kurtulması için bir basamak olabilecek unsurlar olarak ele alınmaktadır.

### 3.1.1.12. Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi

Tez çalışmasının ilk hastası olarak Gülce ile psikoterapiye içten bir heyecan ve merak ile başladım. Psikoterapi sürecini “başarıyla” sürdürmekle ilgili motivasyonum oldukça yüksekti.

İlk görüşmelerde çekingenliği ve az konuşması zaman zaman zorlayıcı olsa da bu zorlanmasına elimden geldiğince eşlik ettim, otoriter ve ısrarcı bir izlenim oluşturmamaya, süreçte yanımda rahat hissetmesi için spontan ve izin verici davranmaya özen gösterdim. Nitekim bu konuda giderek karşılıklı olarak daha rahat hissettiğimizi söyleyebilirim. Gülce giderek kendisini seanslarda daha rahat hissettiğini belirtti, kendisini açması, sorunlarını, sıkıntı veren duygu ve düşüncelerini daha kolay bir biçimde aktarabildiği hakkında geribildirimler verdi.

Öte yandan, seanslarda verimli çalıştığımızı düşündüren geribildirimleri, kurabildiğimiz yakın terapötik ilişki, onun içgörülü hali ile aynı zamanda tez çalışması katılımcısı olması, hızlı değişim beklediğim bir süreç olmasına da yol açtı. Beklediğim düzeyde ve hızda değişimin gerçekleşmemesi hayal kırıklığı yarattı, bunun aynı zamanda benim talepkar ebeveyn modum ile ilişkili olabileceğini fark ettim.

Bunu Tez Danışmanımla ve Tez İzleme Komitesinde yer alan hocalarımla paylaştıktan ve süpervizyon aldıktan sonra, özellikle yeme bozukluğu psikopatolojisinin dirençli seyrini göz önünde bulundurarak sürece dair beklentilerim konusunda biraz daha sakin kalabildiğimi söyleyebilirim.

Özetle, hasta ile yakın ve sıcak bir ilişkimiz olduğunu hissettim ve ondan da benzer geribildirimleri süreç boyunca aldım. Hasta her zaman seanslara vaktinde ve istekli biçimde geldi, zorlanmasına rağmen iyileşmek için emek verdi, mod günlüğü tutmak gibi kendisine düşen görevleri özenle yerine getirdi. Hastanın mod günlüğünü etkin biçimde kullanması, seanslarda değişim için gösterdiği yoğun çaba olarak ele alındı ve desteklendi.

Gülce'nin mod günlüğünü nasıl kullandığını gösteren örnekler olması açısından aşağıdaki alıntılara yer verilmiştir.

“Evet, yapabilirim. Ben de bu meyvelerin tadına bakabilirim, bir iki taneden ne zarar gelir ki... Aksine meyve sağlıklı bir yiyecek. Hadi Gülce, yapabilirsin. Suçluluk duysan da yap. Emin ol o ses, sen bir adım attıkça o da bir adım geriye atacak. Hiçbir şey olmayacak. Küçük Gülce'yi düşün, kim bilir nasıl canı çekti o meyvelerden, onun da hakkı var yemeye. Onu kırma. Ona iyi bak. O daha gelişme evresinde, her şeyden yemesi lazım. Biliyorum o ses seni rahat bırakmıyor ama yapabilirsin. O sese boyun eğme artık, sustur onu. Ben inanıyorum, sen yapacaksın. Bereber yapacağız. Hadi Küçük Gülce'nin elinden tut ve ye. Göreceksin, içindeki çocuk çok mutlu olacak. Sen de o mutlu oldu diye olacaksın. Cezalandırıcı ebeveyn modu çok mutsuz ve yalnız. Bu yüzden senin mutlu olmanı istemiyor. Seni kendisi gibi yapmaya çalışıyor. Kıskanç bir ses o. Seninle başa çıkamayacağını anlayacak, merak etme. Yeneceksin artık o sesi.”

(...)

“Yaptım. Suçluluk duysam da yaptım. Küçük Gülce'yi düşündüm. Onun canı çok istemiş o meyvelerden. Ne kadar mutlu oldu tadına bakabildi diye. İçimdeki ses hala konuşuyor. Ama ben onu dinlemiyorum. Artık ona kulak asmayacağım. Başarabilirim. Ben yapabilirim.”

(...)

“Biraz önce anneme sütümü içtim diye yalan söyledim. Okul yemeğimi hazırladım diye de yalan söyledim. Ama sonra içimden bir ses “Yapma!” dedi. “Cezalandırıcı ebeveyn modunun seni yönlendirmesine izin verme” dedi. Sonra annemin yanına gittim ve her şeyi itiraf ettim. Okul yemeğimi hazırladım. Sütümü de içtim. Bir an kendime “Ben ne yapıyorum?” dedim. İçim hiç rahat değildi yalan söylediğim için. Ama şimdi daha mutluyum. Seni dinlemeyeceğim. Bu bana göre çok büyük bir adım. Artık diyetime uyacağım. Sen de boşuna çabalayacaksın. Çünkü seni dinlemeyeceğim!”

Bu alıntılardan da anlaşılacağı gibi; hasta şema mod modelini içselleştirebilmiş, cezalandırıcı ebeveyn moduna karşı sağlıklı yetişkin mod söylemleri ile mücadele etmeye çalışmıştır.

### 3.1.2. Sudenaz için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması

Hastanın Terapiye Başvurma Sebepleri:

- a) Başlangıçta: Sudenaz, düşük kilo ağırlığına rağmen kilo almayla ilgili kaygı hissetmekte, buna bağlı olarak aile ilişkileri olumsuz yönde etkilenmekte ve onlarla sık sık tartışmaktadır. Evde sinirli olduğunu belirten hasta, çok heyecanlı olduğundan da yakınmakta ve özellikle otorite figürleri karşısında (öğretmen, müdür, doktor vb.) kendisini rahat ifade edemediğini aktarmaktadır. Bir sonraki yıl üniversite sınavına girecek olan hasta için bu sınav da büyük bir kaygı kaynağıdır, akademik başarı ile ilgili konularda kaygı düzeyi oldukça yüksektir.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Hastanın sorunları benzer şekilde devam etmektedir.

Hasta Hakkında Genel İzlenim:

- a) Başlangıçta: Hasta heyecanlı, çekingen, daha çok karşısındakini memnun etmeye çalışan, nazik bir gençtir. Çoğunlukla kambur durmakta, göz teması kurmakta zorlanmaktadır.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Hastanın kendisini daha rahat ifade edebildiği söylenebilir. Seanslarda daha az çekingen davranmaktadır.

#### 3.1.2.1. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

Standart Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu puanlandırma sistemi kullanılarak 1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik arasında değerlendirme yapılarak puan verilmiştir.

**Tablo 5.** Sudanaz İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİ PUANI	AÇIKLAMALAR
<b>Mesleki ya da okul performansı</b>	5	Hasta oldukça başarılıdır. Derslerine katılmakta, üzerine düşen sorumlulukları eksiksiz biçimde yerine getirmeye çalışmaktadır. Ancak sıklıkla hastaneye gelmesi gerektiğinden devamsızlığı olmakta ve bu performansını etkileyebilmektedir.
<b>Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler</b>	3	Hastanın şimdiye kadar böyle bir deneyimi olmamıştır. Bu alan ile ilgili herhangi bir gündemi yoktur.
<b>Aile ilişkileri</b>	2	Hasta annesi ile sıklıkla tartışmaktadır. Yakın ve sıcak bir ilişkileri olduğu söylenemez. Ablası ile görece daha yakın olsa da onunla kendisini kıyaslaması da kötü hissettirmektedir. Babası ile geçmişteki ilişkileri oldukça çatışmalı olsa da bu dönemde mesafeli bir ilişki sürdürmektedirler.
<b>Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler</b>	4	Hastanın bu alanda yaşadığı belirgin bir sorun olmamakla birlikte, kendisini akran ilişkilerinde rahatça ifade etme, hayır diyebilme gibi konularda zaman zaman zorlanmaktadır. Duygusal olarak çok yakın arkadaşlıklar kurduğu söylenemez. Yine de okulda ve dershanede arkadaşlarının yanında kendisini iyi hissettiğinden bahsetmektedir.
<b>Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme</b>	4	Hastanın yalnız başına yaptığı başlıca aktivite ders çalışmaktır. Kendisine iyi gelebilecek alanlara yönelmek, farklı uğraşlarla ilgilenmek, hobi edinmek gibi bir hedefi yoktur. Tek başına kalabilmektedir ancak bu zamanı nitelikli bir biçimde doldurmayla ilgili özel bir çabası yoktur.

### 3.1.2.2. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

**1. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta, kilo almaya yönelik yoğun korku duymakta, bu nedenle kısıtlayıcı yeme davranışlarına yönelmektedir. Sıklıkla kilosunu ve nasıl görüldüğünü değerlendirmekte ve beğenmediği için mutsuz hissetmektedir.

**2. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta, sosyal ortamlarda kaygılanmakta, kendisini çekingen biri olarak tarif etmekte ve rahat konuşamamaktadır. Özellikle kendisinden yaşça büyük kişilerin karşısında, hiyerarşik olarak daha üstte

olduğunu düşündüğü kişilerin yanında gerilmekte ve kendini rahat ifade edememektedir.

**3. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın ailesi ile çatışmalı bir ilişkisi vardır. Özellikle yemeklerini kısıtlıyor olması, evde yemek seçmesi, aile üyelerinin yemek konusundaki ısrarı hastayı öfkelenmektedir. Evde bu konuyla ilgili sıklıkla kavga çıkmaktadır. Bunun yanında annesi ve babası ile yakın ve sıcak ilişkileri olduğu söylenemez, paylaşımları oldukça sınırlıdır. Evde kendisine en yakın hissettiği kişi olan ablası ile de kendisini fazlasıyla kıyaslamakta ve kendini bu bağlamda da yetersiz hissetmektedir.

**4. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta için akademik başarı her şeyden önemlidir. Ablası gibi iyi bir Tıp Fakültesine gitmek istemektedir. Bunun için çok istekli olan hasta, aynı zamanda çok da kaygılıdır. Bu hedefine ulaşamama ihtimali onun için yıkıcı görünmektedir, bu nedenle okuldaki ve dershanedeki sınavlarını, öğretmenlerinin ve çevresindekilerinin sözlerini çok önemsemekte, işler yolunda gitmediğinde fazlasıyla depresif ve kaygılı hissetmektedir.

### 3.1.2.3. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

Hastanın aile yaşamı ilk çocukluk yıllarından itibaren hep sıkıntılı olmuştur. Babası, sinirli, fiziksel ve sözel şiddet uygulayan, baskıcı biri olarak tarif edilmektedir. Hasta ve ablası çok küçük yaşlardan itibaren babalarından korkmuşlardır. Abla, ortaokuldan sonra evden ayrılmış ve yurttaki yaşamaya başlamıştır. Hasta, anne ve babasıyla birlikte yaşamaya devam etmiş ve ev içinde hep yoğun bir kaygı hissederek büyümüştür. Annesini, sessiz, sakin, boyun eğici özelliklere sahip, hastayı anlamaktan uzak biri olarak algılamaktadır. Hem anne, hem de baba akademik başarısına çok önem vermekte, basit görülebilecek, hoşgörü ile yaklaşılabilir bir başarısızlıkta dahi ablasıyla ve diğer öğrencilerle kıyaslamaya ve eleştirmeye başlamaktadırlar. Hasta bu durumdan şikayetçi olmakla birlikte, bu durumu kanıksamış ve benzer bir kıyaslamayı o da kendi içinde yapmaya başladığını aktarmıştır. Özellikle kendisinden “idolüm” diye bahsettiği ablası, onun için ulaşmayı istediği yüksek

hedefleri simgelemektedir. Hem akrabalar ve ebeveyni tarafından, hem de kendisi tarafından abla ile devamlı olarak kıyaslanmaktadır. Okul hayatının başladığı yıllardan itibaren ebeveyninin kendisini motive etmek istediğinde, iyi bir şey söylediklerini düşündüklerinde dahi “Sen ablandan bile iyi yaparsın” şeklinde kendisine yaklaştıklarını aktarmıştır.

#### 3.1.2.4. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Güvenli bağlanma, kabul, bakım

Hastanın duygusal yakınlığı ve bakımı sınırlı biçimde aldığı, daha başarı odaklı bir bakış açısıyla büyütüldüğü söylenebilir. Bu da hastanın koşulsuz olarak kendisini sevebilir, değerli, yeterli biri olarak hissetmesini engellemiştir. Buna ek olarak babasının şiddet uygulayan, çocuklara korku veren bir yaklaşımının olmasının da bu ihtiyacı büyük oranda ketlediği söylenebilir.

2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Gereksinimlerin ve duyguların özgürce dile getirilmesi

Babanın öfkeli tarzı, Sudenaz’da özellikle çocukluk dönemlerinde korku yaratmış, o dönemden itibaren sessiz kalmasına, duygularını ve gereksinimlerini rahatça ifade edememesine yol açmıştır. Annesinin boyun eğici tarzının da rol model oluşturmuş olabileceği değerlendirilmiştir.

3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Kendiliğindenlik ve oyun

Hastanın başarılı olmayı her şeyin üstüne koyan yetiştirilme tarzı ile kendi iyilik halini gözetme, keyif alma, eğlenceli etkinliklerde bulunma gibi ihtiyaçları ihmal edilmiştir. Yine başarılı olma kurallarına bağlı olarak cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şemalarına uygun zemin oluşturulmuş, hastanın kendi ihtiyaçlarıyla

uyumlu olmasından katı bakış açısı ile yalnızca yapması gereken görevlere odaklanılmıştır.

#### 3.1.2.5. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler:

Hastanın, genel olarak kaygılı biri olduğu söylenebilir. Kendisini tetikleyen konular olmakla birlikte genel duygudurumunu kaygılı olarak tarif etmektedir. Hasta, anoreksiya nervoza ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır. Babasının yıllar boyu öfke kontrolünde zorluğu olduğu öğrenilmiş, ancak hastanın yeme bozukluğu hastalığının ortaya çıkmasıyla tedavi almayı kabul etmiştir. Hastanın babası bu zorlukla ilgili psikofarmakolojik tedavi almaktadır.

#### 3.1.2.6. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

Hastanın ailesi muhafazakâr bir yapıya sahiptir, ataerkil bir düzende aile yaşantılarını sürdürmektedirler. Babanın sözünün daha baskın olduğu, annenin boyun eğici bir tarzda olduğu göze çarpmaktadır. Annenin kendisinin ailesi tarafından okula gönderilmeyişi ve eğitimini yarıda bırakmak zorunda kalması, onda kızlarının eğitim hayatlarında çok başarılı olmaları gerektiği ile ilgili bir hırs oluşturmuş ve bu konuya fazlasıyla odaklanmıştır.

#### 3.1.2.7. En İlişkili Şemalar

##### 1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kusurluluk

Hasta, kendisini sevilemez, yetersiz, kusurlu biri olarak görmektedir. Bu şema, akademik yaşamında, akran ilişkilerinde, sosyal ortamlarda tetiklenmekte ve hastayı huzursuz, gergin, çekingen biri haline getirmektedir.

##### 2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Duygusal Yoksunluk

Hasta, aile içinde duygusal yakınlığı ve sıcaklığı hissedememektedir. O da aile üyelerine karşı, özellikle ebeveynine mesafeli davranmakta, paylaşımlarını sınırlı



tutmaktadır. Arkadaşlarıyla ilişkilerinde uyumlu olsa da fazla derinleşemediği, yüzeysel ilişkiler kurduğu gözlenmektedir.

### 3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Onay Arayıcılık

Hasta için başkalarının ne düşündüğü her şeyden önemlidir. Akrabalar, komşular, ailesi, akranları, öğretmenleri, hemen herkes bu grubun içindedir. Dierlerinin gözünde nasıl görüldüğü ile çok ilgili olan hasta, onay arayıcılık şemasını hayatının her alanında hissetmektedir.

### 4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Yüksek Standartlar

Hasta için akademik yaşamında başarılı olmak her şeyden önemli görünmektedir. Üniversite sınavında derece yapmak, iyi bir meslek sahibi olmak gibi hedefleri her şeyden önemli gibidir, bu alanda oluşan herhangi bir aksilik (deneme sınavından düşük puan almak, olumsuz bir eleştiri vb.) hastayı yıkmaktadır. Hedefleri konusunda hiçbir esneklik göstermemekte, en mükemmel çizgiyi yakalamak için durmadan çalışmaktadır.

### 5. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Cezalandırma

Hasta, kendisine oldukça cezalandırıcı yaklaşmakta, her konuda yerden yere vumakta ve davranışsal düzeyde de bu şemayı deneyimlemektedir. Kendini aç bırakması, sadece başarılı olma misyonu ile var olmayı hakettiğini düşünmesi ile herhangi bir hatasında en ağır yargılamalarla kendisini suçlaması bu şema ile ilişkilidir.

### 6. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Boyun Eğicilik

Hastanın duygu ve ihtiyaçlarını zor ifade etmesi ve kaygılı ve çekingen hali bu şema ile ortaya çıkmaktadır. Özellikle otorite figürleri ile ilişkilerinde kendisini oldukça rahatsız hissetmesi ve çoğunlukla onların her dediğini kabul etmek zorunda kalması, akran ilişkilerinde her zaman uyumlu olan ve kendi isteklerini göz ardı eden kişinin kendisi olması bu şema ile ilgili görünmektedir.

### 3.1.2.8. En Bağlantılı Şema Modları

#### 1. Kırılğan ocuk Modu: Küçük Sudanaz

Kusurluluk ve duygusal yoksunluk Şemaları ile çok sık ortaya çıkan bir moddur.

Özellikle kilo aldığını düşündüğü zamanlar, baŐarisının düştüğü durumlar ile aile çatışmalarının arttığı dönemlerde kendisini yetersiz, özelliksiz, beğenilmeyecek ve sevilmeyecek biri gibi hissetmekte, bu dönemlerde hasta ie kapanmaktadır.

#### 2. Öfkeli ocuk Modu

Bu mod, sadece aile içinde çıkmaktadır. Kavgalar sırasında birkaç defa annesine vurduğu, evde sesini çok yükselttiği ve kötü sözler söylediği öğrenilmiştir. Seanslarda ele alındığında, bu modun Kk Sudanaz'ın ihtiyaçları karŐılanmadıęında, anlaşılmadığını hissettiği zamanlardaki hırınlaŐma hali olduğu üzerinde durulmuştur.

### 3.1.2.9. Uyum Bozucu Başetme Modları

#### 1. Söz Dinleyen Teslimci Mod

Boyun eğicilik ve onay arayıcılık Şeması ile ortaya çıkmaktadır. Söylenilen hemen her Şeyi kabul etmekte, karşı çıkmamakta, kendi isteklerini ortaya koymamaktadır. Kendisinden yaŐa büyük, (kendisinden ve daha üstün gördüğü ğretmen, doktor gibi kişilerle iletiŐimde çok zorlanıyor olması da, bu mod ile ilişkilidir.

#### 2. Kaçıngan Korungan Mod

Hastanın davranışsal düzeydeki kaçınmalarını açıklayan modudur. Hasta, beden memnuniyetsizliği arttığı dönemlerde ie kapanmakta, sosyal iliŐkilerinden kendini çekmektedir. Kaygılı olduğu dönemlerde de bu durum geçerlidir.

### 3.1.2.10. İşlev Bozucu Ebeveyn Modları

#### 1. Cezalandırıcı ve Eleştirel Ebeveyn Modu

Kilo alma ve başarılı olma konularında sıklıkla bu modun sesi yükselmektedir. Hasta, kendisini bu modu ile aç bırakmakta, kendisini keyif verecek şeylerden mahrum bırakmaktadır. Kendisine iyi davranmadığı, acımasızca yaklaştığı hali bu mod ile karakterizedir. Hasta kendisini hiçbir yönden beğenmediğini sıklıkla dile getirmekte, “Ben gerizekalıyım, sınavda arkadaşlarımdan düşük not aldım, zaten kaygılanıyorum, konuşamıyorum” gibi sert eleştirilerde bulunmaktadır. Sadece “başarılı olmak, kafasının çalışmasını sağlamak” gibi sebeplerle yemek yiyebildiğini, onun dışında sağlığını önemsemediğini belirtmiştir.

#### 2. Talepkar Ebeveyn Modu

Hastanın özellikle akademik yaşamında elde ettiği başarıları değersizleştiren, bunun yanında her zaman daha fazlasını bekleyen modudur. Yüksek standartlar şeması ile tetiklenmekte ve hastayı işler yolunda gitmediğinde son derece kötü hissettirmektedir. Hasta kendisinin durmadan çalışmak zorunda olduğunu düşünmekte, diğer ihtiyaçlarını tamamen göz ardı etmektedir.

### 3.1.2.11. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hasta genel olarak çekingen olsa da güleryüzlü, canayakın ve nazik bir gençtir. Bu özellikleri kişiler arası ilişkilerde onu sempati duyulabilen, ilişkisel, sıcak bir zemine taşımaktadır. Öğretmenleri ve arkadaşları tarafından seilmekte, uyumlu biri olarak görülmektedir Yaşı ile uyumlu bir algılama ve kavrama kapasitesine sahiptir, başarılıdır. Başarılı olma meselesi hastayı zorlayan bir konu olsa da hedeflerine ulaşabilmesi, kendisine iyi gelecek alanlar yaratabilmesi, özerkleşebilmesi için avantaj olarak düşünülebilir.

### 3.1.2.12. Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi

Hasta ile olan terapötik ilişkimizde ve sınırlı yeniden ebeveynlik yaklaşımında, başından itibaren dikkat ettiğim ve özen gösterdiğim nokta; kusurluluk ve yüksek standartlar şemalarının tetiklendiği alanlarda şimdiye kadar alışık olduğu talepkar ebeveyn modu ile cezalandırıcı ebeveyn modu tutumlarının aksine sağlıklı yetişkin ile seanslara getirdiği malzemeleri ele almak oldu. Ablası ile yaptığı kıyaslamalarını bir kenara bırakıp “sen biriciksin, özelsin, başarılı olmaktan daha önemli olan şey senin iyilik halin” mesajını yakın ve içten paylaşımlar ile vermeye çalıştım. Benzer şekilde geleceğe yönelik hedeflerini şekillendirirken de “Ablasının yolundan gitmek, onun gibi başarılı olmak, onun başarılarını yakalamak” gibi neredeyse kendini bildi bileli empoze edilen düşünceler yerine kendi isteklerini gözetebilmesi için cesaretlendirmeye çalıştım.

Bunun yanında, seanslarda söz dinleyen teslimci modu farketdiğimde sıklıkla bunu gündeme getirdim, çekingenliğine ve boyun eğmesine yönelik müdahalelerde bulundum, kendini ifade etmesi için alan açmaya çalıştım. Hasta da terapi ilişkimizde diğer hiyerarşik ilişkilerinde ve diğer yetişkinlerle kurduğu iletişimlerden daha farklı ve rahat hissettiğini dile getirdi.

### 3.1.3. Pınar için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması

Hastanın Terapiye Başvurma Sebepleri:

- a) Başlangıçta: Kilo almaya yönelik yoğun kaygı hissetme, arkadaşların veya ailenin yanında yemek yerken rahatsızlık hissetme, bundan dolayı rahatsızlık duyma ve sinirli hissetme, ebeveyn ile çatışmalı ilişki, sıklıkla keyifsiz hissetme ve haftada birkaç kez ağlama hastanın terapiye getirdiği başlıca şikayetleridir.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Kilo almaya yönelik kaygı hissetmek, başkalarının yanında yemek yiyememek gibi şikayetleri devam etmektedir. Bunun yanında, ailesiyle ilişkilerinde belirgin düzeyde iyileşme olmuş, çatışmaları azalmıştır. Arkadaşlarıyla olan ilişkisinde kendisini daha rahat ifade etmeyi istemek, gerektiği durumlarda kendini savunabilmeyi istemektedir.

Hasta Hakkında Genel İzlenim:

- a) Başlangıçta: Hasta, dışadönük biri olarak tarif edilebilir. Kendini açmayla ilgili sıkıntı hissetmemektedir. İlk temaslarda duygusal olarak kopuk sayılabilir. Yaşından büyük gösteren makyaj yapmakta, vücut hatlarını belli eden dar ve açık kıyafetler giymektedir.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Hastanın 20. Görüşmeye gelindiği dönemde daha rahat iletişim kurduğu, duygusal olarak da temasının arttığı düşünülmektedir. Yaşından büyük gösteren abartılı makyajının ve giyim tarzının değişmeye başladığı gözlenmiştir.

#### 3.1.3.1. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

Standart Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu puanlandırma sistemi kullanılarak 1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik arasında değerlendirme yapılarak puan verilmiştir.

**Tablo 6.** Pınar İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİ PUANI	AÇIKLAMALAR
<b>Mesleki ya da okul performansı</b>	5	Hastanın akademik başarısı yüksektir, üzerine düşen görevleri çoğunlukla yerine getirmekte, gündemini başka konular çok meşgul ettiğinde kısa aralıklarla derslerden uzaklaşsa da ortalamanın üzerinde başarı elde etmektedir. Geleceğe yönelik hedefleri olan hasta, meslek seçimi gibi konuları önemsemektedir.
<b>Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler</b>	3	Hastanın dönem dönem erkek arkadaşları olmaktadır. Romantik ilişkilerle ilgili kafasının karışık olduğu söylenebilir, duygusal ihtiyaçlarını çok iyi değerlendiremeyen hasta zaman zaman bu ilişkilerde boyun eğici olabilmekte, sağlıklı sınırlar koyamamaktadır (hayır diyememek, kötü sözlere karşı kendini koruyamamak, kendi sınırlarına müdahale eden yasaklayıcı kurallara göz yummak gibi).
<b>Aile ilişkileri</b>	3	Hastanın ailesi ile inişli çıkışlı bir ilişkisi vardır. En çok kısıtlayıcı yemek yeme davranışları ve kilo kaybetme ile ilgili konularda sıkıntı yaşamaktadırlar. Hasta için evde sağlıklı sınırlar konulmamakta, bu da ilişkilerde onu daha şımarık ve hırçın bir noktaya taşımaktadır. Kardeşi ile de sık kavga ettiğini belirtmekte, yakın ve paylaşımcı bir ilişkinin uzağında, daha çok kendisinin sözünün geçtiği bir ilişki tarif etmektedir.
<b>Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler</b>	4	Yakın arkadaşlıklar kurabilmekte, onlara karşı daha hassas davranmaktadır. Sosyal ilişkilerde yeni tanıştığı insanlara hızlı güveniyor olmasından dolayı yaşadığı olumsuzluklardan yakınmaktadır (sırlarını, kişisel konuları erken paylaşma gibi).
<b>Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme</b>	2	Hasta yalnız kaldığı zamanlarda genellikle odasında fiziksel görünüşüyle aşırı uğraş halinde olduğunu aktarmaktadır (gereğinden çok daha fazla egzersiz yapmak -bir günde 100 mekik çekmek vb.-, göz rengi değiştirme operasyonu, boyunu uzatacak ilaç araştırmak gibi). Bunların sonucunda yalnız kaldığında genellikle kendisini iyi hissetmemektedir.

### 3.1.3.2. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

**1. Yaşam Sorunu/Belirti:** Kısıtlayıcı yeme örüntüsü en temel sorunlardan birisidir. Hasta öğlenleri yemek yememekte, tüm gün kendisini aç bırakmaktadır. Sabah ve akşam öğünlerinde benzer diyet yiyeceklerle hazırladığı, besin değeri düşük kısır bir yeme düzeni vardır. Bu, hastanın hem fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkilemekte hem de okul yaşamında onu zorlamakta, derslere veya yapması gereken işlere odaklanmasını engellemektedir. Aynı zamanda uzun

sürekli açıklıklardan sonra çok sinirli olmakta, bunun ailesi ile yaşadığı çatışmalarda önemli bir etken olduğunu düşündüğünü aktarmaktadır.

**2. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta, fiziksel görünümüyle aşırı uğraş içindedir, sıklıkla fiziksel görünümünün kendisi için çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Yaştlarına göre daha bakımlı, yaşından büyük göstermektedir. Ailesinin kendisinin giyim tarzına karışmasından şikayetçi olduğunu, ancak bu konudaki çatışmalara rağmen kendi istediği biçimde giyinmeye devam ettiğini belirtmektedir. Hastanın yalnızca kilosuna değil, göz rengi, saç modeli gibi konularda da dış görünüşüne fazlaca önem verdiği anlaşılmış ve süreç boyunca bu konular da ele alınmıştır.

**3. Yaşam Sorunu/Belirti:** Ebeveyni ile yaşadığı çatışmalar, genellikle kilo alma korkusu ve sağlıklı beslenmemesi, kısıtlayıcı yeme örüntüsünü sürdürmesi ile ilgili konuşmalarla başlamaktadır. Evde tansiyon giderek artmakta, hastanın ebeveynine karşı saygısızca denebilecek tavırlar sergilemesi, sesini yükseltmesi, uygunsuz-argo kelimeler kullanması ile büyük kavgalara dönüşmektedir. Hırçın ve inatçı bir tutum gösteren hastaya anne ve babası bir noktadan sonra ses çıkarmamaktadır. Ebeveynin bu tavrı, makyaj ve kıyafet konusunda da böyledir, hasta onları dinlemediğini, artık onların da buna alıştığını ve kendi istediği şekilde davranabildiğini aktarmaktadır. Evde daha çok hastanın sözünün geçtiği söylenebilir. Kardeşi ile olan ilişkisinde de abla rolünü benimsemediğini, kendi isteklerini öncelikli olarak aileye dayattığını, kardeşinin isteklerinin aile için ikinci planda kaldığını anlatmaktadır.

**4. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hasta, evde sergilediği tavırların aksine hem yakın arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde hem de romantik ilişkilerde karşı tarafı memnun etmeye çalışan, kendi sınırlarını iyi koruyamayan ve bundan dolayı zarar görebileceği durumların içine giren bir örüntü sergilemektedir. Öyle ki, çok yakın olmadığı arkadaşlarına bile sürekli açıklama yapmak mecburiyetinde hissetmekte, kişisel konuları onlarla da konuşabilmektedir. Bu, hastayı ilerleyen zamanlarda zor duruma sokabilmektedir. Onunla ilgili insanların ne düşündüğünü çok önemsemekte ve onları memnun etmeye yönelik adımlar atmaktadır. Erkek

arkadaş ilişkilerinde de benzer bir durum vardır. Beğeni toplamak hasta için önemlidir, ilişkilerin başında motivasyonu ilgi çekmek olsa da ilişkilerin içine girdiğinde karşı tarafı memnun etmek, isteklerine hayır diyememek ve ilişkiden çıkabilmek onun için zor görünmektedir.

### 3.1.3.3. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

Hastanın annesi sağlıklı sınır koyamayan, çoğunlukla rehber olamayan, çocuklarına, “her zaman arkadaş, akranı gibi” davranma eğiliminde; çocuklarıyla, eşyle ve eşinin ailesiyle olan ilişkilerinde boyun eğici örüntüye sahip biri olarak tarif edilebilir. Hastaya çok sorumluluk vermediğini, daha çok isteklerini yerine getirmeye çalıştığını aktarmaktadır.

Hastanın babası, eşi ve çocuklarıyla çok ilgili değildir, evdeki meselelere uzak kalmaktadır, daha çok kendi işleriyle meşguldür. Kendi kök ailesine düşkündür. Önceliği, annesi, babası ve diğer akrabalarına vermektedir. Babasının mükemmeliyetçi bir yanı da bulunmaktadır, hasta çok çalıştığı bir sınavdan 78 aldığını öğrendiğinde çok sevindiğini, ancak babasının bunu yeterli bulmadığını ve hayal kırıklığına uğradığını hatırlamaktadır.

Anne ve babanın ilişkisi uzak olarak tarif edilebilir, aralarında duygusal yakınlığın olmadığı söylenebilir.

Hastanın 8-9 yaşlarında maruz kaldığı bir taciz öyküsü vardır. Kendisinden 5-6 yaş büyük, baba tarafından bir akrabasının düzenli olarak cinsel istismarına maruz kalması, bu durum ortaya çıktığında aile içinde konunun sağlıklı biçimde ele alınmaması ve babanın bu akrabalarla görüşmeye devam etmesi, ilişkilerin bozulmasını istememesi, hastadan da bunu beklemesi hasta ve babasının ilişkisini bozmuş; hastayı yalnız, üzgün ve öfkeli hissettirmiştir.



### 3.1.3.4. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Güvenli bağlanma, kabul, bakım

Hastanın duygusal ihtiyaçlarının ihmal edildiği söylenebilir. Annesinin boyun eğici ve duygusal olarak kapsayıcı olamayan duruşu, babası ile duygusal olarak kopuk ilişkileri hastayı yalnız hissettirmiştir. Tacize uğradığı dönem, bu duygularının en baskın olduğu zamanlar olarak ele alınmıştır. O dönemde anlaşılmadığını ve ebeveyni tarafından yeterince korunmadığını hissetmiştir.

2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Gereksinimlerin ve duyguların özgürce dile getirilmesi

Hastanın sınır koyma ile ilgili zorluğunun anne ve babasının boyun eğici örüntüsünü rol model alarak geliştirdiği düşünülebilir. Annesi eşi, çocukları ve akrabalarıyla olan ilişkilerde boyun eğici, kendi gereksinim ve duygularını rahatça ifade edemeyen bir pozisyondadır. Öte yandan ev içinde güçlü bir figür olan babası da kendi kök ailesine karşı boyun eğici, onları memnun etmeye çalışan bir tavra sahiptir. Nitekim, taciz gibi önemli bir olayda bile akrabalara karşı sınır koymakta zorlanmış ve hastadan bu durumu “idare etmesini, büyümemesini” beklemiştir.

3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Gerçekçi sınırlar ve özdenetim

Hastanın duygusal ihtiyaçları ihmal edilirken diğer istekleri çoğun zaman ertelenmemiş ve istekleri çoğunlukla yerine getirilmiştir. Hasta evin neredeyse patronu gibi olmuş ve sınırsız biçimde kendisi için iyi olmasa dahi istekleri gerçekleştirilmiştir (onun dediği yerlere gitme, evde her zaman diyet ürünler tüketme, kardeşinin istediklerini göz ardı etme gibi). Bunlara ek olarak, hastaya sorumluluk da neredeyse hiç verilmemiş, hastanın tüm gereksinimleri ve istekleri annesi tarafından yerine getirilmiştir.

### 3.1.3.5. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler

Hastanın geçmiş yıllarda Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Ayrılık Anksiyetesi tanılarını aldığı bilinmektedir. Hastanın kaygı düzeyi genel olarak yüksektir.

### 3.1.3.6. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler:

Hastanın ailesi ve yaşadığı muhit muhafazakâr bir çevredir, ataerkil kuralların daha ön planda olduğu bir düzen içindedir. Bu sosyal çevre içinde hastanın annesi de babası da kendisi de duygusal ihtiyaç ve isteklerini rahatlıkla ortaya koyamamaktadır. Kendilerine yakın bir yerde oturan babasının ailesinin beklentileri daha önem kazanmakta, bu da aile içindeki ilişkilere ve doğal olarak hastaya olumsuz yansımaktadır.

### 3.1.3.7. En İlişkili Şemalar

#### 1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Duygusal Yoksunluk

Hasta kendisini ev içinde yalnız hissetmektedir, kendisini zorlayan konuları çoğu zaman ailesiyle paylaşmamakta, anlaşılmayacağını düşünmektedir. Babası tarafından tercih edilmemiş hissetmekte, babasının akrabalarıyla ilgili bir gündem olduğunda kendisini kötü hissetmektedir.

#### 2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kusurluluk

Hasta, kendisini yeterli, onaylanabilir, beğenilir biri olarak görmemektedir. Bu şemanın varlığı, en çok fiziksel özellikleriyle aşırı uğraşlarında hissedilmektedir. Hastanın göz rengi ve saç şekliyle sürekli ilgilenmesi, sağlığını riske atacak düzeyde yemeyi kısıtlayarak düşük kilo ağırlığında kalmaya çalışması, kendi fiziksel kapasitesinin çok üzerinde uzun süreler spor yapması buna örnek sayılabilir.

### 3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kötüye Kullanılma

Hasta çevresindeki kişilere onları çok tanımadan hızlıca güvenmektedir. Okulda ya da dışarıdan tanıdığı kişilere kendisiyle ilgili özel konuları anlatıp sonradan pişman olabilmektedir.

İnternette gördüklerine sorgulamadan inanmakta, düşünceye odaklanarak göz rengi değiştirmenin mümkün olacağını anlatan sitelere girmektedir. Yine internet üzerinden riskli paylaşımlarda bulunması, tanımadığı kişilerle flörtleşmesi, kendisini koruyacak biçimde adımlar atmadan, aksine zor durumda bırakacak adımlar atması bu şemanın kendisini gösterdiği durumlara örnek sayılabilir.

### 4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Boyun Eğicilik

Hasta, akranlarına ve romantik ilişki içinde olduğu kişilere kolay kolay hayır diyememekte, tartışmalarda genellikle alttan alan taraf olmakta, kendisini savunmamaktadır. Kötü muameleye maruz kaldığında da karşı koymamaktadır.

### 5. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Haklılık

Hastanın bu şeması, kendisini en çok ev içinde göstermektedir. Haftasonları ailece yapılacak aktivitelerde halen hastanın istekleri öncelikli haldedir, tamamen ona göre program yapılmaktadır. Kardeşi ile olan ilişkisinde neredeyse kendisi küçük kardeş rolündedir, eşyalarını kullandırtmamakta, bağırılmaktadır. Özellikle annesine karşı uygun olmayan şekilde davranmaktan ve konuşmaktan hiç çekinmemektedir.

zaman zaman hastanede devam eden tedavisinde de bu şemanın etkisi hissedilmektedir. “Artık canım ilacı almak istemedi” diyerek psikiyatrik ilacını aniden bırakması, “o diyet listesi çok fazla, ben uyamam” gibi açıklamaları bu duruma örnek sayılabilir. Zaman zaman akranları ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlarda da bu şemanın etkisi olduğu düşünülmektedir. “Her ikisinden de

hoşlandım, ikisiyle de çıkmak istedim.” gibi romantik ilişkilerde kendisi ve karşısındaki için iyi olmayacak biçimde kararlar alabilmektedir.

### 3.1.3.8. En Bağlantılı Şema Modları

#### 1. Kırılgan Çocuk Modu: Küçük Pınar

Bu mod, hastanın çoğunlukla duygusal yoksunluk ve kusurluluk şemaları ile ortaya çıkmaktadır.

Hastanın kendisini fiziksel olarak yeterli bulmadığı, beğenilmediğini hissettiği zamanlar ile ailesi tarafından anlaşılmadığını düşündüğü ve babasının ailesine karşı tercih edilmediğini hissettiği anlar bu modun görüldüğü durumlar arasındadır. Bunun yanında akran ilişkilerinde ve romantik ilişkilerde de bu mod hissedilmektedir. Dinlenmediğini düşündüğü bazı zamanlarda alıngan davranıp çabucak küsebilirken, bazı zamanlarda da yalnız kalma korkusu ile onlara yapışmaktadır.

#### 2. Şımarık çocuk modu:

Bu mod haklılık şeması ile ilişkili görünmektedir.

Evde kendisinden 4 yaş küçük bir kardeşi olmasına rağmen ilgi çekmeye çalışan, evde küçük kardeş rolünü üstlenen bir tarzı olduğunu aktarmaktadır. Çoğu zaman kendi istediği yemekleri yaptırma, haftasonları aile programlarını oluştururken kendi tercihlerine göre ısrar etme, istedikleri yerine getirilmediğinde uygun olmayan saygısızca cevaplar verme gibi bir örüntü içindedir. Evde sözü geçtiği için bu modu başlangıçta işlevsel, işe yarayan bir özelliği olarak değerlendirdiği anlaşılmıştır.

Ev dışında bu modun görüldüğü başka alanlar da vardır. Aynı anda hoşlandığı iki çocuk ile çıkmaya çalışma, ikisini de kaybetmek istememe, tercih yapma zorunluluğundan kaçma gibi zamanlarda görülmektedir. “İkisi de yakışıklı, ikisi de ilgili, karar veremiyorum” gibi açıklamaları bu bağlamda değerlendirilmiş,

ilişkilerinde kendisini yalnızlaştıran ve sevdiği insanlardan uzaklaştıran bir mod olarak ele alınmıştır.

### 3.1.3.9. Uyum Bozucu Başetme Modları

#### 1. Boyun Eğici Mod

Hastanın en sık deneyimlediği modlardan biridir. Kötüye kullanılma, boyun eğcilik, kusurluluk ve duygusal yoksunluk şemalarının ortak bir sonucu olarak ortaya çıktığı değerlendirilmiştir. Romantik ilişkilerde de arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde de hayır diyebilmek, sınır koyabilmek, duygularını ve ihtiyaçlarını ifade edebilmek Pınar için çok zordur, sıklıkla kendisini karşısındaki kişinin isteklerini yerine getirmeye mecbur hissetmekte veya doğru biçimde ihtiyaçlarını aktaramadığından şikayetçidir.

#### 2. Kopuk Korungan Mod

Hastanın derin duygusal temaslardan kaçınan, önemli duygusal meseleleri geçiştiren, aslında üzgünken bir sorun yokmuş gibi davranabildiği modudur.

“Ben böyle mutluyum, bir şey olmaz” tarzında yaptığı açıklamalar bu mod ile ele alınmıştır. Hastanın zor meseleler için ördüğü bir “duvar” olarak adlandırılmış ve o duvarın ardında kalan Küçük Pınar’a erişmenin önemi üzerinde durulmuştur. Bu modun “Duygusal Yoksunluk” şeması ile bağlantılı olduğu üzerinde durulmuştur.

#### 3. İlgi Bekleyen Mod: Havalı Mod

Bu mod, kusurluluk şemasının aşırı telafisi olarak ele alınmıştır.

Hastanın güzel ve alımlı olmak için ayna karşısında geçirdiği uzun saatler, yaşına göre yaptığı ağır makyajlar, ince olmak için verdiği aşırı uğraş, devamlı olarak fotoğraf çekip sosyal medyada paylaşmak türündeki tüm davranışları bu mod ile alınmış, hastanın deyimiyle “Havalı Mod” olarak formüle edilmiştir. Bedeni

üzerinden kendini tanımlamaya çalışırken ne kadar sık bu moda geçiş yaptığını görmek hastayı şaşırtmıştır.

### 3.1.3.10. İşlev Bozucu Ebeveyn Modu

#### 1. Cezalandırıcı Ebeveyn Modu

Hastanın bu modu duygusal yoksunluk, kusurluluk, kötüye kullanılma ve boyun eğcilik şemaları ile bağlantılı görünmektedir. Hastanın duygusal ihtiyaçlarıyla oldukça az temas kurması kendisini acımasızca bir kısıtlayıcı yemek yeme örüntüsüne çekmekte, yemek yediği zamanlarda “Çok çirkin olacaksın” gibi düşüncelerin aklından geçmesine yol açmaktadır. Uzun saatler kendini aç bırakması, yaşına ve fiziksel durumuna göre son derece ağır spor programlarını uygulaması ve kendisini içinde bulunduğu ilişkilerde hiç gözetmemesi bu mod ile ele alınmıştır.

#### 2. Talepkar Ebeveyn Modu

Hastanın yüksek standartlar şeması ve boyun eğcilik şeması ile tetiklenen bir moddur.

Bu mod, hastaya yaptığı sporların, kısıtlayıcı yemek yeme alışkanlığının hiçbir zaman yeterli olmadığını hissettirmekte ve kendisini daha fazlası için zorlamaktadır. Fiziksel olarak kusursuzluğu yakalayamadığı sürece beden imgesiyle barışmamaktadır.

Bu mod, aynı zamanda duygusal meselelerde de sıklıkla tetiklenen bir moddur. Hastanın diğerlerinin duygusal beklentilerini karşılama, onlara boyun eğme, sesini çıkarmama, hakkını aramama gibi davranışları bu modun beklentileriyle ilgilidir.

### 3.1.3.11. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hastanın uygun zemin oluştuğunda kendisini açabilmesi, samimi bir biçimde kendisini ortaya koyabilmesi kişiler arası ilişkilerde onu ilişki geliştirebilen, sürdürebilen bir noktaya taşımaktadır. İzole kalmamakta ve birçok ilişkide kendine yer açabilmektedir.

Kendisini zorlayan konularla ilgili geribildirim alabilmekte, sorgulayabilmekte ve değişim için çaba göstermektedir. Bu konuların psikolojik derinliğini kavramak için çaba göstermekte ve büyük oranda başarmaktadır.

Geleceğe yönelik ideallerinin olması da hastayı güçlü kılmakta, hedeflerini gerçekleştirmek için yaşam kalitesini arttırmak istemektedir.

### 3.1.3.12. Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi

Hasta ile ilk görüşmelerde yaşına göre daha immatür olduğu izlenimini edinmiştim. Ancak zaman içinde hastanın içgörü kazanmasıyla psikoterapide derinleşebildiğimizi fark ettim. Bunda hastanın kopuk korungan mod ile şımarık çocuk modunu formüle ederek devam etmemizin payının büyük olduğunu düşünüyorum. Özellikle hasta için işleri kolaylaştıran şımarık çocuk moduna tutunması, hem onun için sorun hissettiği alanlarda değişimi güçleştiriyor hem de terapide de benzer şekilde sorumluluk alarak iyileşmeye çalışmasının önüne geçiyordu. Bu bağlamda 12. Seansta yaşadığımız durum bir kırılma olarak değerlendirilebilir. Hastanın her seansın sonunda doldurması gereken ölçekleri o hafta evde doldurmayı rica etmesi üzerine alıp, bir sonraki seansta kaybettiği için dolduramadığını söylemesi üzerine bu durumu birlikte irdeledik.

Bu durum, hastanın kendisi için sıkıcı işlere yeterince önem vermeyen, kendisini zorlamaktan kaçındığı Şımarık Çocuk modu ile ele alındı, cezalandırıcı ebeveyn modu ve talepkar ebeveyn modu olmaksızın bu durumun sağlıklı yetişkin bakış açısı ile ele alınmasının hasta için yeni bir bakış açısı olduğu fark edildi, modları ile ilgili bilişsel farkındalığı artmaya başladı. Terapi sürecimiz boyunca Pınar ile

ilişkimizin yakın ve sıcak bir biçimde sürdüğünü söyleyebilirim. Evde ağırlıklı olarak gördüğü ebeveynlik tarzından farklı olarak şımarık çocuk moduna izin vermeden, bu moda sınır koyarak, kırılğan çocuk modunun duygusal ihtiyaçlarını fark ederek bakım verme üzerine kurulu bir yeniden ebeveynlik ilişkisi kurmaya çalıştım. Pınar da kendisi için ele almanın zor olduğu meseleleri seanslarımıza getirerek, ailesiyle ya da doktorlarıyla daha tepkisel olarak konuştuğu konuları daha sakinçe çalışmamıza izin verdi. Pınar'ın, onu koruyan, gözetten, duygusal olarak derinleşebilen, güçlü, sağlıklı sınırlar koyabilen bir yetişkin ile kurduğu terapötik ilişkinin onun kendisini güvende hissettirdiğini anlayabiliyordum. Zaman içinde terapisti rol model aldığı, onun da yakınlık ve sıcaklık gösterebildiğini fark ediyordum. Kıskanç ve kısıtlayıcı erkek arkadaşlarından bahsettiğinde “Sizce bu doğru mu? Siz ne dersiniz?” gibi terapistin görüşlerini önemseyen, rol model alan, onun rehberliğine kendisini açan bir noktaya gelmesi bu duruma bir örnek olabilir. Kusurluluk şemasını telafi etmek ve ilgi çekmek için yaptığı işlev bozucu birtakım duygu, düşünce ve davranışlarını “Havalı Mod” olarak kavramsallaştırmamız da hasta ile biraz daha yakınlaşmamızı sağladı. Hastanın çok sahiplendiği, ebeveyni ve öğretmenleriyle sık sık karşı karşıya gelmesine yol açan bu modun “empatik yüzleştirme” ile ele alınmasının katkısı olduğu söylenebilir. Hastanın şimdiye kadar yargılandığı ve yalnızca bu işlevsiz modlarından ibaretmiş gibi muamele gördüğü birçok ilişkinin aksine terapide saygı görmesi, bu modlara sınır koyarken aynı zamanda anlaşılmaya çalışılması ve sağlıklı yetişkin modunun önplana çıkarılmasının hastaya iyi geldiğini hissettim.



### 3.1.4. Gökçe için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması

Hastanın Terapiye Başvurma Sebepleri:

- a) Başlangıçta: Kilo almaya yönelik duyduğu yoğun kaygı, bedeninden memnuniyetsizlik, her konuda mükemmel ve eksiksiz olması gerektiği baskısını hissetmesi, karar alırken en doğru kararı vermesi gerektiğini düşünmesi ve detaylarda kaybolan düşünme tarzı hastanın yaşadığı önemli zorluklar arasındadır.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Hastanın başlangıçtaki şikayetleri devam etmekle birlikte, kendisine verdiği sıkıntının azaldığı söylenebilir. Kendisine koyduğu katı kurallarda belli ölçüde esneklik gösterebildiği, başlangıca göre kendisine daha az eleştirel yaklaşabildiği görülmüştür.

Hasta Hakkında Genel İzlenim:

- a) Başlangıçta: Hasta sıcakkanlı ve dışadönüktür, öz bakımı yüksek, yaşıyla uyumlu bir dış görünümü vardır. Duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmektedir.
- b) 20. Görüşmenin Sonunda: Hastanın başlangıçtaki halinin süreçteki genel hali olduğu söylenebilir. Kendisini mutsuz ve kaygılı hissettiği birkaç görüşmeye öz bakımı görece düşük olarak geldiği gözlenmiştir.

#### 3.1.4.1. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

Standart Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu puanlandırma sistemi kullanılarak 1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik arasında değerlendirme yapılarak puan verilmiştir.

**Tablo 7.** Gökçe İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİ PUANI	AÇIKLAMALAR
<b>Mesleki ya da okul performansı</b>	5	Hastanın akademik başarısı yüksektir, oldukça başarılı bir öğrencidir. Ancak başarılı olmaya ilişkin yüksek kaygı düzeyi onu zorlamakta, nadiren de olsa performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Rekabete girdiği arkadaş grupları da olmakta, bu da kendisini yıpratmaktadır.
<b>Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler</b>	3	Hastanın flört ettiği erkek arkadaşları bulunmaktadır. Bu ilişkilerde seçici davranmakta, partner adayında belli özellikler aramaktadır. Aynı zamanda kendisiyle ilgili deneyimleri kusurluluk hattından yaşamaktadır. Böyle zamanlarda kendisini beğenilmeyecek, yeterince zayıf ve güzel olmayan biri olarak değerlendirmesi sıklıkla gündemine gelmektedir.
<b>Aile ilişkileri</b>	4	Anne ve halası ile ilişkileri oldukça nitelikli görünmektedir, duygusal yakınlığı onlardan alabildiğini, onların kendisi için iyi birer rehber olduğunu belirtmektedir. Öte yandan baba ile tam tersi yönde bir ilişkisi vardır. Kendisinden küçük iki kardeşi ile de yakın ve sıcak ilişkiler geliştirmemiştir.
<b>Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler</b>	3	Hastanın arkadaş grupları içinde yalnız olmadığı, sosyalleşebildiği anlaşılmaktadır. Ancak rahat hissetmemekte, beğenilmek ve onlardan onay almak için çok çaba göstermektedir. Akranlarından gelecek herhangi bir geribildirime karşı oldukça duyarlıdır.
<b>Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme</b>	4	Hasta kitap okuma, dizi izleme gibi kendisine keyif veren ve entelektüel gelişimini destekleyecek etkinliklere odaklanabilmektedir. Ancak yalnız kaldığı bazı zamanlarda da kaygı veren meselelerle zihni meşgul olmaktadır. Sosyal medyada kendisini olumsuz yönde etkileyecek içeriklerle fazlaca ilgilendiği anlaşılmıştır (diyetler, kilo verme odaklı programları araştırma vb.).

### 3.1.4.2. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

**1. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın en belirgin şikâyeti, düşük kilo ağırlığına rağmen halen kilo vermek istemesi ve buna bağlı olarak yemek yerken kaygısının çok yükselmesidir. Zihni nasıl görüldüğü ile çok meşguldür, bir türlü kendini beğenememektedir. Bu durum onu kısıtlayıcı yeme davranışlarına götürmekte,

bu da zihninin yemekle meşgul olmasını arttırmakta ve hastaya iyi gelmemektedir.

**2. Yaşam Sorunu/Belirti:** Kararsızlık, hastanın temel sorunlarından biridir. Hastanın öncelikli olarak yemek tercihleri ile ilgili kafası karışıktır. Nasıl porsiyonlar seçeceği, o gün ne yiyeceği, ne zaman yiyeceği gibi konularda kendisine güvenmemekte, yanlış bir yol izleyeceğini düşünmektedir. Diyetisyenin ve doktorlarının önerileri yerine arkadaşlarının ne yediğini takip etmek onun kaygısını daha çok arttırmaktadır.

Bunun yanında genel olarak nasıl hissettiği, hayattaki genel duruşu, nasıl biri olduğu ile ilgili de günden güne değişen düşüncelerinin olduğunu ve bu konularda da nihai bir karar vermede zorlandığını belirtmektedir.

**3. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın kendisin koyduğu yüksek standartlar, bunları karşılamadığını düşündüğündeki aşırı eleştirel tavrı onu zorlamakta, kendisiyle kurduğu ilişkiyi olumsuz yönde etkilemekte ve benlik saygısını düşürmektedir.

#### 3.1.4.3. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

Kendisinden küçük iki kardeşi, annesi, babası ve halası ile birlikte yaşamaktadır. Hastanın annesi ile yakın bir ilişkisi olduğu söylenebilir. Annesini anlayışlı, sorunlarını önemseyen, kendisini dinleyen, destek olan biri olarak tanımlamaktadır. Evde yakın hissettiği bir diğer kişi halasıdır. Onunla da vakit geçirmekten keyif almakta, paylaşımlarda bulunmaktadır. Babasını ise, evde en uzak hissettiği ve çatıştığı kişi olarak aktarmakta; çok titiz, mükemmeliyetçi, kendi kuralları olan ve bunlardan asla ödün vermeyen, hata yaptığında kendisini ağır biçimde eleştiren biri olarak tarif etmektedir. Hastanın yemek yemeyi kısıtlamasını ve kilo vermesini “şımarıklık” olarak gören babası ile yemek saatlerinde çatışmaları artmaktadır. Çocukluk döneminde “hiçbir zaman babamın istediği çocuk olamayacağım, beni sevmiyor” gibi düşüncelerinin olduğunu hatırlayan hasta, özellikle hata yapmaktan çok korktuğunu, kaza geçirdiği bir zamanda bile “babasının ona kızacak olmasını ve bundan duyduğu korkunun” ön

plana çıktığını; fiziksel şiddete maruz kalmasa da “gerizekalı, mikrop, sen hiçbir şeyi beceremezsin, senden bir şey olmaz” gibi örseleyici laflarının olduğunu anlatmıştır

Hastanın kendisinden yaşça küçük kardeşleri ile çok yakın bir ilişkisi olmadığı anlaşılmıştır. Onlara olan yaklaşımı daha çok kuralcı, onların kendisinden çekindiği, toleransının düşük olduğu bir çizgide ilerlemektedir. Hasta kardeşleriyle olan ilişkisinin babasının kendisiyle kurduğu ilişkiye benzer olduğunu süreç içinde farketmiştir.

Okul yaşamında her zaman başarılı bir öğrenci olan hasta, o dönemlerdeki halini girerken, akranlarını etkileyebilen, özgüveni yüksek bir çocuk olarak anlatmaktadır. Ortaokula geçmesiyle birlikte hasta için bu düzen kendisinin deyimiyle tam tersine dönmüş, akran ilişkilerinin bozulduğu, dışlandığı, onaylanmadığı bir dönem başlamıştır. Buna ek olarak, kilo ile ilgili hassasiyetinin başladığı dönemde rehber öğretmenin sınıfı kıyaslama yaparak “Sen de o kadar zayıf değilsin Gökçe” gibi bir sözü, hastayı çok etkilemiş, bu alanda hissettiği kusurluluğu pekiştirmiştir. Liseye başlaması ile birlikte, “havalı ve güzel” kızlardan oluşan bir arkadaş grubuna dahil olmak için aşırı telafi başa çıkma yollarına başvurmuş, çok zayıf ve fiziksel olarak kusursuz hale gelmeyi hedef haline getirmiştir.

#### 3.1.4.4. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Güvenli bağlanma, kabul, bakım

Hasta, ebeveyniyle kurduğu ilişkide annesiyle kendisini rahat ve güvende hisederken, babasıyla kurduğu ilişkide bir o kadar uzak, onaylanmamış, anlaşılmamış hissetmiştir. Ondandır kabul aldığını, onun tarafından sevildiğini hissedemeyen hasta, duygusal olarak kopuk olduklarını belirttiği babası ile nitelikli bir baba-çocuk ilişkilerinin olmadığını yeri geldikçe vurgulamıştır.

## 2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Özerklik, yeterlik, kimlik hissi

Hastanın sıklıkla eleştiriye maruz kalması, her zaman ulaşması gereken yüksek standartların olması ve bunlara ulaştığında bile yeterince takdir görememesi ile bu alanda ihtiyaçlarının karşılanmadığı ve kendisine güvenme, yeterli görme ve ergenlik döneminin bir ödevi olarak özerk bir kimlik oluşturma çabaları sekteye uğramıştır.

## 3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Kendiliğindenlik ve oyun

Hasta, babasını “ne yaparsa yapsın asla memnun edemediği, her şeye bir kulp takan, bir türlü Gökçe’yi beğenmeyen, sürekli eleştiren ve her zaman daha iyisini bekleyen biri” olarak tanımlamaktadır. Bu koşullar ile hasta kendisini rahat hissedememiş, eğlenmek, iyi hissetmek, iyi vakit geçirmek gibi ihtiyaçlarını karşılayamamış ve bunları yaşamına dahil etmeyi yeterince yapamamış, yaptığı zamanlarda ise kendisini suçlu hissetmiştir.

### 3.1.4.5. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler

Hastanın daha önceki yıllarda Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı aldığı bilinmektedir. Hemen her konuda kaygı düzeyinin genel olarak yüksek olduğu söylenebilir.

### 3.1.4.6. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

Gökçe, tez çalışmasına katılan hastalar içinde en yüksek sosyoekonomik düzeyden gelen hastadır. Ankara’da başarı ortalaması oldukça yüksek ve Türkiye derecesi iddiası ile ön plana çıkan bir özel okula devam etmektedir. İçinde bulunduğu sosyal çevrede başarılı olmak, fiziksel olarak güzel görünmek, kendini birçok açıdan geliştiren biri olmak önemsenmektedir. Diğer insanların görüşlerine

çok önem veren hasta için bu beklenen kriterleri en iyi haliyle sağlıyor olmak önemlidir.

Bu psikososyal faktörlerin hastanın şemalarını sürdürmesinde etkili olduğu değerlendirilmektedir.

#### 3.1.4.7. En İlişkili Şemalar

##### 1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kusurluluk

Hastanın kilosu ve bedeni ile uğraşlarında kusurluluk şeması etkilidir. Akran gruplarının ve sosyal medyanın hasta için tetikleyici olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki, arkadaşlarının sözleri hatta mimikleri bile onun duygu durumunu değiştirebilmekte, sosyal medyada karşılaştığı bilgileri tartmadan doğrudan “Ben zaten öyle değilim, yeterince zayıflamadım, bu halimle kimse beni beğenmez, yanında istemez.” gibi bir bakış açısı oluşturmaktadır.

##### 2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Yüksek Standartlar

Hastanın bir diğer belirgin şeması yüksek standartlar şemasıdır. Bu şema hemen her alanda kendisini belli etmektedir. Akademik başarısı zaten oldukça yüksek olan hasta bu durumdan tatmin olmamakta, kendisini dahil olmadığı gruplarla kıyaslamaktadır (bir sınav sonucu açıklandığında eşit ağırlık öğrencisi olmasına rağmen kendisini sayısal öğrencilerle kıyaslamak gibi).

Hastanın yeme bozukluğunu da böyle bir bakış açısıyla yaşadığı anlaşılmıştır. Fiziksel olarak mükemmeli yakalamak ve bir farklılık yakalamak, çok zayıf olarak kendisini biricik yapan bir özellik oluşturmak, zoru başarmak gibi bir perspektifinin olduğu üzerinde durulmuştur.

### 3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: İç içe geçme/ gelişmemiş kendilik

Hastanın dış görünüşü, başarılı olup olmaması, nasıl biri olduğu gibi tüm konularda kendi düşünce ve ihtiyaçlarına odaklanmayarak diğerlerinin söylediklerine (arkadaşlar, öğretmenler, sosyal medya etkileşimleri gibi) daha fazla önem verdiği ve onları kıstas olarak kabul ettiği görülmüştür. En önemli şikâyetlerinden biri olan kararsızlık sorunu da bu şema ile ilgili olarak ortaya çıkmakta, hasta başkalarını ölçüt olarak almadan karar vermekte çok zorlanmaktadır. Vücudundan gelen sinyalleri dinlemek yerine açlık-tokluğu anlama, porsiyon tercihi yapma gibi öznel süreçlerde bile başkalarını takip etmeye çalışmakta, bu da kendisini çok yormakta ve günlük işlevselliğini bozmaktadır.

### 4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Cezalandırma

Hastanın duygusal ihtiyaçlarını görmezden gelerek kendisine kötü sözler söyleme, aşağılama eğilimleri kendisine koymuş olduğu yüksek standartları karşılayamadığında hızlıca ortaya çıkmakta ve hastayı oldukça kötü etkilemektedir. Böyle zamanlarda hasta mutsuz hissetmekte, ağlamakta, içe kapanmakta ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını arttırmaktadır.

#### 3.1.4.8. En Bağlantılı Şema Modu

##### 1. Kırılgan Çocuk Modu: Küçük Gökçe

Hastanın bu modu, kusurluluk şeması ile oldukça yakından ilişkilidir. Hasta kendisini yetersiz, beğenilmeyecek, sevilmeyecek, istenmeyecek biri gibi hissettiğinde bu mod ile duygularını deneyimlemekte, depresif ve kaygılı olmaktadır.

### 3.1.4.9. Uyum Bozucu Başetme Modu

#### 1. Aşırı Telafi Modu: Büyüklenmeci Mod

Fiziksel görünümünün kusursuz olmasını sağlamak, ona bir güç belirtisi olarak görünmekte, kendisini diğer insanlara karşı daha iyi hissettirmektedir. Kilolu veya fiziksel olarak yeterince çekici olmayan insanların sosyal ilişkilerde tercih edilmeyen, saygı duyulmayan kişiler olduğuna inanmaktadır. İnsanları kafasında bu şekilde kategorize etmekte, zaman zaman “O zaten şişman, kendisine baksın” gibi sözleri olmakta, bu modu tetiklendiğinde arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamaktadır.

### 3.1.4.10. İşlev Bozucu Ebeveyn Modları

#### 1. Talepkar Ebeveyn Modu

En çok yüksek standartlar ve İç içe geçme/ gelişmemiş kendilik şemaları ile ilişkili olarak ortaya çıkan talepkar ebeveyn modu, hastanın akademik yaşamında da, “ideal” fiziksel görünüme ulaşması yolunda da onu devamlı olarak sıkıştırmakta, en iyi noktaya ulaşana kadar çabalaması gerektiğine kendisini ikna etmektedir. Diğer insanların kendisi ile ilgili düşüncelerine çok önem vermekte, onlardan her açıdan onay alabileceği bir hale gelmeye çalışmaktadır.

#### 2. Eleştirel Ebeveyn Modu

Hastanın sert, acımasızca kendisine yüklendiği modudur, başarılarını tesadüfen elde ettiğine kendisini inandıran, işe yaramaz biri olduğu, fiziksel olarak güzel ve zayıf olmadığını kendisine söyleyen, özetle kendisini değersizleştirdiği ve bunun için cezalandırdığı modudur. Yeme bozukluğunu bu mod ile sürdürmektedir. Aç hissetmesine rağmen uzun saatler yemek yememekte, kendisine izin verecek olursa saatlerce bunun için acı çekmekte; suçluluk, utanç, öfke, üzüntü gibi duygularla boğuşmak zorunda kalmaktadır.



#### 3.1.4.11. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hastanın yaşadığı zorluklara rağmen dışadönük ve ilişkisel yanı, psikolojik zihinli, içgörülü hali onu güçlü hissettiren özellikleri arasındadır. Soyut düşünme becerisi ve entelektüel gelişimi oldukça iyi bir düzeydedir, bu durum hastanın yaşadığı sorunları sorgulamasına, anlamlandırmasına ve zaman zaman üstesinden gelebilmesine olanak tanımaktadır. Ayrıca, hasta beden olumlama hareketi gibi güncel konuları takip edebilen, hastalıktan çıkış kapıları araştıran ve bu yolda emek veren biridir. Bu bağlamda beden memnuniyeti konusunda sağlıklı yetişkin bakış açısının çok uzağında olmadığı söylenebilir.

#### 3.1.4.12. Terapi İlişkisinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi

Hastanın psikoterapiye büyük bir isteklilikle gelmesi, sürecin ilk seansından son seansına kadar etkin biçimde yol almamızda oldukça yardımcı oldu. Hasta, psikoterapi süreci boyunca neden geldiğinin farkında olan, tamamen kendi tercihi ile psikoterapiye gelen, üzerine düşen sorumlulukların farkında olan bir danışan olmuştur.

Hastanın yüksek algılama ve kavrama becerileri ile psikolojik zihinli düşünce yapısı da sürecin olumlu ilerlemesinde etkili olmuştur. Şema terapiyi içselleştirmede hastanın oldukça istekli ve başarılı olduğu, bu konuda emek vermeye hazır olduğu, çaba gösterdiği görülmüştür.

Yeniden ebeveynlik kapsamında aramızdaki ilişki değerlendirildiğinde, hastanın terapisti rol model alma konusundaki hevesi göz önünde bulundurularak mükemmel olmamak, kendini kabul etmek, kendine karşı şefkatli ve anlayışlı davranabilmek, duygusal ihtiyaçları gözetebilmek gibi temaları ön plana çıkarmaya çalıştım. Bu bağlamda kişisel konularla ilgili gelen sorularda temkinli cevaplar vermeyi ve bunları fırsat olarak değerlendirmeyi denedim. Hamilelik sürecime denk gelmesiyle karnımın büyüdüğünü gören Gökçe'nin "Ece abla, kendini korkunç hissetmiyor musun, kilo aldın sen!" gibi içten paylaşımlarını geri

çevirmemeye, bu gibi durumları sağlıklı yetişkin ile nasıl değerlendirebileceğimizi çalışmak için uygun bir zemin olarak kullanmaya çalıştım.

Hastanın kendini yatıştırması gereken durumlarda başkaları ile kıyaslamadan ve onların onayını almadan tek başına inisiyatif alabilmesi üzerinde çalıştık, eleştirel ve talepkar ebeveyn modları yerine sağlıklı yetişkin ile nasıl çözümler oluşturabileceğine odaklandık. Hastanın bu bağlamda psikoterapi sürecine yönelik sıklıkla olumlu atıflarda bulunduğunu söyleyebilirim.

### **3.1.5. Fatma için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması**

Fatma ile psikoterapi süreci 12 seans devam etmiştir. 12. Seanstan sonra hasta psikoterapiyi yarıda bırakmıştır. Bu nedenle bu vaka kavramsallaştırması, 12 seans boyunca elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Hastanın Terapiye Başvurma Sebepleri:

- a) Başlangıçta: Hastanın kilo almaya yönelik yoğun kaygı hissetmesi, kısıtlayıcı yemek yeme örüntüsü, ders başarısı konusundaki aşırı hassasiyeti, gelecek kaygısı kendisini zorlayan konular arasındadır.
- b) Hasta Hakkında Genel İzlenim: Hastanın yaşıyla ve sosyoekonomik durumuyla uyumlu bir görünümü vardır. Göz teması az kurmakta, iş birliğinden uzak, inatçı tepkileri olabilmekte ve tersleyebilmektedir. Hastanın duygusal konular açıldığında rahatsız hisseden bir hali olduğu gözlenmiştir. Böyle zamanlarda umursamaz bir tavır sergilemektedir.

#### **3.1.5.1. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi**

Standart Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu puanlandırma sistemi kullanılarak 1= İşlevsiz/ Çok Düşük İşlevsellik, 6= Çok İyi ya da Mükemmel İşlevsellik arasında değerlendirme yapılarak puan verilmiştir.

**Tablo 8.** Fatma İçin Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi Değerlendirmesi

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİ PUANI	AÇIKLAMALAR
Mesleki ya da okul performansı	5	Hasta, derslerinde çok başarılıdır. Görev ve sorumluluklarını aksatmadan yerine getirmektedir. Öyle ki, bu durum bazen aşırıya kaçmakta, gereğinden fazla olmakta, hastayı yıpratıcı bir düzeye gelmektedir. Hastanın geleceğe yönelik kaygıları da yüksektir. Hangi alanı seçeceği, hangi mesleğe yönelmesi gerektiği ile ilgili zihni meşguldür.
Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler	3	Hastanın böyle bir gündemi yoktur.
Aile ilişkileri	3	Hastanın kalabalık bir ailesi vardır. Aile üyeleri arasında duygusal yakınlık geliştirmenin geri planda kaldığı söylenebilir. Maddi zorluklar ile mücadele ve çok çocuklu bir aile olmanın getirdiği dezavantajlar (ebeveynin çocuklara özel olarak yeterince enerji ve vakit ayırabilmesi gibi) bulunmaktadır.
Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler	3	Hasta, bu alanı önemsemiyor gibidir, önceliği daha çok derslerde başarılı olmaktır. Sınıfında ve çevresinde konuştuğu akranları vardır, ancak duygusal paylaşımlar yaptığı, daha yakın ve sıcak ilişki kurduğu bir arkadaşlığı yoktur.
Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme	5	Hastanın bu zamanlarda yaptığı temel aktivite ders çalışmaktır. Psikoterapi süreci içinde kitap okuması, müzik dinlemesi, belediyenin ücretsiz kurslarına yazılması için teşvik edilmiş ve bunları da yaşamına dahil etmeye başlamıştır.

### 3.1.5.2. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

**1. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın kilo almayla ilgili kaygı düzeyi oldukça yüksektir. Oldukça kısıtlayıcı bir yeme örüntüsü içindedir, uzun süreler kendisini aç bırakmaktadır. Ailesi de dahil olmak üzere başka insanların yanında yemek yeme konusunda son derece rahatsızdır ve bundan kaçınmaktadır.

**2. Yaşam Sorunu/Belirti:** Hastanın akademik başarısı yüksek olmasına rağmen bu konuda her zaman tedirgin hissetmekte ve hiç ara vermeden çalışmaktadır. Herhangi bir derste ya da konuda zorlandığında bu onun için çok zor bir durum

haline gelmektedir, bunu çözene kadar uğraşmaktadır. Hangi alanı seçeceği ve mesleği yapacağı konusuna da çok kafa yormaktadır. Bu, onun yaş dönemindeki birçok gencin gündeminde olsa da, Fatma için ölüm kalım meselesi haline gelmiştir.

**3. Yaşam Sorunu/Belirti:** Aile yaşantısı, hastanın sıkıntı hissettiği alanlardan biridir. Hastanın kalabalık bir aile yapısı vardır ve maddi olarak sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu durum hastayı oldukça huzursuz etmekte, kendisini birçok konuda sınırlamasına yol açmaktadır. Yeme bozukluğu örüntüsünde bu durumun da payı olduğu düşünülmektedir; hasta yemek yediğinde, kendisine iyi gelecek şekilde davrandığında suçluluk hissetmektedir.

#### 3.1.5.3. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

Anne ve babası ilkokul mezunudur, annesi ev hanımı, babası inşaat işçisidir. Hasta altı çocuklu ailenin dördüncü çocuğudur. Kendisinden büyük 3 ablası vardır, evli olan ablalar aileden ayrı yaşamaktadır. Kendisinden 3 yaş küçük erkek kardeşi ve 13 yaş küçük bir kız kardeşi vardır. Evde annesi, babası ve iki kardeşiyle birlikte yaşamaktadır.

Hasta ve ailesi, hastanın sağlığının bozulması nedeniyle yaklaşık 6 ay önce başka bir ilden Ankara'ya taşınmışlardır. Hasta, hastalığının başlangıcının iki yıl öncesine dayandığını, annesinin en küçük kardeşine hamile kalmasıyla başladığını aktarmaktadır. O dönemde bundan çok utandığını, yeni bir kardeşi istemediğini, bundan dolayı anne ve babasına çok öfkeli olduğunu hatırlamaktadır. Kardeşinin doğumuyla, bu öfkenin iyice arttığını, bunun yanında hiçbir şeyden keyif almadığı, içine kapandığı bir dönem başladığını belirtmektedir. O dönem iştahının çok azaldığını, neredeyse hiçbir şey yemediğini aktarmıştır. Giderek daha çok kilo veren hastanın bir süre sonra beden algısının farklılaştığı, zayıf kalmayı sürdürmek istediği için yememeye başladığı anlaşılmaktadır. İştahsızlığın yerini kısıtlayıcı davranışlar almış, ailesinin ısrarına ve oldukça fazla kilo vermesine rağmen yemeyi neredeyse durduğunu anlaşılmıştır.

Öncesinde tepkili olsa da şimdilerde küçük kardeşine düşkün olduğunu belirtmektedir. Kardeşine bakım vermek, ailesi için bir şeyler yapmak onu mutlu etmektedir.

Annesini devamlı ev işleri ve küçük kardeşleriyle ilgilenen, başı kalabalık biri olarak tarif etmekte, yakın duygusal paylaşımlarının olmadığını aktarmaktadır. Babasını sakın, ilesi için çok yorulan, fedakarlık yapan biri olarak görmektedir. Ablaları ile ilişkileri iyidir, zaman zaman onlarda kalmaya gitmektedir.

#### 3.1.5.4. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Güvenli Bağlanma, kabul, bakım

Hastanın ailenin dördüncü çocuğu olması ve kendisinden küçük biri bebek iki kardeşinin daha olması, ebeveyni ile kurduğu duygusal bağın sınırlı kalmasına yol açmıştır. Ekonomik zorluklarla da mücadele etmeye çalışan aile için çocukların duygusal ihtiyaçları çoğunlukla geri planda kalmıştır. Bu durum Fatma için de geçerlidir. Ancak özellikle beklemediği bir zamanda annesinin tekrar hamile kalması ve doğumdan sonra da devamlı bebekle ilgilenmek zorunda kalması hastayı terkedilmiş hissettirmiştir.

2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Gerçekçi sınırlar, özdenetim

Hastanın ailesinden iyi bir rehberlik aldığı söylenemez. Başına buyruk, inatçı, kuralları görmezden gelen bir hali vardır. Bunda yine ebeveynin gerçekçi sınırlar koymak için yeterli ebeveynlik becerisine ve enerjisine sahip olmadıkları düşünülmektedir. Yaşamlarındaki diğer gündem maddeleri ile ilgilenirken Fatma'nın bu ihtiyacının gözden kaçırıldığı söylenebilir.

### 3. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı ve Kökenleri: Kendiliğindenlik ve oyun

Ailenin kalabalık olması ve ekonomik zorluklar, gereksinimlerin ve duyguların geri planda kalmasına yol açmıştır. Ekonomik zorluklar, hastada “yük olmamalıyım, babama destek olmalıyım” gibi bir yük de getirmiş, kendi ihtiyaçlarını görmezden gelmesine daha sağlam bir zemin oluşturmuştur. Öyle ki, hasta kendisi için basit bir şey istediğinde bile bundan dolayı büyük bir suçluluk hissetmektedir. Görev ve sorumluluklar temelinde yaşamını sürdürmekte, diğer ihtiyaçlarını tamamen yok saymaktadır.

#### 3.1.5.5. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler

Hastanın üç yıl önce depresyon tanısı aldığı, halen Anoreksiya Nervoza tanısının yanında Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Özgül Fobi-Durumsal Tip tanı kriterlerini karşıladığı bilinmektedir.

#### 3.1.5.6. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

Hastanın tez çalışması katılımcıları içinde en düşük sosyoekonomik düzey koşullara sahip olduğu gözlenmiştir. Kalabalık olan ailesi, yalnızca babanın gündelik olarak bulduğu işlerden elde ettiği kazançla geçinmeye çalışmaktadır. Hasta için bu duruma şahit olmak onu zorlamakta, anne ve babasının çektiği zorlukları gördükçe kendisi için iyi şeyler yapma, kendisine iyi davranma gibi kavramlar ona şımarıklık olarak görünmektedir. Hastanın içinde bulunduğu psikososyal faktörlerin böyle bir etkisi olduğu değerlendirilmektedir.

#### 3.1.5.7. En İlişkili Şemalar

##### 1. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Terk edilme

Hastanın kişilerarası ilişkilerde bu şemadan dolayı zorlandığı düşünülmektedir. Umursamayan ve genellikle “ben başımın çaresine bakarım, tek başına iyiyim” gibi bir duruşu olan hastanın sıklıkla terkedilme şemasını aşırı telafi ile ortaya

koyduğu düşünölmektedir. İncinmemek için yakın ilişkilerde kendini uzak tutmaya çalışan ve önemsemiyormuş gibi görünmeye çalışan bir hali vardır. Öte yandan aslında terk edilmeye ilgili duyarlı olduğu da hissedilmektedir.

## 2. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Kendini Feda

Hastanın ailesine yük olmamak adına hiçbir şey istememesi, kendisini hırpalayacak kadar çok ders çalışması, yemek yemeyi bile bir lüks sayarak kendini aç bırakması, başlarda tepkili olsa da şimdilerde küçük kardeşinin sorumluluğunu fazlasıyla üstlenmesi, ona bakması, kardeşlerinin ve ebeveyninin ihtiyaçlarını devamlı gözetirken kendisinin ihtiyaçlarını tamamen göz ardı etmesi ile bu şema kendini göstermektedir.

## 3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Yetersiz Özdenetim ve Kontrol

Hastanın belli kurallara uyması gerektiği durumlarda veya kendisinden daha farklı düşüncelere sahip kişilerle olan temaslarında (doktorlarıyla ve terapistle olan iletişimleri, zaman zaman öğretmenleriyle olan diyalogları) inatçı ve başına buyruk bir tavır sergilediği gözlenmiştir. Tedaviye uyum göstermemekte, diyet listesine uymamaktadır. Kendisine soru yöneltildiğinde “Bu çok saçma, bunları nereden çıkarıyorsunuz!” veya “Ne bileyim ben!” gibi cevaplar hastadan sıklıkla duyulmaktadır.

## 4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Yüksek Standartlar

Hastanın çok katı bir bakış açısı vardır. Mükemmeli hedeflemekte, aksiliklere ya da pürüzlere asla tahammül edememektedir. Ders başarısı onun için çok önemlidir, akademik olarak başarılı olmayı her şeyin üstünde tutmakta, durmadan çalışmaktadır. Herhangi bir konuyu anlamadığında çok öfkelenmekte, bunu halledene kadar uğraşmaktadır. Kilo konusunda da herhangi bir esnekliğe izin vermemektedir, kendi yüksek standartlarını korumak adına tedaviye uyum göstermemektedir.

## 5. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema: Cezalandırılma

Hastanın oldukça katı bir bakış açısı vardır. Duygusal ihtiyaçları tamamen geri plana atan, başarı odaklı, kuralcı yaklaşımında hatalara veya aksaklıklara izin vermemektedir. Bir derste veya ödevde zorlanması gibi en ufak bir aksilikte cezalandırıcı bir düşünce tarzıyla kendisine yaklaşmaktadır ve bunun son derece doğal olduğunu savunmaktadır.

### 3.1.5.8. En Bağlantılı Şema Modları

#### 1. Kırılgan Çocuk modu: Küçük Fatma

Hastanın bu modunun duygusal ihtiyaçları ihmal edilen, görülmeyen, farkedilmeyen yanıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle terkedilme şemasının büyük rolü vardır, hasta kişiler arası ilişkilerde oldukça kırılgan olmasına rağmen bu modun ortaya çıkmasını engellemek adına umursamaz bir tavra geçmekte, bu modun görünür olmasını engellemeye çalışmaktadır. Hastanın kırılgan çocuk modu ile barışık olduğu söylenemez. Bu mod ortaya çıktığında hissettiği kırılganlık, üzüntü, utanma gibi duygulardan rahatsız olmaktadır.

#### 2. İnatçı Çocuk Modu:

Hastanın başına buyruk, karşısındakini umursamayan, kendi doğrularından başka bir görüşü kabul etmeyen, inatlaşan bir hali vardır. Ailenin etkin biçimde sınır koymayışı ile ortaya çıkan bu modun esas işlevinin kırılgan çocuk modunun ortaya çıkmasını engellemek olduğu düşünülmektedir.

Bunun yanında, yeme bozukluğunu sürdürmesinde de bu modun etkisi olduğu görülmektedir, ebeveyninin, doktorların, diyetisyenin ve hatta terapistin önerilerini yerine getirmek hastanın yaygın olan bu modu ile oldukça ters düşmektedir.



### 3.1.5.9. Uyum Bozucu Başetme Modu

#### 1. Kaçınan Korungan Mod

Duygularını önemsemeyen, sıkıntı veren duygularla yüzleşmekten kaçınan bu mod, hastanın davranışsal düzeydeki kaçınmalarında da görünmektedir. Hasta kendisini sıkıntıya düşürecek herhangi bir ortamdan hızla uzaklaşmakta, ortamı fiziksel olarak terketmektedir. Doktor kontrollerini aksatması, ailesi yemek yerken mutfağı terk etmesi, hatta psikoterapiyi yarıda bırakmasında bile bu modun oldukça etkin rolünün olduğu düşünülmektedir.

### 3.1.5.10. İşlev Bozucu Başetme Modları

#### 1. Talepkar Ebeveyn Modu:

Hastanın oldukça hırslı, inatçı ve mükemmeliyetçi bir yaklaşımının olduğu söylenebilir. Bu, özellikle akademik başarı ile ilgili daha çok ön plana çıkmakta, hasta dersleri söz konusu olduğunda kendisine yüksek standartlar koymakta, en ufak bir başarısızlığa veya aksaklığa dahi tahammül edememektedir. Bu durum, kendisini tüketircesine ders çalışma temposuna itmekte, gece gündüz ders çalışmak dışında bir şey yapmamaktadır. Ders başarısını bu kadar önemsemesinin altında, mükemmeliyetçiliği ve “Yardım almamalıyım, kimseye yük olmamalıyım,” gibi inançlarının yattığı anlaşılmaktadır.

Öyle ki, ailesinin ekonomik zorluklar yaşıyor olması hastanın zihnini sıklıkla meşgul etmekte, bu duruma üzülme ve gelecekte ailesini bu zor koşullardan kurtarmak için planlar yapmaktadır. Kendini feda şeması ile duygusal açıdan da oldukça talpkar ve kendini zorlayıcı bir tavrının olduğu görülmektedir.

#### 2. Cezalandırıcı Ebeveyn Modu:

Hastanın uzun saatler kendini aç bırakması, fiziksel sağlığını önemsememesi, iyi gelebilecek şeyleri kendisinden esirgemesi, olabilecek herhangi bir aksilikte kendisini suçlaması, ağır biçimde eleştirmesi ve katı tutumundan vazgeçme

konusundaki duruşunun cezalandırıcı ebeveyn modu yaptırımı olduğu düşünölmektedir.

#### 3.1.5.11. Sağlıklı Yetişkin Modu

Hastanın kendi yaş grubuna göre algılama ve kavrama düzeyinin oldukça iyi olduğu fark edilmektedir, olaylar veya durumlar arasında bağlantılar kurabilmektedir. Psikoterapiyi saçma, gereksiz vb. bulunduğunu söylese de işlevsel olmayan modları bir kenara bırakabildiğimizde aslında psikolojik zihnili bir yapısının olduğu ve durumların psikolojik derinliğini oldukça iyi kavrayabildiği görölmektedir.

Psikolojiye ve kitap okumaya ilgi duyması inatçı çocuk modunu aşabilmek için bir iletişim kanalı oluşturmuştur. Yine hoş bir mizah anlayışının olduğu da görölmektedir. Bu onu kişilerarası ilişkilerde de olumlu bir noktaya taşımaktadır.

#### 3.1.5.12. Terapi İlişkinin Hedefler, Görevler ve Yeniden Ebeveynlik Kapsamında Terapist Tarafından Değerlendirilmesi

Hastanın psikoterapiye doktorlarının yönlendirmesiyle gelmiş olması ve psikoterapiye olan mesafeli bakış açısı, sürecin başından itibaren zorlayıcı bir unsur oldu. Bunu açık bir şekilde dile getiren hasta ile “Ee ne olacak ki burda, bunu neden konuşuyoruz ki, ben bunları konuşmayı sevmem.” gibi yüzleşme türü gerçekleşen terapötik ittifakta kırılmalar onarılmaya çalışıldı.

Hastayı mod modeli ile tanıştırmam bu bağlamda beni rahatlattı. Seanslarda sıklıkla geri püskürtöldüğümü hissettiğim zamanlarda inatçı çocuk modu ile bu durumu formüle etmenin o durumu ele alabilmemizi sağladığını ve hastanın direncini azalttığını hissettim.

Sınırlı yeniden ebeveynlik kapsamında, hastanın şimdiye kadar neredeyse hiç bilmediği duygusal ihtiyaçları fark etme ve bunları gözeterek yakınlık kurmayı öncelikli hale getirmeye çalıştım. Hastanın inatçı çocuk modu ile karşılaştığımda cezalandırıcı ya da talepkar ebeveyn moduna kaymadan sağlıklı yetişkin modu

ile bunun bana nasıl hissettirdiğini anlatmaya çalıştım. Temel gereksinimleri, bir çocuğun duygusal ihtiyaçları ile kendisine bakım vermesinin düşündüğü kadar kötü bir şey olmadığını anlattım. Bu neredeyse bir psikoeğitim süreci gibiydi, hastanın tanışık olduğu kavramlar değildi. Bunları onun hayatında somutlaştırmaya çalıştım. Çok soğuk bir kış günü yaptığımız seansta, ellerinin soğuktan ve kuruluktan çatlayarak kanadığını gördüğümde odamda duran el kreminde verip ellerine sürmesini rica ettim. Ellerin üşüdüğü, kuruduğu, şimdi bu bakıma ihtiyacı olduğunu anlattım. Hasta “ben öyle kremler sürmem.” dese de, bunu yaptığında o kadar kötü hissetmediğini ve böyle bir bakımı hak ettiğini konuşma fırsatı bulduk. Süreçte kendini feda şeması için panzehir olabilecek buna benzer başka müdahaleler de oldu. Ders çalışmanın yanında ilk defa keyif alabileceği etkinliklere zaman ayırması için cesaretlendirdim. Belediyenin ücretsiz kurslarını araştırdı, müzik dinlemeye başladı. Maddi imkanları kısıtlı olan danışan için kitap satın almanın zor olduğunu biliyordum, odamda bulunan yaşına uygun romanlardan ödünç vermeyi teklif ettim, hızlıca okuyarak ve bundan keyif aldığını belirterek geri verdi. Bu gibi deneyimlerin psikoterapi sürecinde hastaya iyi gelebileceğini düşündüm.

Öte yandan, hastanın kendi hikayesiyle çok benzer bir şekilde, onunla yakın bir duygusal bağ kurmaya çalıştığım dönemde hamile olmamın sürece olumsuz yönde bir etkisi olduğunu ve hastanın psikoterapiyi yarıda bırakmasında bir rolü olduğunu düşündüm.

Buna ek olarak psikoterapiye geldiği son seans içeriği incelendiğinde, kaçınan korungan mod ile inatçı çocuk modunun dışarıda bırakılarak duygusal yoğunluğu oldukça yüksek bir seans yapıldığı görülmüştür. Cezalandırıcı ebeveyn modu ile Küçük Fatma arasında geçen bir diyalogdan yola çıkarak imgeleme yapılmış ve hasta seansta ağlamıştır. Bu seanstan sonra psikoterapiyi bırakması da anlamlı görünmektedir. Duygularla temasın fazla gelmiş olabileceği, hastanın başa çıkma mekanizmalarının durdurulduğu ve alışkın olmadığı bir yerden duyguları deneyimlemesinin iyi hissettirmemiş olabileceği düşünülebilir. Tartışma bölümünde diğer bulgular ile birlikte bu durum yeniden değerlendirilmiştir.

## 3.2. NİCEL BULGULAR

### 3.2.1. Psikolojik Belirtileri Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulgular

Bu bölümde Kısa Semptom Envanteri (KSE), Yeme Tutum Testi (YTT) ve Young Şema Ölçeği (YŞÖ)'den elde edilen puanlar, Yöntem bölümünde de aktarıldığı gibi, klinik anlamlılık ve güvenilir değişim indeksi ile değerlendirilmiştir.

Bu amaçla öncelikle araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin psikometrik verileri elde etmek amacıyla alanyazın taraması yapılmış ve ilgili araştırmalar incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, KSE'nin Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi için klinik örnekleme ilişkin verilere Akdemir ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmadan, normal örneklem verilerine de Şahin, Batıgün ve Uğurtaş'ın (2002) yapmış olduğu çalışmadan ulaşılmıştır. Klinik kesme noktası Jacobson and Truax (1991)'in önerdiği C kriterine uygun işlemler yapılarak hesaplanmıştır. Buna göre, KSE Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi için kesme noktası 1,31 ve güvenilir değişim indeksi değeri 0,5 olarak bulunmuştur.

Yeme Tutum Testi için Savaşır ve Erol'un (1989) normal örneklem ile yaptığı çalışma temel alınarak B kriterine uygun işlemler yapılmış, bu doğrultuda kesme noktası ve güvenilir değişim indeksi puanları hesaplanmıştır. Buna göre, YTT için kesme noktası 41,2 ve güvenilir değişim indeksi 14,73 olarak bulunmuştur.

Young Şema Ölçeği'nin 14 alt boyutunun her biri için kesme noktası C kriterine göre hesaplanmıştır. Soygüt ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışma ile klinik ve normal örneklem verilerine ulaşılmıştır. Tüm ölçeklerin kesme noktası puanı ve güvenilir değişim indeksi hesaplamalarında kullanılan veriler ile veri kaynakları Tablo 9'da özetlenmiştir.

Daha önce de bahsedildiği gibi, hastalar psikoterapi sürecine başlarken, 10. seans ve 20. seans tamamlandıktan sonra KSE, YTT ve YŞÖ'yü doldurmuştur. Böylelikle, hastaların nicel ölçüm araçları ile psikolojik belirtilerinde nasıl bir seyir takip ettiği izlenmek istenmiştir.

Bu doğrultuda her bir hasta için bu ölçümlerden elde edilen sonuçlara yer verilecektir.

**Tablo 9.** Çalışmada Yer Alan Ölçekler İçin Kesme Noktası Puanı ve Güvenilir Değişim İndeksi Hesaplamalarında Kullanılan Veriler

		Klinik Örneklem			Normal Örneklem Güvenirlik					
		Ortalama	SS	Kaynak	Ortalama	SS	Kaynak	İç Tutarlılık	Test-Tekrar Test	Kaynak
KSE	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	2,13	0,74	Akdemir ve ark., 2013	0,75	0,5	Şahin, Durak Batıgün ve Uğurtaş, 2002	0,94		Şahin, Durak Batıgün ve Uğurtaş, 2002
Yeme Tutum Testi		-	-	-	22,19	9,7	Savaşır ve Erol, 1989	0,7	0,65	Savaşır ve Erol, 1989
Young Şema Ölçeği	Duygusal Yoksunluk	15,5	3,6	Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009	7,97	3,18	Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009	0,78	0,71	Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009
	Başarısızlık	17,1	4,93		11,9	4,99		0,8	0,7	
	Karamsarlık	15	4,32		10,2	3,81		0,79	0,77	
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	17,7	5,12		15,4	6,58		0,78	0,77	
	Duyguları Bastırma	14,1	4,37		10,8	4,4		0,72	0,78	
	Onay Arayıcılık	18,1	3,95		17,3	5,11		0,74	0,72	
	İç İççe Geçme/Bağımlılık	32,4	6,66		15,2	5,34		0,8	0,76	
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,7	4,25		22,8	7,47		0,72	0,66	
	Kendini Feda	14,9	4,37		13,5	4,57		0,74	0,82	
	Terk Edilme	13,9	3,68		8,79	2,89		0,73	0,72	
	Cezalandırılma	19,6	5,26		19,3	5,49		0,71	0,67	
	Kusurluluk	15,2	4,33		9,63	3,97		0,68	0,75	
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	12,8	3,23		8,99	3,51		0,63	0,68	
Yüksek Standartlar	8,85	3,17		8,41	3,5		0,7	0,76		

KSE: Kısa Semptom Envanteri, SS: Standart Sapma.

### 3.2.1.1. Gülce için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları

Gülce'den elde edilen ön test, 10. ve 20. seans sonrası puanlar Tablo 10'daki gibidir:

**Tablo 10.** Gülce İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri

Ölçüm		Kesme Noktası	Güvenilir Değişim İndeksi	Ön Test	10. Seans Sonrası	20. Seans Sonrası
<b>KSE (C)</b>	Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi	1,31	0,5	0,91	1,49 (p=0,02)	1,77 (p=0,001)
<b>YTT (B)</b>		41,2	14,73	70	82	97 (p=0,001)
<b>YŞÖ (C)</b>	Duygusal Yoksunluk	11,5	4,68	5	5	11 (p=0,01)
	Başarısızlık	14,52	6,11	6	6	6
	Karamsarlık	12,45	5,49	7	9	17 (p=0,001)
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	16,69	6,66	10	7	20 (p=0,003)
	Duyguları Bastırma	12,46	6,41	5	13 (p=0,01)	17 (p=0,001)
	Onay Arayıcılık	17,75	5,58	18	13	15
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	22,85	8,26	11	9	9
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,74	6,23	24	22	21
	Kendini Feda	14,22	6,18	7	12	19 (p=0,001)
	Terk Edilme	11,04	5,3	5	5	10
	Cezalandırılma	19,45	7,85	30	18 (p=0,002)	9 (p=0,001)
	Kusurluluk	12,29	6,79	6	9	13 (p=0,04)
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,97	5,45	8	5	5
	Yüksek Standartlar	8,64	4,81	8	3 (p=0,04)	3 (p=0,04)

\* p değeri parantez içerisinde verilmiş olan ölçek puanlarında anlamlı bir değişim görülmüştür.

\*\* Parantez içinde yazılan harfler, hangi ölçüte göre kesim noktasının hesaplandığını belirtmektedir.

\*\*\* KSE: Kısa Semptom Envanteri, YTT: Yeme Tutum Testi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Tablodan da görülebileceği gibi, Kısa Semptom Envanterinin Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi için klinik kesme noktası C kriterine göre 1,31 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, Gülce'nin ön ölçümde KSE Rahatsızlık Ciddiyeti

İndeksi puanının klinik düzeyde olmadığını, ancak 10. ve 20. seans sonrası ölçümlerde klinik düzeyde olduğunu göstermiştir. KSE için güvenilir değişim indeksi ise 0,5'tir. Buna göre, istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğunu söyleyebilmemiz için ilgili ölçek puanında  $\pm 0,05$  düzeyinde bir değişim olması gerekmektedir. Tüm karşılaştırmalar, ön testten elde edilen puanlarla yapılmış; Gülce için ön test puanı ile ve 20. Seans sonrası elde edilen puan (1,77) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YTT için B kriterine göre kesme noktası 41,2 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin YTT için almış olduğu tüm puanların klinik düzeyde olduğunu görülmüştür. YTT için hesaplanan güvenilir değişim indeksi ise 14,73 olup ön test (70) ile 20.seans sonrası alınan (97) ölçüm puanları arasında yine anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Duygusal Yoksunluk alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 11,5 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin Duygusal Yoksunluk alt ölçeği için almış olduğu puanlar klinik düzeyde bulunmamıştır. Duygusal Yoksunluk alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 4,68 olup ön test (5) ile 20.seans sonrası alınan (11) ölçüm puanları arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Karamsarlık alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 12,45 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin Karamsarlık alt ölçeği için 20. seanstan sonraki ölçümde almış olduğu puan klinik düzeyde görünmemiştir. Karamsarlık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 5,49 olup ön test (7) ile 20.seans sonrası alınan (17) ölçüm puanları arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 16,69 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin Sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için 20. Görüşmeden sonraki ölçümde almış olduğu puan klinik düzeyde görünmüştür. Sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi



6,66 olup ön test (10) ile 20.seans sonrası alınan (20) ölçüm puanları arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,003$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Duyguları bastırma alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 12,46 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin duyguları bastırma alt ölçeği için 10. ve 20. Görüşmeden sonraki ölçümde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmüştür. Duyguları bastırma alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 6,41 olup ön test puanı (5) ile 10. seans sonrası alınan puan (13) ve ön test puanı (5) ile 20.seans sonrası alınan (17) ölçüm puanları arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,01$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Onay arayıcılık alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 17,75 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin onay arayıcılık alt ölçeği için ön test puanı (18) klinik düzeyde bulunmuştur. Onay arayıcılık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 5,58 olup bu alt ölçek puanlarında ölçümler arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

YŞÖ-Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 22,74 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt ölçeği için ön test puanı (24) klinik düzeyde değildir. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,23 olup bu alt ölçek puanlarında ölçümler arasında anlamlı bir değişim görülmemektedir.

YŞÖ-Kendini feda alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 14,22 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin kendini feda alt ölçeği için 20. Görüşmeden sonraki ölçümde almış olduğu puan klinik düzeyde görünmektedir. Kendini feda alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 6,18 olup ön test (7) ile 20.seans sonrası alınan (19) ölçüm puanları arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Cezalandırma alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 19,45 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin cezalandırma alt ölçeği için ön test puanı

linik düzeyde görünmektedir. Cezalandırma alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 7,85 olup ön test puanı (30) ile 10. seans sonrası alınan puan (18) ve 20.seans sonrası alınan ölçüm puanı (9) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Kusurluluk alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 12,29 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin kusurluluk alt ölçeği için için 20. Görüşmeden sonraki ölçümde almış olduğu puan klinik düzeyde görünmüştür. Kusurluluk alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 6,79 olup ön test puanı (6) ile 20.seans sonrası alınan puanı (13) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür.

YŞÖ-Yüksek standartlar alt ölçeği için B kriterine göre kesme noktası 8,64 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Gülce'nin yüksek standartlar alt ölçeği için almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmemektedir. Yüksek standartlar alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi 4,81 olup ön test puanı (8) ile 10. seans sonrası alınan puan (3) ve 20.seans sonrası alınan puanı (3) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,04$ ) görülmüştür.

Özetle; güvenilir değişim indeksi analizlerine göre Gülce'nin KSE ve YTT ön test puanları ile 20.seans sonrasında elde edilen puanlar arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu; Young Şema Ölçeği'nin alt boyutları için aldığı puanlara bakıldığında, duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, kendini feda ve kusurluluk şemaları için ön test puanları ve 20.seans sonrasında elde edilen puanlar arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu görülmüştür. Bunun yanında, cezalandırma ve yüksek standartlar şemaları için ön test puanları ile 20. Seans sonrası test puanları arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu izlenmiştir.

### 3.2.1.2. Sudenaz için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları

Sudenaz'dan elde edilen ön test, 10. ve 20. seans sonrası puanlar Tablo 10'daki gibidir:

**Tablo 11.** Sudenaz İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri

Ölçüm		Kesme Noktası	RCI-Min	Ön test	10. Seans Sonrası	20. Seans Sonrası
<b>KSE (C)</b>	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,306452	0,5	1,89	2,06	2,3
<b>YTT (B)</b>		41,202	14,73	51	52	56
<b>YŞÖ (C)</b>	Duygusal Yoksunluk	11,5	4,68	7	6	12 (p=0,04)
	Başarısızlık	14,52	6,11	12	22 (p=0,001)	26 (p=0,001)
	Karamsarlık	12,45	5,49	18	22	23
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	16,69	6,66	21	30 (p=0,01)	28 (p=0,04)
	Duyguları Bastırma	12,46	6,41	12	14	16
	Onay Arayıcılık	17,75	5,58	30	31	23 (p=0,01)
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	22,85	8,26	23	32 (p=0,03)	33 (p=0,02)
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,74	6,23	27	32	25
	Kendini Feda	14,22	6,18	19	26 (p=0,03)	24
	Terk Edilme	11,04	5,3	22	20	19
	Cezalandırılma	19,45	7,85	25	26	24
	Kusurluluk	12,29	6,79	16	22	25 (p=0,01)
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,97	5,45	17	17	23 (p=0,03)
	Yüksek Standartlar	8,64	4,81	15	15	15

\* p değeri parantez içerisinde verilmiş olan ölçek puanlarında anlamlı bir değişim görülmüştür.

\*\* Parantez içinde yazılan harfler, hangi ölçüte göre kesim noktasının hesaplandığını belirtmektedir.

\*\*\* KSE: Kısa Semptom Envanteri, YTT: Yeme Tutum Testi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Tablo 11'den de izlenebileceği gibi, Sudenaz'ın Kısa Semptom Envanterinin Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi için ön ölçüm (1,89), 10. Seans (2,06) ve 20. Seans (2,3) puanları klinik düzeydedir. Puanlar, ölçümler boyunca artış gösterse de güvenilir değişim indeksi (0,5) ile bu artışların anlamlı olmadığı söylenebilir.

Benzer durum, Sudenaz'ın YTT puanları için de geçerlidir. YTT ön ölçüm (51), 10. Seans (52) ve 20. Seans (56) puanları klinik düzeydedir. Puanlar, ölçümler boyunca artış gösterse de güvenilir değişim indeksi (14,73) ile bu artışların anlamlı olmadığı görülmüştür.

Young Şema Ölçeği alt ölçekleri incelendiğinde, Sudenaz'ın duygusal yoksunluk alt ölçeği için 20. Görüşmeden sonra almış olduğu puan (12) klinik düzeydedir. Duygusal Yoksunluk alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi(4,68), ön test puanı (7) ile 20.seans sonrası alınan (12) ölçüm puanı arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,04$ ) göstermiştir.

Sudenaz'ın başarısızlık alt ölçeği için 20. Görüşmeden sonra almış olduğu puan (26) klinik düzeydedir. Başarısızlık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,11), ön test puanı (12) ile 10.seans sonrası alınan 20.seans sonrası alınan (26) ölçüm puanı arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,001$ ) göstermiştir.

Karamsarlık alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmektedir. Karamsarlık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (5,49) göz önünde bulundurulduğunda bu alt ölçek puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Sudenaz'ın sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,66), ön test puanı (21) ile 10.seans sonrası alınan puan (30) ve 20.seans sonrası alınan (28) ölçüm puanı arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,04$ ) göstermiştir.

Sudenaz'ın iç içe geçme/bağımlılık alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. İç içe geçme/bağımlılık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (8,26), ön test puanı (23) ile 10.seans sonrası alınan puan (32) ve 20.seans sonrası alınan ölçüm puanı (33) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,002$ ) göstermiştir.

Duyguları bastırma alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmektedir. Duyguları bastırma alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,41) göz önünde bulundurulduğunda bu alt ölçek puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Sudenaz'ın onay arayıcılık alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. onay arayıcılık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (5,58), ön test puanı (30) ile 20.seans sonrası alınan (23) ölçüm puanı arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,01$ ) göstermiştir.

Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmektedir. Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,23) göz önünde bulundurulduğunda bu alt ölçek puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Sudenaz'ın kendini feda alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. kendini feda alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,18), ön test puanı (19) ile 10.seans sonrası alınan puanı (26) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,03$ ) göstermemiştir.

Terkedilme alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmektedir. Terkedilme alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (5,3) göz önünde bulundurulduğunda bu alt ölçek puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Benzer şekilde, cezalandırma alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görünmektedir. cezalandırma alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (7,85) göz önünde bulundurulduğunda bu alt ölçek puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Sudenaz'ın kusurluluk alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. kusurluluk alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,79), ön test

puanı (16) ile 20.seans sonrası alınan puanı (25) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,01$ ) göstermiştir.

Sudenaz'ın tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. Tehditler Karşısında Dayanıksızlık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (5,45), ön test puanı (17) ile 20.seans sonrası alınan puanı (23) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,03$ ) göstermiştir.

Yüksek standartlar alt ölçeği için Sudenaz'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde olduğu görülmüş ve puanlar değişmemiştir.

### 3.2.1.3. Pınar için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları

Pınar'dan elde edilen ön test, 10. ve 20. seans sonrası puanlar Tablo 12'de belirtilmiştir.

Pınar'ın Kısa Semptom Envanterinin Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi için ön ölçüm (1,89), 10. Seans (1,87) ve 20. Seans (1,66) puanları klinik düzeydedir. Puanlar, ölçümler boyunca azalsa da güvenilir değişim indeksi (0,5) ile bu azalışların anlamlı olmadığı söylenebilir.

Pınar'ın YTT ön ölçüm (70), 10. Seans (66) ve 20. Seans (51) sonrası puanları klinik düzeydedir. Güvenilir değişim indeksi (14,73), ön test YTT puanı (70) ile 20. Seans sonrası elde edilen YTT puanı (51) arasındaki değişimin anlamlı ve olumlu yönde olduğunu ( $p=0,01$ ) göstermiştir.

Young Şema Ölçeği alt boyutları incelendiğinde, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, cezalandırma ve yüksek standartlar alt boyutları için Pınar'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde bulunmuştur. Her ölçek için güvenilir değişim indeksleri incelendiğinde, tüm ölçümler boyunca bu alt boyutlardan elde edilen puanlar arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

**Tablo 12.** Pınar İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri

Ölçüm		Kesme Noktası	RCI-Min	Ön test	10. Seans Sonrası	20. Seans Sonrası
<b>KSE (C)</b>	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,306452	0,5	1,89	1,87	1,66
<b>YTT (B)</b>		41,202	14,73	70	66	51 (p= 0,01)
<b>YŞÖ (C)</b>	Duygusal Yoksunluk	11,5	4,68	5	5	6
	Başarısızlık	14,52	6,11	13	13	13
	Karamsarlık	12,45	5,49	9	11	9
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	16,69	6,66	19	21	18
	Duyguları Bastırma	12,46	6,41	14	13	12
	Onay Arayıcılık	17,75	5,58	24	33 (p=0,01)	27
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	22,85	8,26	16	12	13
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,74	6,23	32	34	27
	Kendini Feda	14,22	6,18	17	13	12
	Terk Edilme	11,04	5,3	12	7	8
	Cezalandırılma	19,45	7,85	26	26	26
	Kusurluluk	12,29	6,79	9	19 (p=0,004)	19 (p=0,004)
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,97	5,45	12	7	6
	Yüksek Standartlar	8,64	4,81	16	17	14

\* p değeri parantez içerisinde verilmiş olan ölçek puanlarında anlamlı bir değişim görülmüştür.

\*\* Parantez içinde yazılan harfler, hangi ölçüte göre kesim noktasının hesaplandığını belirtmektedir.

\*\*\* KSE: Kısa Semptom Envanteri, YTT: Yeme Tutum Testi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Pınar'ın onay arayıcılık alt ölçeği için tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. onay arayıcılık alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (5,58), ön test puanı (24) ile 10.seans sonrası alınan puanı (33) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu (p=0,001) göstermiştir.

Kendini feda, terkedilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık alt boyutları için her bir ölçeğin kesme noktasına bakıldığında, bu ölçeklere ait alınan ön test puanların klinik düzeyde olduğu, ancak güvenilir değişim indeksleri ile puanlar arasındaki

fark incelendiğinde tüm ölçümler boyunca bu alt boyutlardan elde edilen puanlar arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Pınar'ın kusurluluk alt ölçeği için 10. ve 20. seans sonrası almış olduğu puanlar klinik düzeydedir. Kusurluluk alt ölçeği için güvenilir değişim indeksi (6,79), ön test puanı (9) ile 10.seans sonrası alınan puan (19) ve 20. seans sonrası alınan puan (19) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,004$ ) göstermiştir.

#### 3.2.1.4. Gökçe için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları

Gökçe'den elde edilen ön test, 10. ve 20. seans sonrası puanlar Tablo 13'te belirtilmiştir.

Tablo 13'ten de izlenebileceği gibi, Gökçe'nin Kısa Semptom Envanterinin Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi için tüm puanları klinik düzeydedir. Hesaplanan güvenilir değişim indeksi (0,5), ön test puanı (3,23) ile 10.seans sonrası alınan puan (2,32) ve 20. seans sonrası alınan puan (1,43) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğunu ( $p=0,001$ ) göstermiştir.

Gökçe'nin YTT ön ölçüm (77), 10. Seans (79) ve 20. Seans (45) sonrası puanları klinik düzeydedir. Hesaplanan güvenilir değişim indeksi (14,73), ön test YTT puanı (70) ile 20. Seans sonrası elde edilen YTT puanı (45) arasındaki değişimin anlamlı ve olumlu yönde olduğunu ( $p=0,001$ ) göstermiştir.

Young Şema Ölçeği alt ölçekleri incelendiğinde, Buna göre, Gökçe'nin duygusal yoksunluk alt ölçeği için ön test puanı (12) klinik düzeyde bulunmuştur. Duygusal yoksunluk alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 4,68 olup ön test puanı (12) ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı (5) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,03$ ) görülmüştür.



**Tablo 13.** Gökçe İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri

Ölçüm		Kesme Noktası	RCI-Min	Ön test	10. Seans Sonrası	20. Seans Sonrası
<b>KSE (C)</b>	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,306452	0,5	3,23	2,32 (p=0,001)	1,43 (p=0,001)
<b>YTT (B)</b>		41,202	14,73	77	79	45 (p=0,001)
<b>YŞÖ (C)</b>	Duygusal Yoksunluk	11,5	4,68	12	10	5 (p=0,003)
	Başarısızlık	14,52	6,11	34	14 (p=0,001)	17 (p=0,001)
	Karamsarlık	12,45	5,49	21	18	11 (p=0,001)
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	16,69	6,66	19	23	10 (p=0,01)
	Duyguları Bastırma	12,46	6,41	7	8	5
	Onay Arayıcılık	17,75	5,58	34	31	25
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	22,85	8,26	41	24 (p=0,001)	16 (p=0,001)
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,74	6,23	33	35	37
	Kendini Feda	14,22	6,18	19	17	11 (p=0,01)
	Terk Edilme	11,04	5,3	16	12	6 (p=0,001)
	Cezalandırılma	19,45	7,85	32	19 (p=0,001)	16 (p=0,001)
	Kusurluluk	12,29	6,79	24	15 (p=0,009)	9 (p=0,001)
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,97	5,45	16	9 (p=0,01)	8 (p=0,003)
	Yüksek Standartlar	8,64	4,81	18	15	7 (p=0,001)

\* p değeri parantez içerisinde verilmiş olan ölçek puanlarında anlamlı bir değişim görülmüştür.

\*\* Parantez içinde yazılan harfler, hangi ölçüte göre kesim noktasının hesaplandığını belirtmektedir.

\*\*\* KSE: Kısa Semptom Envanteri, YTT: Yeme Tutum Testi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Başarısızlık alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (34) ve 20. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (17) klinik düzeyde görünmektedir. Başarısızlık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,11 olup ön test puanı (34) ile hem 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı (14), hem de 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı (17) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu (p=0,001) bulunmuştur.

Karamsarlık alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (21) ve 10. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (18) klinik düzeyde görünmektedir. Karamsarlık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 5,49 olup ön test puanı (21) ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(11) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) izlenmiştir. 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (19) ve 10. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (23) klinik düzeyde görünmektedir. Sosyal izolasyon/güvensizlik alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,66 olup ön test puanı (19) ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(10) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,01$ ) görülmüştür. 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Onay arayıcılık alt ölçeği için Gökçe'nin tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görülmüştür. Onay arayıcılık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi (5,58) göz önünde bulundurulduğunda bu alt boyut puanları arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir.

İç içe geçme/bağımlılık alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (41) ve 10. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (24) klinik düzeyde bulunmuştur. İç içe geçme/bağımlılık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 8,26 olup ön test puanı (41) ile 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı(24) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür. Benzer biçimde ön test puanı (41) ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(16) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim vardır ( $p=0,001$ ). 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt ölçeği için Gökçe'nin tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde görülmektedir. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi (6,23) göz önünde bulundurulduğunda bu alt boyut puanları arasında anlamlı bir değişim bulunmamıştır.

Kendini feda alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (19) ve 10. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (17) klinik düzeyde görünmektedir. Kendini feda alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,18 olup ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(11) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,01$ ) görülmüştür. 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Terkedilme alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (16) ve 10. seans sonrası elde edilen ölçüm puanı (12) klinik düzeyde görünmektedir. Terkedilme alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 5,3 olup ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(6) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür. 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Cezalandırma alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (32) klinik düzeyde görünmektedir. Cezalandırma alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 7,85 olup ön test puanı (32) ile 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı(19) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,001$ ) görülmüştür. Benzer biçimde ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(16) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim vardır ( $p=0,001$ ). 10. ve 20. seans sonrası alınan ölçüm puanları klinik düzeyde değildir.

Kusurluluk alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (32) ve 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı (15) klinik düzeyde görünmektedir. Kusurluluk alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,79 olup ön test puanı (24) ile 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı(15) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,01$ ) görülmüştür. Benzer biçimde ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(9) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim vardır ( $p=0,001$ ). 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

Tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (16) klinik düzeydedir. Tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 5,45 olup ön test puanı (16) ile 10. seans sonrası alınan

ölçüm puanı(9) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu ( $p=0,01$ ) görülmüştür. Benzer biçimde ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı(8) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim vardır ( $p=0,004$ ). 10. ve 20. seans sonrası alınan ölçüm puanları klinik düzeyde değildir.

Yüksek standartlar alt ölçeğine bakıldığında, ön test puanı (18) ve 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı (15) klinik düzeyde görünmemiştir. Yüksek standartlar alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 4,81 olup ön test puanı ile 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı (7) arasında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim vardır ( $p=0,001$ ). 20. seans sonrası alınan ölçüm puanı klinik düzeyde değildir.

#### 3.2.1.5. Fatma için Nicel Ölçüm Analiz Sonuçları

Fatma, psikoterapiyi yarıda bıraktığı için ön test ve 10. seans sonrası elde edilen verilerle değerlendirme yapılmıştır. Fatma'nın nicel ölçüm analiz sonuçları Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14'ten de izlenebileceği gibi, Fatma'nın Kısa Semptom Envanterinin Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi için 10. seans sonrası elde edilen puanı (1,45) klinik düzeyde olup ön test puanı (0,72) ile karşılaştırıldığında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu görülmüştür ( $p=0,004$ ). Fatma'nın YTT ön ölçüm (72) ve 10. seans sonrası puanı (69) klinik düzeydedir, güvenilir değişim indeksi ile puanlar incelendiğinde anlamlı bir değişim gözlenmemiştir.

Young Şema Ölçeği alt boyutları incelendiğinde, Fatma'nın başarısızlık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, cezalandırılma ve yüksek standartlar alt boyutları için ön test ve 10. Seans sonrası elde edilen tüm puanlar klinik düzeydedir. Bu alt boyut puanları arasında, her bir ölçek için hesaplanan güvenilir değişim indeksi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir değişime rastlanmamaktadır.

**Tablo 14.** Fatma İçin Nicel Ölçüm Analiz Değerleri

Ölçüm		Kesme Noktası	RCI-Min	Ön test	10. Seans Sonrası	20. Seans Sonrası
<b>KSE (C)</b>	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,306452	0,5	0,72	1,45 (p=0,004)	-
<b>YTT (B)</b>		41,202	14,73	72	69	-
<b>YŞÖ (C)</b>	Duygusal Yoksunluk	11,5	4,68	7	7	-
	Başarısızlık	14,52	6,11	19	17	-
	Karamsarlık	12,45	5,49	12	15	-
	Sosyal İzolasyon/güvensizlik	16,69	6,66	11	16	-
	Duyguları Bastırma	12,46	6,41	11	21 (p=0,002)	-
	Onay Arayıcılık	17,75	5,58	30	27	-
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	22,85	8,26	15	28 (p=0,002)	-
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	22,74	6,23	33	31	-
	Kendini Feda	14,22	6,18	20	24	-
	Terk Edilme	11,04	5,3	10	11	-
	Cezalandırılma	19,45	7,85	31	31	-
	Kusurluluk	12,29	6,79	9	12	-
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,97	5,45	6	9	-
Yüksek Standartlar	8,64	4,81	16	13	-	

\* p değeri parantez içerisinde verilmiş olan ölçek puanlarında anlamlı bir değişim görülmüştür.

\*\* Parantez içinde yazılan harfler, hangi ölçüte göre kesim noktasının hesaplandığını belirtmektedir.

\*\*\* KSE: Kısa Semptom Envanteri, YTT: Yeme Tutum Testi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Duyguları bastırma alt ölçeğine bakıldığında, 10. Seans sonrası elde edilen puan (21) klinik düzeyde görünmektedir. Duyguları bastırma alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 6,41 olup ön test puanı (11) ile 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı (21) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu (p=0,002) görülmüştür.

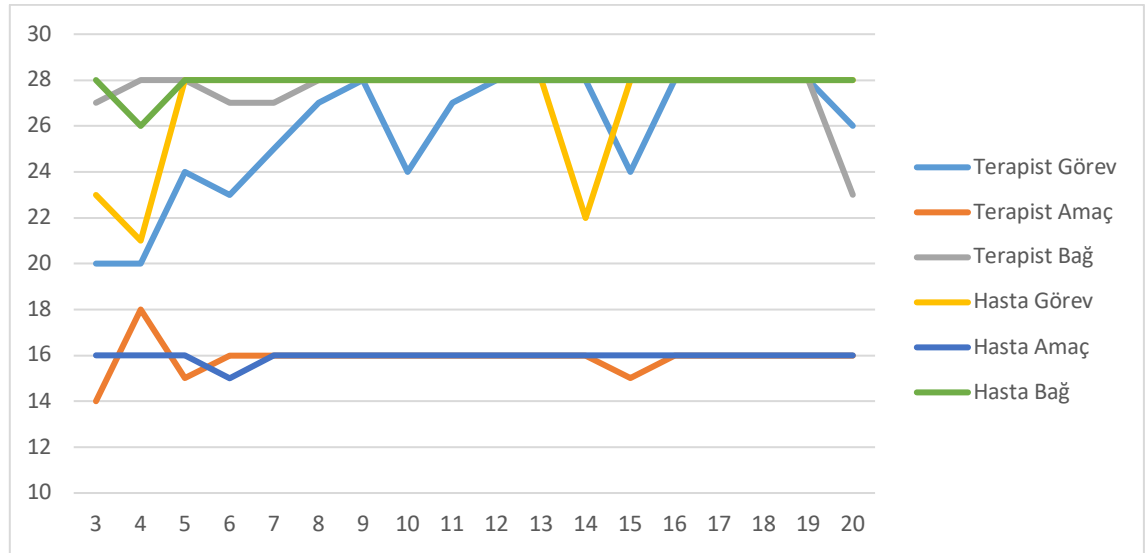
Benzer bir durum iç içe geçme/bağımlılık alt ölçeği için de geçerlidir. Bu ölçek için de 10. Seans sonrası elde edilen puan (28) klinik düzeyde görünmektedir. İç içe geçme/bağımlılık alt ölçeği için hesaplanan güvenilir değişim indeksi 8,26 olup ön

test puanı (15) ile 10. seans sonrası alınan ölçüm puanı (28) arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu ( $p=0,002$ ) görülmektedir.

### 3.2.2. Psikoterapi Süreçlerine Dair Nicel Bulgular

#### 3.2.2.1. Terapötik İttifakı Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

Bu başlık altında Terapötik İttifak Ölçeği'nden elde edilen puanlar ile hazırlanan grafikler incelenecektir.



Şekil 1. Gülce'nin Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi

Şekil 1'den de izlenebileceği gibi, Gülce ile sürdürülen psikoterapi sürecinde, hasta amaç puanları ile terapist amaç puanlarının yakın olduğu ve terapötik ittifakın diğer bileşenlerine göre düşük seyrettiği görülmektedir. 7. Seans itibariyle süreç boyunca hastanın amaç bileşeni için verdiği puanın hiç değişmemesi dikkat çekmektedir. Hem hasta hem de terapistin görev puanları dalgalanmakla birlikte genel bir yükselme görülmektedir. Bağ bileşeni için de terapötik ittifak puanlarının hasta ve terapist için yüksek seyrettiği görülmektedir.

Sudenaz için TİÖ'den elde edilen puanlar ile oluşan grafik Şekil 2'de sunulmuştur.

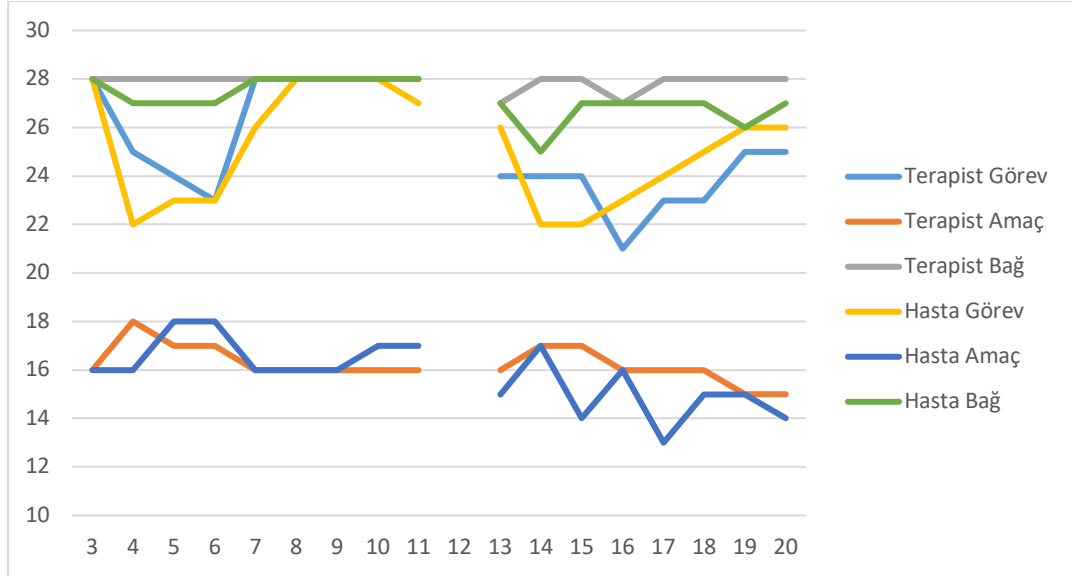


Şekil 2. Sudez'in Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi

Sudenaz ile sürdürülen psikoterapi sürecinde hem hasta hem terapist için amaç bileşeni puanlarının düşük seyrettiği görülmektedir. Görev bileşeni için puanlar görece yüksek olsa da terapist de hasta da dalgalı bir ilerleme göstermiştir.

Amaç ve görev bileşenine göre, bağ bileşeni puanlarının hem terapist hem hasta için yüksek bir düzeyde olduğu görülmektedir. Hasta için ilk görüşmelerden itibaren bağ bileşeni puanının arttığı ve devam eden zamanlarda sabit biçimde kaldığı söylenebilir. Terapist için ise baştan itibaren sabitken 16. Görüşmede hafif düşüş olduğu görülmekte, bunun hastanın belirtilerindeki artış ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Pınar için TİÖ'den elde edilen puanlar ile oluşan grafik Şekil 3'te sunulmuştur.



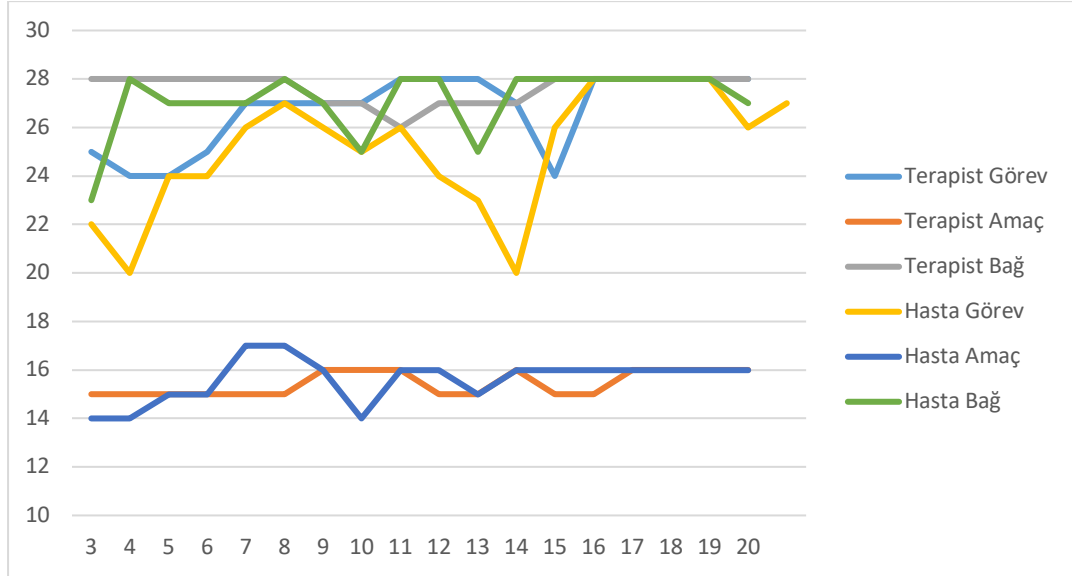
**Şekil 3.** Pınar'ın Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi

Pınar ile sürdürülen psikoterapi sürecinde hem hasta hem de terapist için amaç puanların diğer bileşenlere göre daha düşük olduğu, hatta giderek düştüğü görülmektedir. Hasta görev bileşeni puanı, oldukça iniş çıkışlı seyretmiştir. Bunu terapist için de söylemek mümkün görünmektedir. Hastanın görev puanlarının giderek artmış olduğu görülmüştür. Bağ bileşeni için hem hasta hem de terapist puanları diğer bileşenlere daha yüksektir. Hastanın bağ bileşeni puanı, terapistin bağ bileşeni puanına göre biraz daha düşük seyretmiştir.

Onikinci seansta ölçekler doldurulmamış ve bu süreçte ele alınan bir konu olmuştur. Vaka kavramsallaştırma bölümünde belirtildiği gibi, hasta vakit sıkıntısından dolayı ölçekleri evde doldurmak üzere yanında götürmüş ancak bir sonraki seansa getirmemiştir. Bu, psikoterapi sürecinde modlar ile formüle edilerek üzerinde çalışılan bir konu olmuştur. Bu seans için danışan verisi eksik olduğu için terapist verisi de değerlendirilmemiştir.



Gökçe için TİÖ'den elde edilen puanlar ile oluşan grafik Şekil 4'te sunulmuştur.

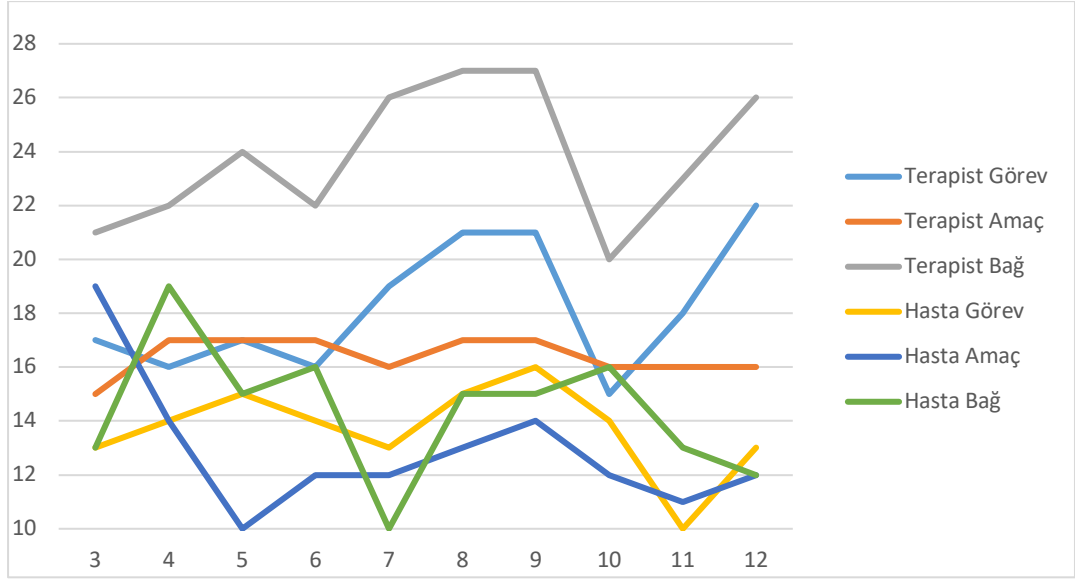


**Şekil 4.** Gökçe'nin Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi

Gökçe ile sürdürülen psikoterapi sürecinde de hem hasta hem de terapist için amaç puanlarının diğer bileşenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Hasta görev bileşeni puanı oldukça iniş çıkışlı seyretmiştir. Bunu terapist için de söylemek mümkün görünmektedir. Özellikle 14. Görüşmede hastanın görev bileşenine ilişkin puanı oldukça düşmüş olması dikkat çekmektedir.

Bağ bileşeni için hem hasta hem de terapist puanları diğer bileşenlere göre daha yüksektir. Hastanın 14. seansa kadar bağ bileşeninde iniş çıkışlar izlenmekte, 14. Seans itibariyle sabit ve yüksek puanlarda seyrettiği gözlenmiştir. Seans notları incelendiğinde 14. Seansın hastanın üniversiteye hazırlık süreci ile ilgili kaygılı olduğu, hastanın belirtilerinin görece arttığı, açlık-tokluk ile ilgili kararsızlıklarını yoğun olarak hissettiği bir döneme denk gelen ve "yüksek standartlar" şeması üzerine odaklanılan bir seans olduğu anlaşılmıştır.

Fatma için TİÖ'den elde edilen puanlar ile oluşan grafik Şekil 5'te sunulmuştur.



Şekil 5. Fatma'nın Psikoterapi Sürecinde Terapötik İttifak Puanlarının Değişimi

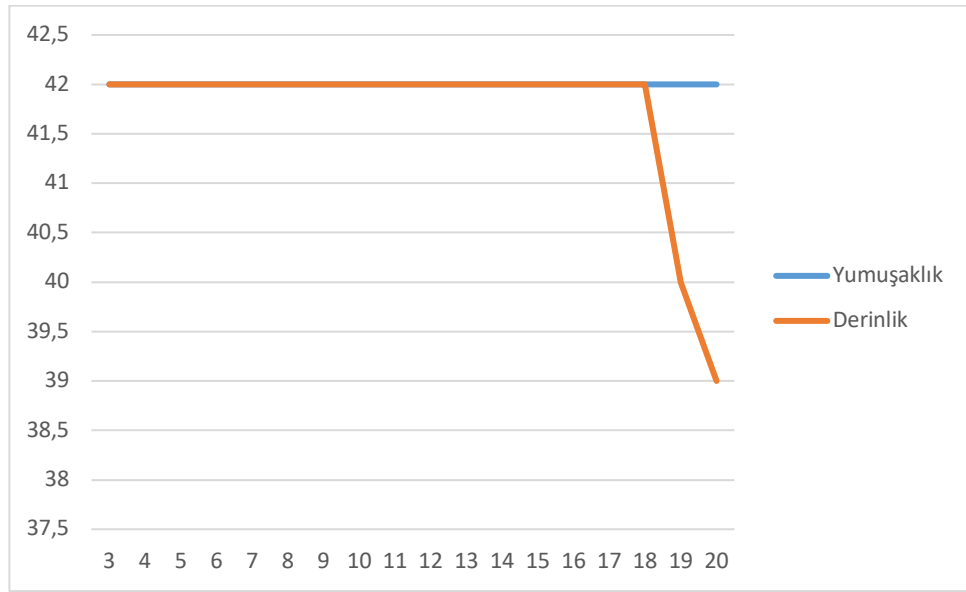
Daha önce de belirtildiği gibi, Fatma psikoterapiyi yarıda bırakmıştır. Bu nedenle de yalnızca 12. seansa kadar olan ölçümler raporlanabilmiştir.

Genel olarak hem hasta hem de terapist için terapötik ittifakın tüm bileşenlerinin düşük puanlarda seyrettiği söylenebilir. Terapist bağ ve terapist görev puanları, hastaya göre görece yüksek puanlardayken, hasta açısından oldukça düşüktür. 7. seansta hastanın bağ puanının en düşük seviyeye gelmesi dikkat çekmektedir. Seans içeriği incelendiğinde, hastanın "inatçı çocuk" modunun seans boyunca ön planda olduğu, bunun yanında bu modun kırılğan çocuk modu ile ilişkisinin ele alındığı bir seans olduğu anlaşılmaktadır. Benzer biçimde, hastanın psikoterapiyi bırakmadan önce geldiği son seans olan 12. seansta da hastanın imgeleme çalışması ile kırılğan çocuk modu ile temas kurduğu görülmüştür. Hastanın bağ puanlarının en düşük olduğu seansların duygusal temasın en çok arttığı ve hastanın kırılğan çocuk modunu gösterebildiği seanslar olması dikkat çekmiştir. Hastanın bağ puanının en yüksek olduğu 4. seansta, hastanın erken dönem yaşantıları ele alınmış ve mod kartları ile çalışılmıştır. Tartışma bölümünde, hastanın psikoterapi sürecinden elde edilen diğer bulgular ile birlikte hastanın terapötik ittifak puanlarındaki bu değişimler ayrıntılı olarak incelenmiştir.

### 3.2.3. Seansları Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulgular

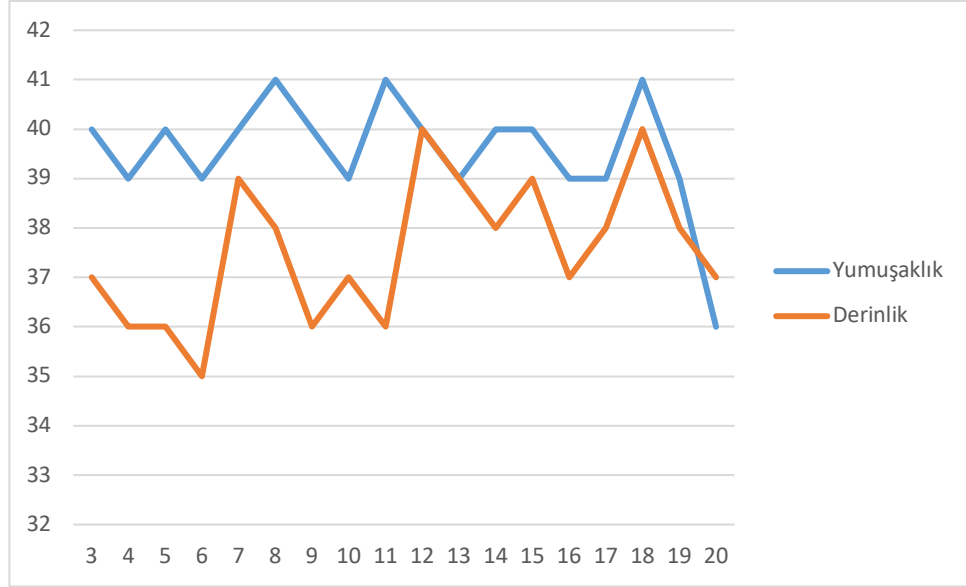
#### 3.2.3.1. Seans Etkisine Yönelik Nicel Bulgular

Bu bölümde hastalar tarafından seans sonlarında doldurulan Seans Değerlendirme Ölçeği ile seansların niteliğine yönelik elde edilen veriler sunulacaktır.



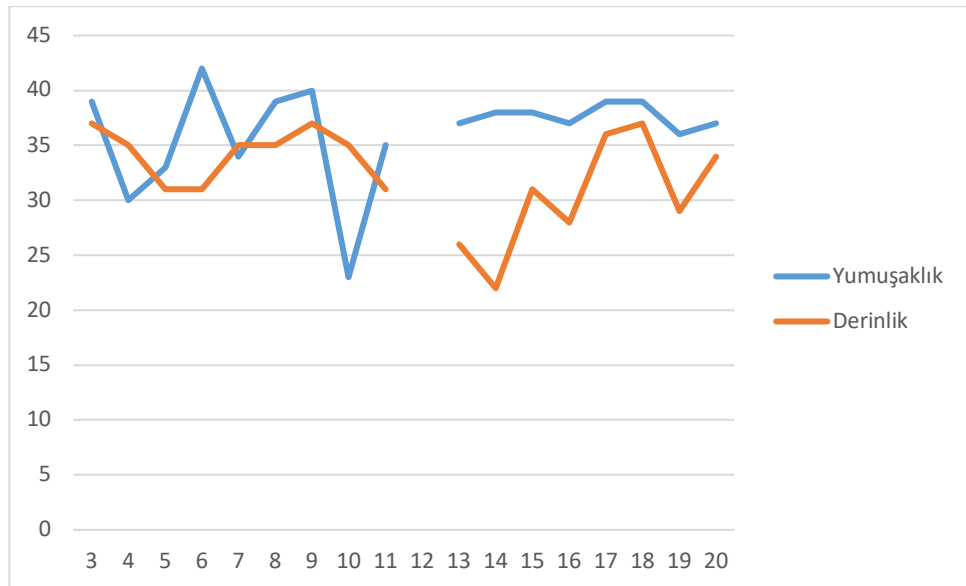
**Şekil 6.** Gülce için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi

Şekil 6 incelendiğinde, “Yumuşaklık” ve “Derinlik” olmak üzere iki alt boyutu olan Seans Değerlendirme Ölçeği için Gülce’nin “yumuşaklık” alt boyutuna tüm seanslar boyunca aynı puanları verdiği ve yumuşaklık açısından tüm seanslarda benzer hissettiği söylenebilir. Derinlik alt boyutu için de aynı puanları veren Gülce için 18. görüşmeden itibaren derinlik alt boyutu puanlarının belirgin biçimde düşüşe geçtiği görünmektedir. Bu son seanslarda hastanın belirtilerinde artış olmuş, daha depresif ve kaygılı bir döneme girmiştir.



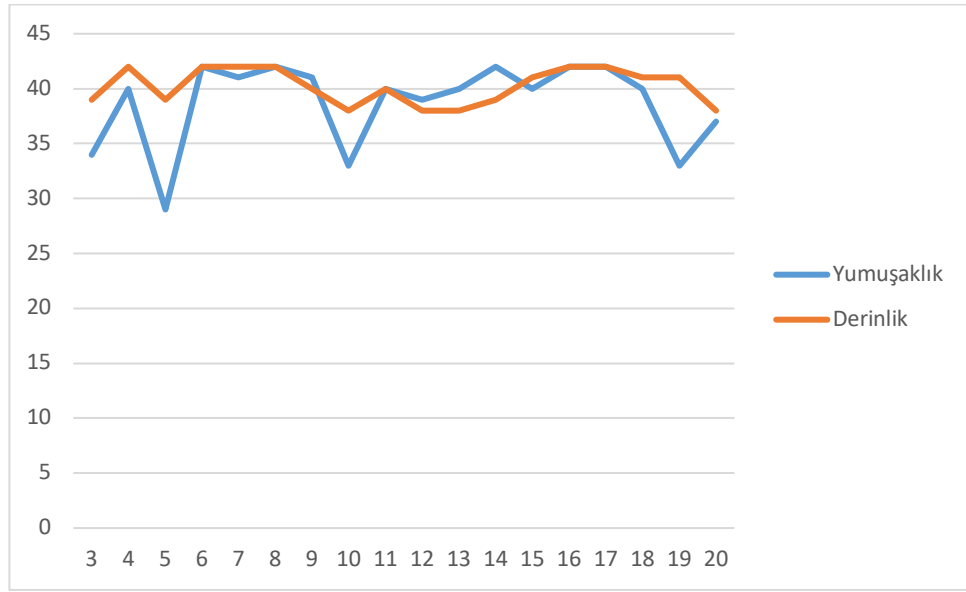
**Şekil 7.** Sudanaz için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi

Şekil 7 incelendiğinde, Sudanaz'ın Seans Değerlendirme Ölçeği puanlarından elde edilen grafik incelendiğinde, seanslara ilişkin algılanan yumuşaklık alt boyutunun tüm seanslarda derinlik alt boyutunun üzerinde puanlarda seyrettiği görülmektedir. Öte yandan seanslar arasında dalgalı bir seyir olduğu da gözlenmiştir.



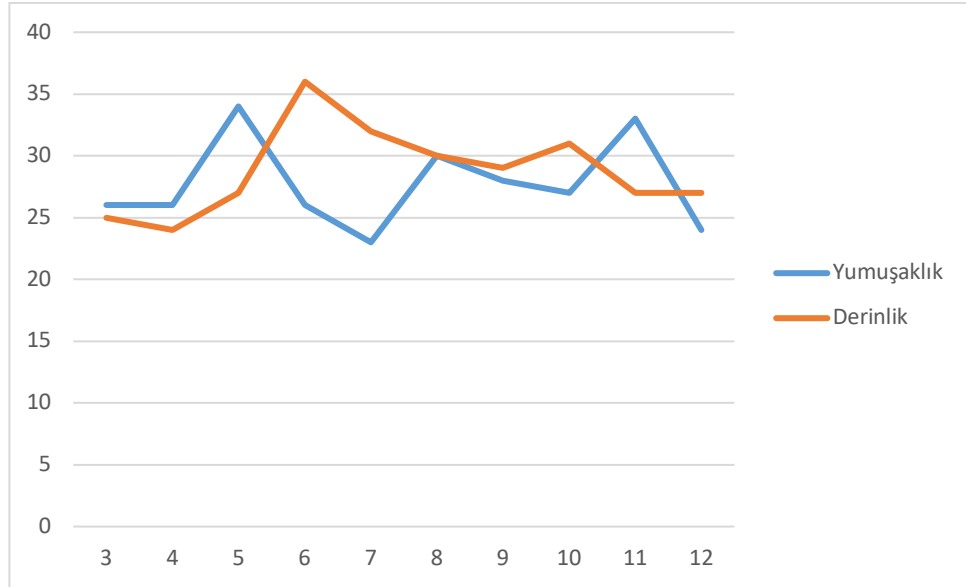
**Şekil 8.** Pınar için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi

Şekil 8 incelendiğinde, Pınar'ın Seans Değerlendirme Ölçeği puanlarından elde edilen grafik incelendiğinde, 4. ve 10. Seans dışında seanslara ilişkin algılanan yumuşaklık alt boyutunun derinlik alt boyutunun üzerinde puanlarda seyrettiği görülmektedir. 10. Seans içeriği incelendiğinde ise, şımarık çocuk modu üzerinde çalışıldığı görülmektedir. Bu modun ele alındığı seansta hastanın seansa yönelik derinlik algısı artarken, yumuşaklık algısında düşüş olması, hasta için bu modu ele almanın önemli ancak zor bir deneyim olabileceğini düşündürmektedir.



**Şekil 9.** Gökçe için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi

Şekil 9 incelendiğinde, Gökçe'nin seanslara ilişkin derinlik alt boyutunun puanlarının yumuşaklık alt boyutunun puanlarının üzerinde olduğu görülmektedir. 5., 10. ve 19. Görüşmede yumuşaklık alt boyutunun puanlarındaki belirgin düşüşler dikkat çekmektedir. Bu seansların içerikleri incelendiğinde, sorunlarının şiddetinin daha arttığı zamanlara denk gelen ve hastanın daha kaygılı ve depresif olduğu seanslar olduğu görülmektedir. Hastanın bu seansları derinlik açısından daha ön plana çıkan seanslar olarak değerlendirdiği düşünülebilir.



**Şekil 10.** Fatma için Seansların Etkisinin Değerlendirilmesi

Şekil 10 incelendiğinde, Fatma'nın seans etkisi grafiğinde, derinlik algısının arttığı seanslarda yumuşaklık algısının azaldığı söylenebilir. Bu seanslar incelendiğinde, hastanın derinlik boyutu arttan seanslarda duyguları ile daha çok temasa geçtiği ve duygusal olarak daha zorlandığı seanslar olduğu görülmektedir. Bu farkın en çok görüldüğü seans olan 7. Seans içeriğine bakıldığında, inatçı çocuk modunun ele alınmasının yanında annenin en küçük kardeşine hamile kalmasına duyduğu öfke ve ardından uzunca bir dönem ihmal edildiği dönem konuşulmuştur. Bu görüşmenin sonunda hastanın kırılğan çocuk modu ile temas kurulmuş, hasta o dönemde hamile olan terapistle "Sizin daha büyük çocuğunuz iyi ki yok." demiştir. Seansa hırçın bir halde başlayan hastanın üzgün ayrıldığı gözlenmiştir.

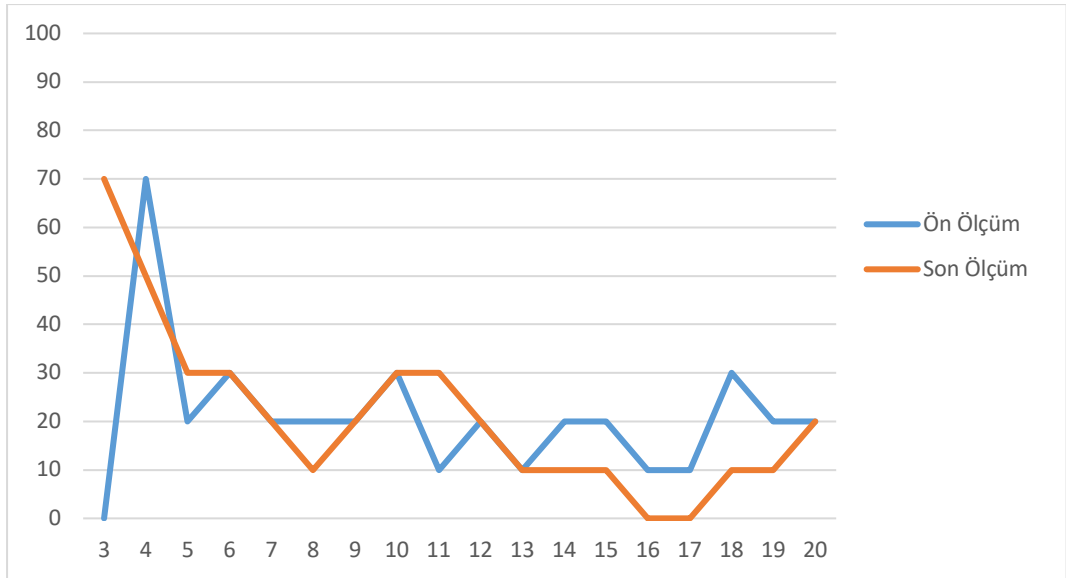
Hastanın psikoterapiye geldiği son seansta da benzer bir durum söz konusudur. İmgeleme çalışması yapılmış ve cezalandırıcı ebeveyn moduna sağlıklı yetişkin mod ile müdahale edilmiştir. Hastanın o seansta da duygusal olarak zorlanmış olabileceği düşünülmüştür.

Yumuşaklık boyutunun en arttığı 5. ve 11. Seanslar ise, hastanın kendini feda şemasının ele alındığı ve Küçük Fatma'ya nasıl bakım verebileceğın ele alındığı seanslar olduğu görülmektedir.

### 3.2.3.2. Seans Bazında Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular

Bu bölümde hastaların seansların öncesinde ve sonrasında Duygu Durum Değerlendirme Ölçeği aracılığı ile ortaya koydukları kaygılı, depresif ve iyimserlik hislerine yönelik elde edilen veriler sunulacaktır.

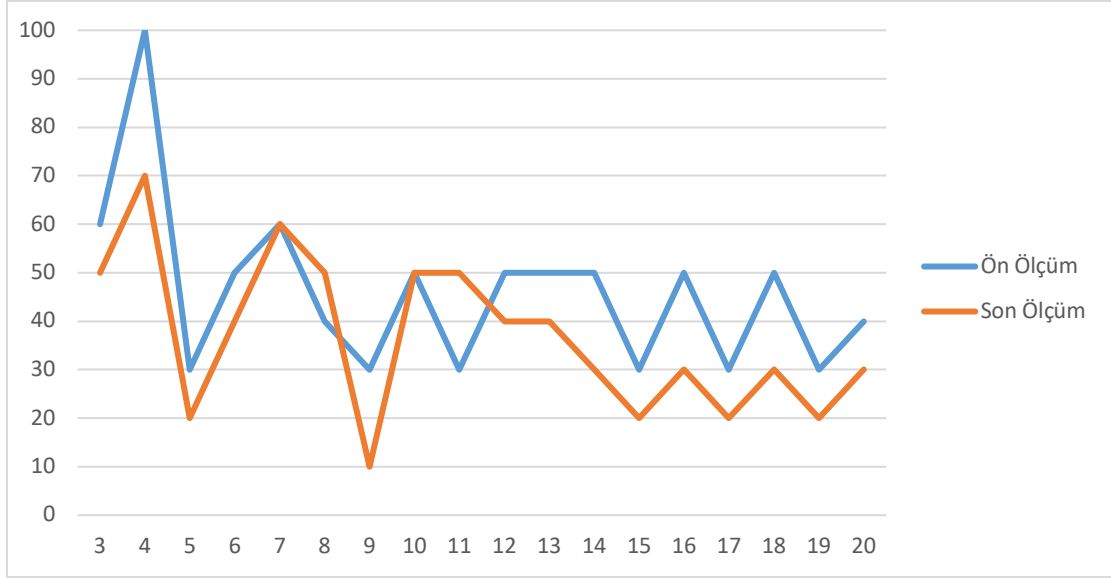
#### 1. Gülce için Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular



**Şekil 11.** Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi

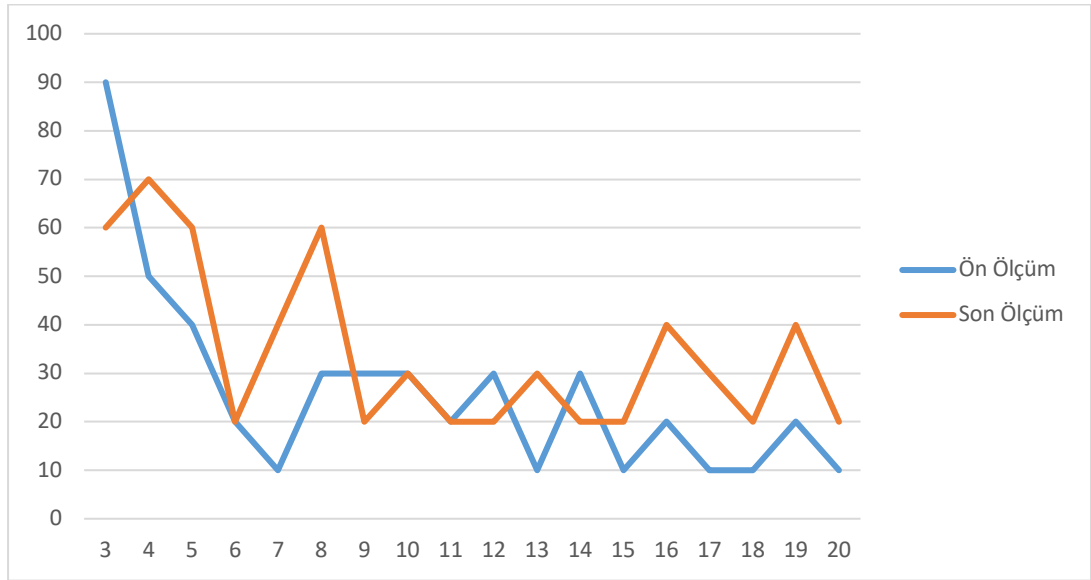
Gülce için 3. Görüşmede kaygı puanı seans sonrasında belirgin biçimde artmıştır. 3. Seans, hastadan ilk defa ölçek doldurması istenmiştir. Seans notları incelendiğinde, hastalığını nasıl deneyimlediği ile ilgili çalışılan bir seans olduğu görülmektedir.

Genel olarak bakıldığında, son ölçüm kaygı puanlarının ön ölçümlere göre düşük olduğu söylenebilir.



**Şekil 12.** Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi

Gülce için son ölçüm depresyon puanlarının ön ölçüm puanlarına göre düşük seyrettiği görülmektedir.

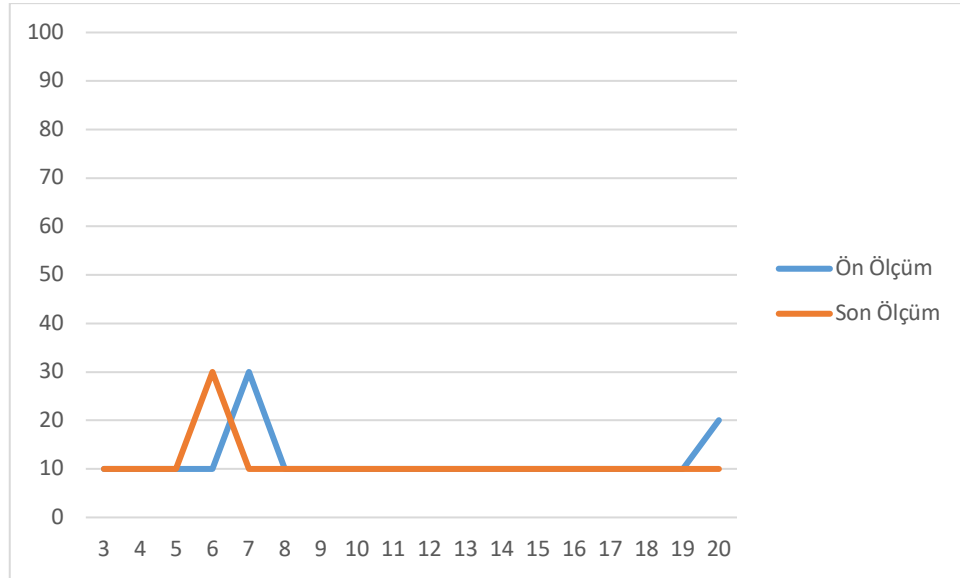


**Şekil 13.** Gülce'nin Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi

Gülce'nin son ölçüm iyimserlik puanlarının ön ölçüm puanlarına göre genellikle daha yüksek olduğu görülmektedir.



## 2. Sudenaz için Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular

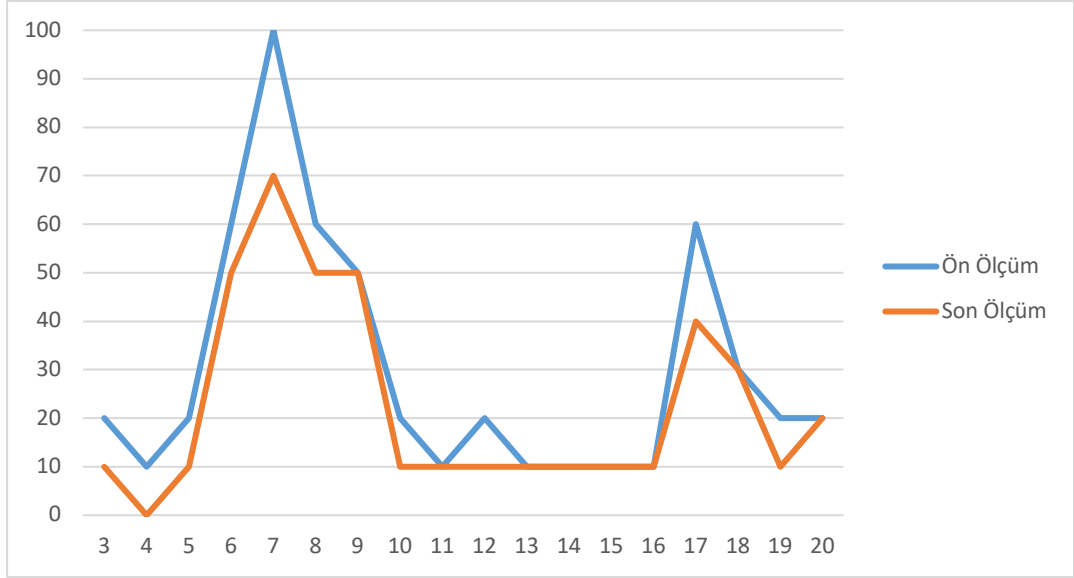


**Şekil 14.** Sudenaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi

Sudenaz'ın kaygı puanları incelendiğinde, üç görüşme dışında ön ölçüm ile son ölçüm arasında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Altıncı seansta son ölçüm kaygı puanının görece yükseldiği görülmektedir. O seansta hastanın görüşmeye getirdiği meseleler, aile dinamikleri açısından ele alınmıştır. Bunların arasında ailesiyle yemek yeme konusundaki çatışmalar, başarı konusunda onu kaygılandıran tutumları üzerinde durulmuştur. Bu içerik ile çalışmanın hastanın kaygısını arttırdığı görülmektedir.

Yedinci seansta ön ölçüm kaygı puanının son ölçüm puanına göre çok yüksek olduğu görülmektedir. Bu seansa hasta önemsedığı bir sınavı kötü geçtiği için çok kaygılı ve üzgün hissederek gelmiştir. Sınav kaygısı onu engellediği için kendisine çok yüklenmekte, acımasızca eleştirmektedir. Bu seansta boş sandalye çalışması yapılmış ve cezalandırıcı ebeveyn modu, Küçük Sudenaz ve sağlıklı yetişkin modları arasında diyalog sürdürülmüştür. Seansın sonunda hasta ile birlikte sağlıklı yetişkin bakış açısı ile bu çalışma değerlendirilmiş ve hastaya iyi geldiği anlaşılmıştır.

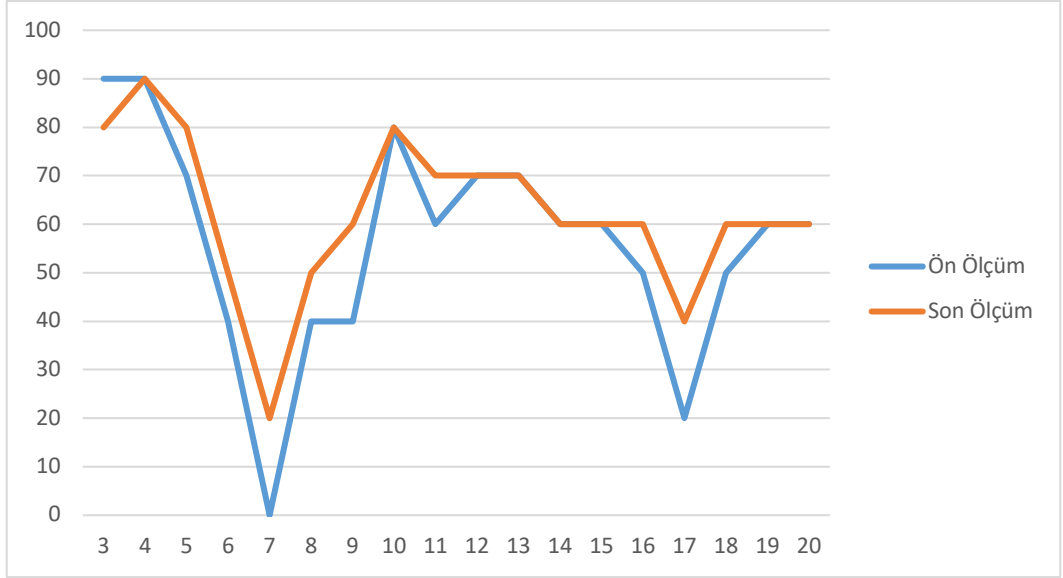


**Şekil 15.** Sudanaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi

Yukarıda bahsedildiği gibi 7. Seans boş sandalye çalışması gerçekleştirilen bir seanstır. Cezalandırıcı ebeveyn modu, Küçük Sudanaz ve sağlıklı yetişkin modları arasındaki diyaloglar üzerinden yürütülen bu çalışmanın seansa oldukça kaygılı gelen hastaya iyi geldiği ve depresif hislerini azalttığı söylenebilir.

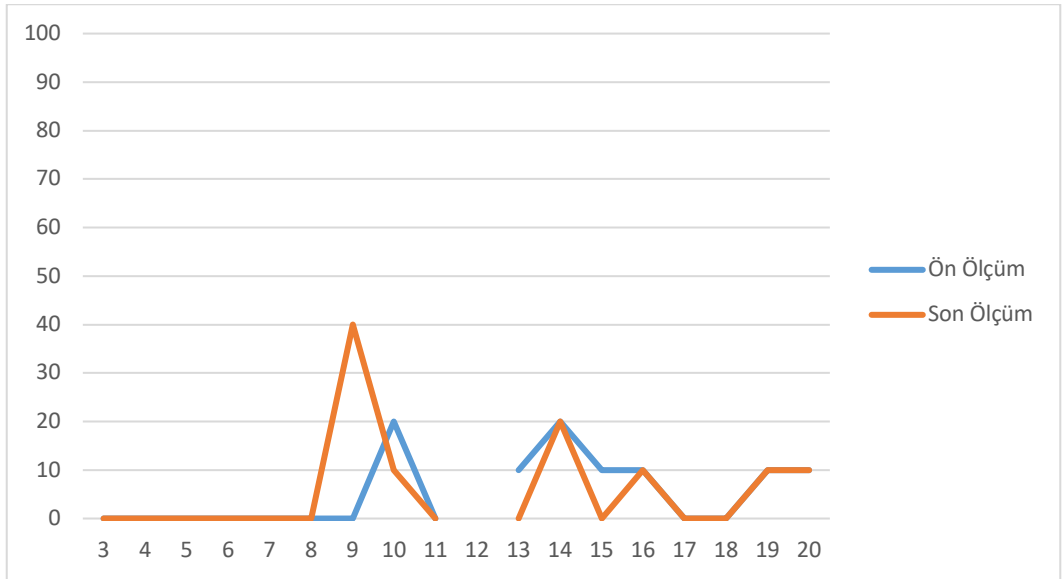
Depresyon düzeyi puanları arasındaki farkın belirgin olduğu 17. Seansta da yaşantısal teknik uygulanmış, imgeleme çalışması yapılmıştır. Talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn modlarının durdurulmaya çalışıldığı, Küçük Sudanaz'a bakım verildiği ve sınırlı yeniden ebeveynlik yapıldığı imgelemenin ardından seans sonunda başa çıkma kartı hazırlanmıştır. Bu seansın hastaya daha iyi hissettirdiği görülmektedir.

7. ve 17. Seans içerikleri göz önünde bulundurulduğunda, iyimserlik düzeyi puanlarının son ölçümde artmış olması anlaşılır görünmektedir. Genel olarak son ölçüm puanları ön ölçüm puanlarından daha yüksek seyretmektedir.



**Şekil 16.** Sudanaz'ın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi

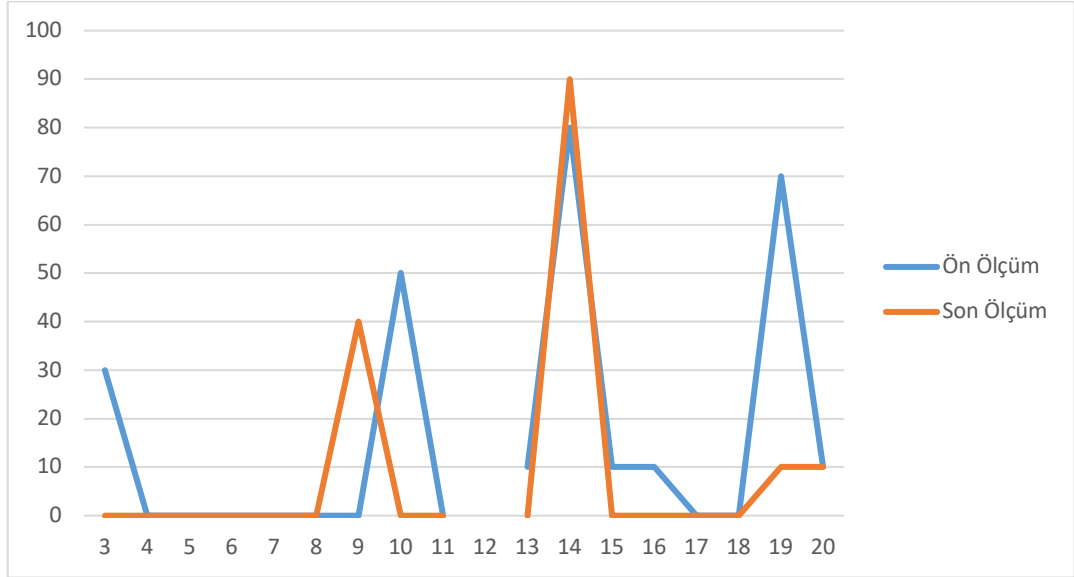
### 3. Pınar için Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular



**Şekil 17.** Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi

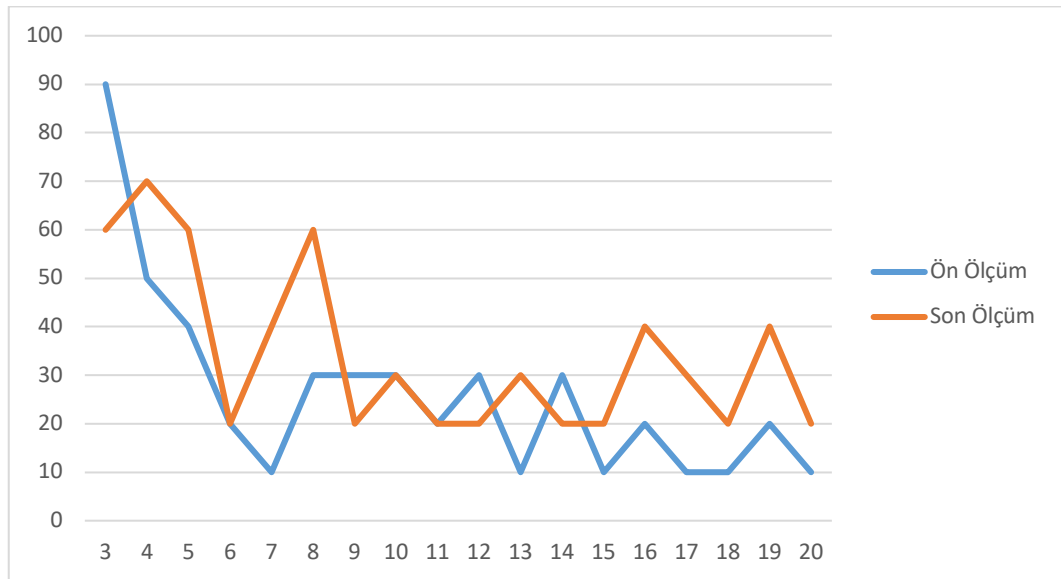
Pınar'ın seans öncesi ve sonrası için kaygı düzeyi değişimi arasında çok fark görülmemiştir. Grafikte öne çıkan 9. seans içeriği incelendiğinde son ölçümde

kaygı düzeyinin yükseldiği, bunun geçmişteki taciz öyküsünün ele alınmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.



**Şekil 18.** Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi

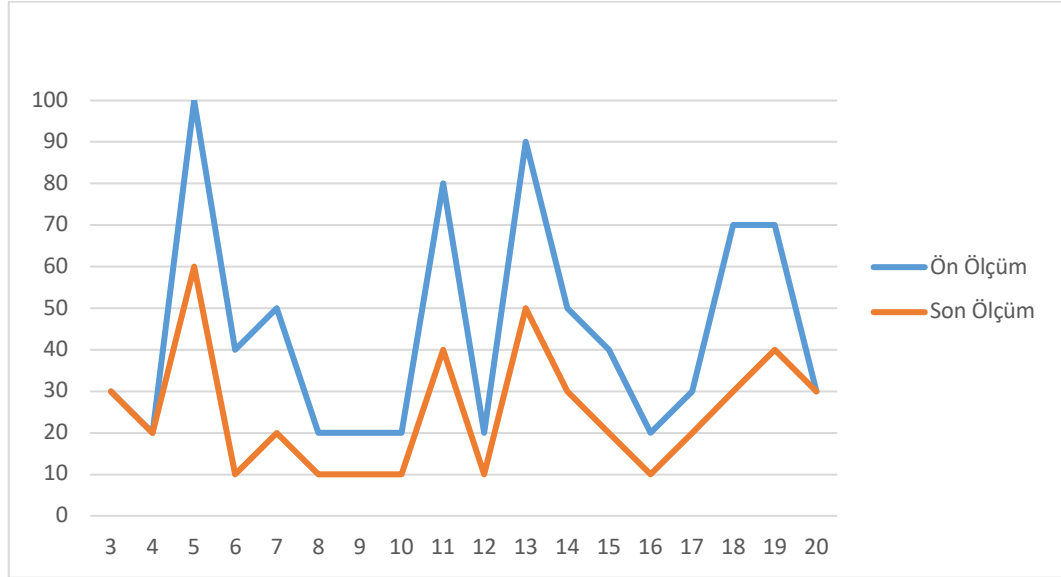
Grafikte öne çıkan 14. Seans incelendiğinde, hastanın fiziksel görünüşüne ve kilosuna ilişkin olumsuz düşüncelerinin yoğunlaştığı bir görüşme olduğu görülmektedir. Bu görüşmede hastanın depresyon düzeyi puanı oldukça yükselmiş, seans sonrasında da yükselmeye devam etmiştir.



**Şekil 19.** Pınar'ın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi

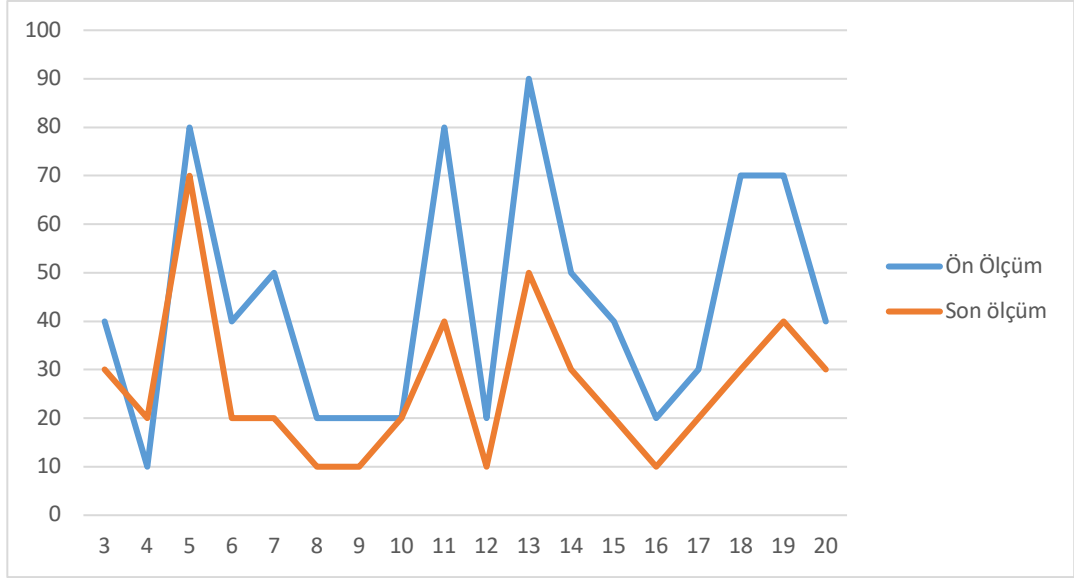
Pınar'ın seans öncesi ve sonrası için iyimserlik puanları genel olarak incelendiğinde, seans sonlarında iyimserlik düzeyinin arttığı söylenebilir.

#### 4. Gökçe için Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular



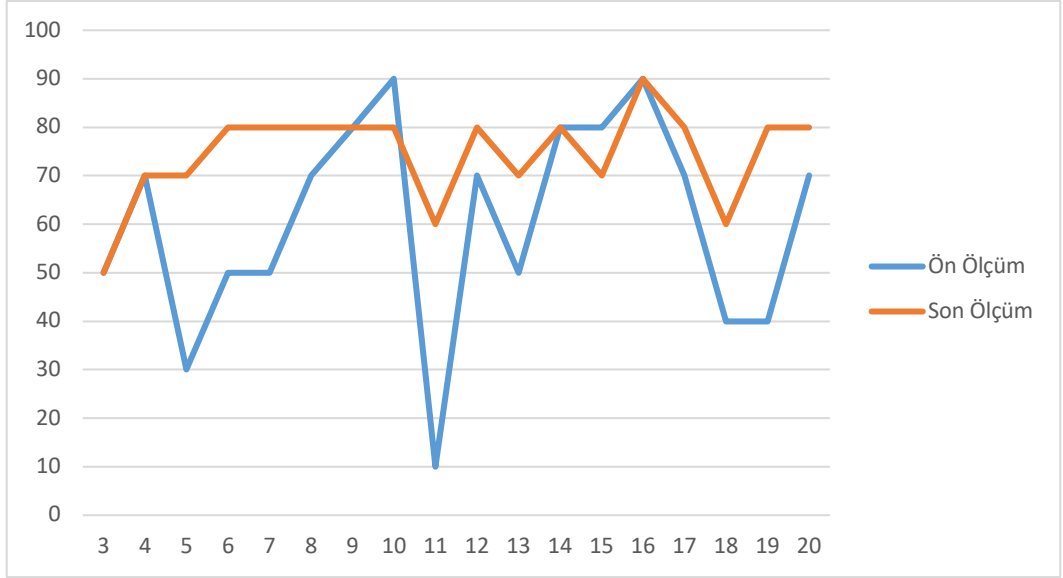
**Şekil 20.** Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi

Gökçe'nin kaygı düzeyi puanları incelendiğinde, ön ölçüm puanlarının son ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu, seansların ardından kaygı puanında belirgin bir düşüş olduğu görülmektedir.



**Şekil 21.** Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi

Gökçe'nin depresyon düzeyi puanları incelendiğinde, ön ölçüm puanlarının son ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu, seansların ardından depresyon puanında belirgin bir düşüş olduğu görülmektedir. Bu örüntüye uymayan tek seansın dördüncü seans olduğu görülmüştür. Dördüncü Seans notları incelendiğinde, seans içeriğinin oldukça yoğun olduğu göze çarpmıştır. Hastanın babası ile olan ilişkisinin ele alındığı bu görüşmede, babasının mükemmeliyetçi, detaycı, oldukça eleştirel ve tahammülsüz biri olduğunu anlatmış, erken dönem çocukluk yaşantılarından anılar paylaşmıştır. Seansta, hastanın eleştirel ebeveyn modunu nasıl içselleştirdiği de ele alınmış ve yaşamındaki etkileri üzerinde durulmuştur.

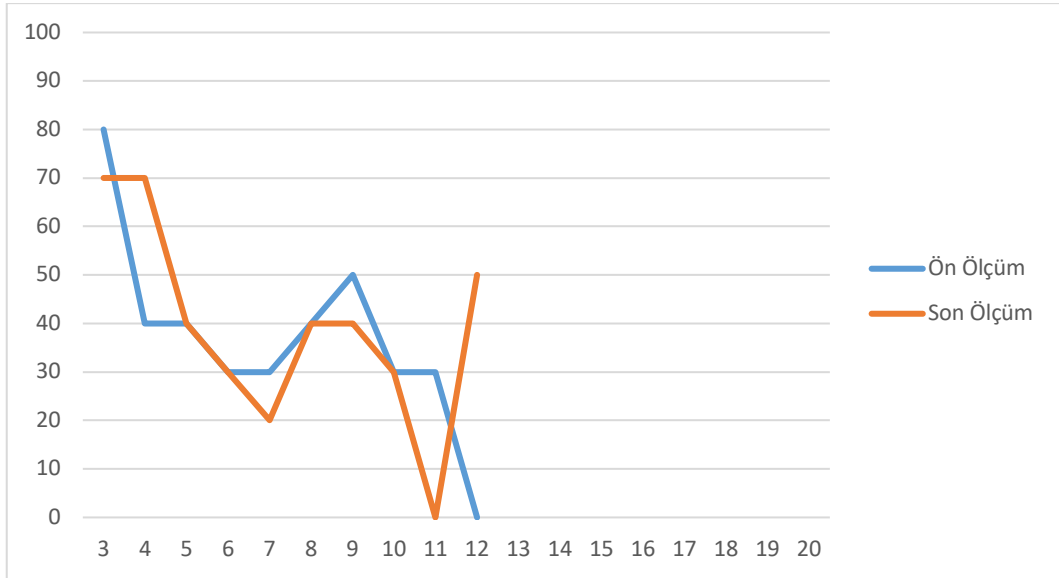


**Şekil 22.** Gökçe'nin Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlikDüzeyi Değişimi

Gökçe'nin iyimserlik düzeyi puanları incelendiğinde, son ölçüm puanlarının ön ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu, seansların ardından iyimserlik puanında belirgin bir artış olduğu görülmektedir.

Yalnızca 10. Seansta son ölçüm iyimserlik puanının ön ölçüm puanına daha düşük olduğu göze çarpmıştır. Araya giren iki haftalık bir tatilden sonra yapılan bu seansta hastanın eleştirel ebeveyn modunun oldukça tetiklendiği, hemen her alanda kendisini yetersiz hissettiği bir dönemde olduğu anlaşılmış; yeni başlayacağı okul ile ilgili gergin olduğu gözlenmiştir.

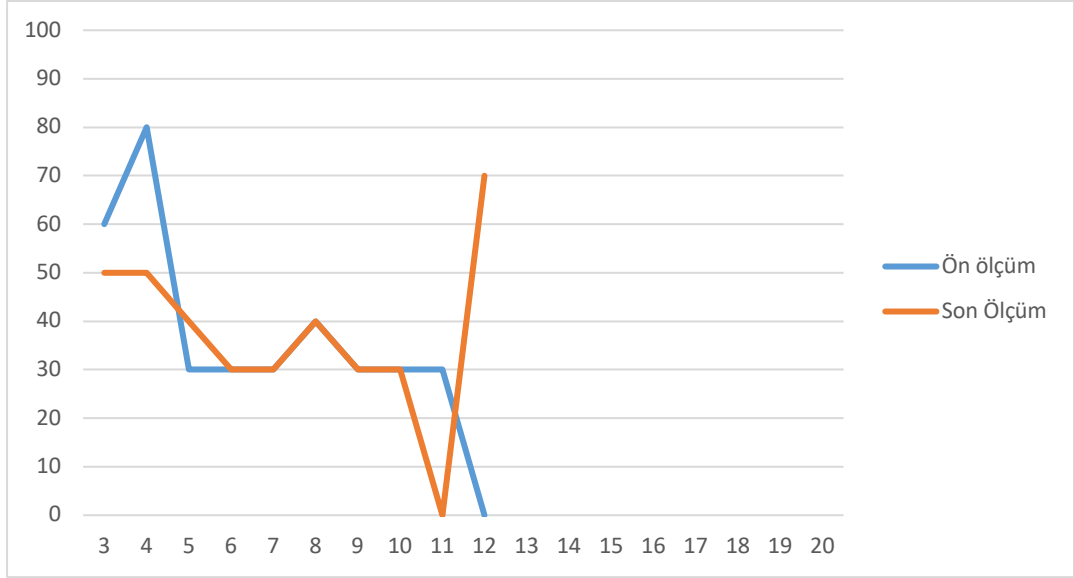
## 5. Fatma için Duygu Durum Değerlendirmelerine Yönelik Nicel Bulgular



**Şekil 23.** Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için Kaygı Düzeyi Değişimi

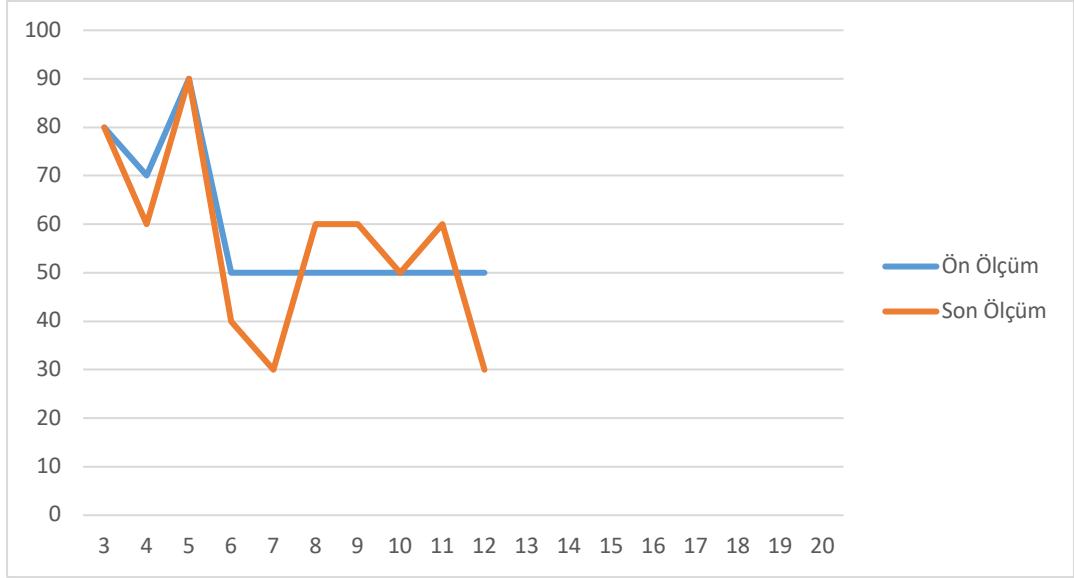
Fatmanın genel olarak kaygı puanları incelendiğinde, ön ölçüm puanlarının daha yüksek olduğu, seans sonrasında kaygı puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Dördüncü seans ile yaşantısal teknik kullanılan ve imgeleme yapılan son seansta bunun değiştiği gözlenmektedir. Dördüncü seansta hastanın getirdiği çocukluk dönemi fotoğraflarına birlikte bakılmış, erken dönem yaşantıları ele alınmış ve mod kartları ile çalışılmıştır. Hastanın modlarının tanıtıldığı yoğun bir seans olmuştur. Son seansta, cezalandırıcı ebeveyn modun baskın olduğu bir an üzerinden imgeleme ile sınırlı yeniden ebeveynlik yapılmış, hasta kırılğan çocuk modu ile temasa geçmiştir. Bu deneyimlerin hastanın kaygı düzeyini arttırdığı görülmektedir.





**Şekil 24.** Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için Depresyon Düzeyi Değişimi

Fatmanın genel olarak depresyon puanları incelendiğinde, ön ölçüm puanlarının son ölçüm puanlarına göre genellikle daha yüksek olduğu söylenebilir. Kaygı düzeyinde olduğu gibi, yaşantısal teknik kullanılan ve imgeleme yapılan son seansta bunun değiştiği gözlenmektedir. 11. Seans ise, hasta ile gereksinimlerini farketme, kendine bakım verme gibi konuların modlar ile ele alındığı, Sağlıklı yetişkin modun işlevsel olmayan modları durdurarak Küçük Fatma'yı nasıl koruyacağı ile ilgili bir seans olmuştur. Grafikten de görüldüğü gibi, bu yaklaşımın hastaya oldukça iyi geldiği söylenebilir.



**Şekil 25.** Fatma'nın Seans Öncesi ve Sonrası için İyimserlik Düzeyi Değişimi

Fatma'nın iyimserlik puanları incelendiğinde, ön ölçüm puanları ile son ölçüm puanları arasındaki değişimin seans içeriğine göre belirgin fark gösterdiği söylenebilir. Seans içerikleri yoğunlaştıkça hastanın duygusal olarak zorlandığı ve iyimserlik puanlarının düştüğü görülmektedir.

### 3.3. NİTEL BULGULAR

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen nitel veriler iki kısımda sunulmuştur.

İlk olarak, beş hasta ile başlanan psikoterapi süreçlerinin 10. seanslarının ardından gerçekleştirilen Değişim Görüşmeleri incelenmiştir. Ardından, psikoterapi sürecine devam eden dört hasta ile 20. seanslarının ardından gerçekleştirilen Değişim Görüşmeleri içerikleri ele alınmıştır. Buna göre, iki ayrı zamanda elde edilen nitel veriler aktarılmış ve tartışma bölümünde birinci ve ikinci Değişim Görüşmelerinden elde edilen temalar kapsamlı biçimde ele alınmıştır. Her iki değişim görüşmesi için nitel analiz verileri sunulduktan sonra, bu görüşmelerde hastalar ve görüşmeci tarafından birlikte doldurulan Değişim Görüşmesi İzlençelerine yer verilmiştir.

### 3.3.1. 10. Seansın Tamamlanmasının Ardından Gerçekleştirilen Değişim Görüşmelerinin Tematik Analizi ile Elde Nitel Veriler

Çalışmada, 5 Anoreksiya Nervoza tanısı almış ergen kız hasta ile Şema Terapi yürütülmesi planlanmıştır. Bu kısımda, psikoterapi sürecine başlayan bu hastaların 10 seanslık Şema Terapi deneyimlerinden sonra Doç. Dr. Devrim Akdemir ile gerçekleştirdikleri Değişim Görüşmesinde aktardıkları ele alınmıştır. Bu görüşmeler incelenerek yapılan tematik analiz ile ortaya konulan temalar birbirleriyle ilişkilidir. Her bir tema ile hastaların kendileriyle ve psikoterapi deneyimleriyle ilgili aktardıkları ortaya konmak istenmiş ve tüm temalar görüşmelerden alıntılarla birlikte sunulmuştur. Alıntılarda hastaların çalışmada verilen gerçek olmayan isimleri yazılmış, Görüşmeci için kısaca "G" harfi kullanılmıştır.

Üst ve alt temalar Tablo 15'te ayrıntılı bir biçimde incelenebilir.

**Tablo 15.** 10. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar

<b>KONUŞMAK ZOR</b>
Çekingenim Her Yerde, Hatta Burada Başkaları Söylesin
<b>HASTALIĞA DAİR</b>
Aklım Yemekte: Yemekle Kavga Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga Sosyalleşmek Sıkıntı Veriyor
<b>GELGİTLİ TERAPİ</b>
Hem Yakın Hem Uzağım Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum? İçimdeki Sesler: Modlarla Temas Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik

### 3.3.1.1. Konuşmak Zor

Yapılan yarı yapılandırılmış değişim görüşmelerinde, hastaların kendilerine yöneltilen sorulara çoğunlukla tutuk ve sınırlı cevaplar verdikleri görülmektedir. Bu durum, otorite figürü olarak görebilecekleri ve ilk defa karşılaştıkları “yeni bir uzman” olan Görüşmeci’ye yönelik çekinceleri ile açıklanabilir. Bunun yanında, görüşme içerikleri incelendiğinde bu durumun görüşmedeki hallerinin ötesine taşıdığı; hastaların genel olarak, duygularını, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını ifade ederken ne kadar zorlandıkları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Başkalarından gelen ipuçlarına, onların onaylarına ve geribildirimlerine karşı ne kadar duyarlı oldukları da dikkat çekmiş ve başka bir temayı oluşturmuştur.

#### 1. Çekingenlik Her Yerde, Hatta Burada

Sudenaz, kendisinden “büyük” olarak gördüğü kişilerin karşısında konuşabilmenin onun için ne kadar zor olduğunu anlatmaktadır. Burada görüşmeci ile sınırlı düzeyde de olsa konuşabilmesi bile farklı bir deneyim olmakta, O da bunun altını çizmektedir.

Sudenaz: Hiç konuşamam yani şimdi konuştuğuma bakmayın ama fazla konuşamam. Böyle dilim tutulur.

G:Hıhı.

Sudenaz: Konuşamam.

G: Bu kişiye göre değişir mi? Karşındaki kişiye....

Sudenaz: Evet. Hem işte öğretmenlerimin karşısında, doktorların karşısında, kendimden işte böyle büyük işte, annem babam değil de, daha çok benden büyük işte.

Pınar da yaşadığı bu zorluğun farkında görünmektedir. Kendini ifadeceği zamanlardaki tutukluğu onu sıkıntılı durumlara sokmakta, bu sıkıntıdan dolayı ağladığında ise kendisini daha kötü hissettiren başka bir kısırdöngüye girdiğini anlatmaktadır.

Pınar: (.....)Ben kendimi hiç ifade edemiyorum. Hani diycek laf bulamıyorum. Böyle kelimeler... kelime bulamıyorum yani. Böyle haklı olduğum zamanlarda bile hep takıla takıla anlatıyorum. Ve o zamanda sanki yalan söylüyormuş durumuna düşüyorum. Bana öyle geliyor.

(...)

Pınar: Ben dedim ya çok sinirliyim diye, ama bir o kadar da çok duygusalım. Ben o kadar çok şeye ağlıyorum. Mesela sınıfta küs olduğum kişilerle konuştuğum zaman bile gözlerim doluyor. Hemen ağlayasım geliyor.

(.....)

Pınar: (.....) Ben insanlara çok çabuk güveniyorum. Onu değiştirmek isterdim ve sürekli ağlamamak. Mesela her insan ağlar ama ben her şeye ağlıyorum. Her şeye ağlamak bence çok kötü bir şey, haklı olduğun halde bile ağladığın için suçlu gibi görünüyorsun. Bana öyle gibi geliyor. Bilmiyorum. Ya da kendi suçunu bastırmak için ağlıyor falan... Demişlerdir, illa ki demişlerdir bunu çünkü ben olsam ben de derdim.

Aşağıdaki alıntı incelendiğinde, Fatma'nın bu tema ile ilgili zorlanmasının farklı biçimde olduğu görülebilir.

G: Peki şimdi, şu anda kendini birisine tanıtmak anlatmak istesen, en çok hangi özelliklerinden bahsederdin?

Fatma: Bilmiyorum. Ne biliyim, Ben hiç tanıtmadım ki kendimi birine, merhaba merhaba işte.

G: Mesela şimdi çok güzel tanıttın. Terapiden öncesi için dedin ya ben böyle böyle böyle bir insandım diye.

Fatma: Gene aynıyım, değişen bir şey yok ki, terapiden önce de öyleydim, hani normal bir insanla konuşur gibi, beni etkilemiyor terapi ya da terapiye gelmek.

G: Peki sen yine kendini tanıtırken, böyle kendi özelliklerini söylerken yine bir şeyin peşini çok bırakmayan...

Fatma: Yoo, daha fazlasını yapıyorum hatta, bir şeyin üzerine katmayı, kendimi geliştirmeyi daha çok yaparım hatta, önceki halimden daha iyiyim, böyle düşünüyorum.

G: Öncekinden daha mı arttı diye düşünüyorsun bu özellik?

Fatma: Aynen.

G: Ne arttı tam olarak anlayamadım.

Fatma: Şöyle, nasıl anlatsam, yapmak isteyip yapamadığının üstüne katmayı.

G: Üstüne gitmek. Üzerine gitme özelliğın zaten vardı, terapiden sonra bir arttı gibi, doğru mu anlıyorum?

Fatma: Evet.

G: Tamam başka hangi özelliklerinden bahsedersin?

Fatma: Ya ben kendime dikkat etmiyorum, ne bileyim ben ya, saçma saçma sorular bunlar. Çünkü ben ne bileyim ben kendime mi bakıyorum...

G: Kendini birazcık düşündüğünde ne gibi özellikler...

Fatma: Ben kendimi şöyle görüyorum, çok çalışırım, acayip yani, çok çalışırım bir şeyi yapmak istediğimde, sadece bu özelliğimi biliyorum, başka hiçbir şey yok yani.

G: Bir şeyin üzerine çok giden, peşini bırakmayan, çok çalışan, hırslı gibi.

Fatma: Aynen öyle.

G: Bu öncesinde de böyle şimdi de böyle gibi

Fatma: Aynen. Bunu bırakmadım yani.

G: Hatta arttı gibi söylüyorsun.

Fatma: Evet. Ben şimdi 11. Sınıfa geçeceğim. Ve biz alan seçiyoruz. Mesela ne olacağımı bilmediğimden dolayı, o şeyleri düşünürken falan çok takılırım yani bu şeylere, anlatabildim mi?

G: Ne alanı seçeceğim gibi, zihnini meşgul eden bir şey oluyor.

Fatma: Hıhı.

Fatma'nın görüşmede genel olarak dirençli olduğu ve görüşmecinin ısrarı üzerine kendisini açtığı söylenebilir. Fatma için sözkonusu bu zorlanmanın duygusal temas kurması gereken konuları konuşmaktan kaçınması, bu anlarda inatçı çocuk modunu hızlıca devreye sokması ilgili olabileceği akla gelebilir. Görüşme boyunca göz teması kurmaktan kaçınan, gergin, sinirli halinin aslında bir tür kaçınma olduğu ve konuşma sırasının kendisine geçmesinin onu çok zorladığı görülmektedir. Öte yandan bu zorlanmayla birlikte Fatma görece daha uzun bir diyalog içine girebilirken, Gülce görüşmeciye açıkça gözlenebilecek herhangi bir olumsuz tepki göstermemekle birlikte birkaç kelimedenden oluşan kısa ve tutuk cümlelerden fazlasını aktaramamakta, kendisini oldukça sınırlı bir biçimde ifade edebilmektedir. Bu anlarda görüşmecinin hastanın konuşmasını sağlamaya yönelik çabasının arttığı, hatta zaman zaman görüşmeyi yönlendirdiği gözlenmektedir.

G: O zaman şöyle anlıyorum. Terapi öncesini düşünürsen sen kendini sinirli birisi olarak tanımlardın.

Gülce: Hıhı.

G: Sinirliydin. Başka nasıl özelliklerin vardı?

Gülce: ....(Sessiz)

G: Çok aklına gelmedi herhalde şimdi. Peki başkaları sence seni nasıl tanımlardı? Terapi öncesi şeyleri düşünürsek başkalarına sorsak yakınlarına sorsak senden nasıl bahsederlerdi? Seni nasıl tanıtırlandı? Nasıl birisi olduğunu söylerlerdi? Senin hakkında neler anlatırlardı, terapi öncesinde seni nasıl tanırlardı?

Gülce: Aslında aynıyım ama... O yüzden pek bir şey söyleyemiyorum.

G: Aynıysan o zaman da şimdi nasıl olduğunu söyleyebilirsin. Nasıl derlerdi sana, Gülce nasıl birisi desek senin yakınlarına arkadaşlarına ya da seni tanıyan kişilere ne derlerdi?

Gülce: İmmm.... Çok çalışkanım demiyorum... Çok anlayışlıyım ama.

(...)

G: Peki, başka özelliğin olarak şu sıralar farkında olduğun şeyler var mı? Şöyle birisiyimdir, kendimi şöyle anlatacağım dediğin, şimdiki durumu değerlendirirsen?

Gülce: ....(Sessiz)

(...)

Gülce: (...) Evet. Ben önceden sinirlendiğim zaman terapiden hastaneye gelmeden önce kendime zarar veriyordum.

G:Hıhı.

Gülce: Çizebiliyordum yani kesmiyordum. Ama bir şeylerle zarar veriyordum. Yani böyle.

G:Hıhı. Bu terapiye başlamadan önce kendine zarar verme davranışların vardı.

Gülce: Evet sinirlendiğim zamanlar bir şey yapmasam kendime yapıyordum.

G: Bu da sinirlendiğin zamanlarda mı oluyordu hep?

Gülce: Evet.  
 G: Hıhı. Ne yapıyordun?  
 Gülce: Vücuduma zarar veriyordum.  
 G: Hıhı. Nasıl?  
 Gülce: Demir bir şeyle mesela çizerek...  
 G: Hıhı, bir şeyle vücudunu çiziyordun.  
 Gülce: Evet.  
 G: Bu da hep anlattığın, öfkelenmediğin zamanlarda daha çok oluyordu. Bu da peki şimdi daha çok azaldı mı?  
 Gülce: Hala kendime zararlı şeylerim var ama kilo aklıma gelince oluyor. Sinirleniyorum yine.  
 G: Hıhı.  
 Gülce: Çok fazla değil ama eskisi gibi değil.  
 G: Peki. Ama yine de sinirlenme ile ilişkili olarak oluyor. Öyle mi?  
 Gülce:Hıhı.  
 G: Mesela hiç sinirlenmediğin zamanlarda da kendine zarar verme davranışların var mı?  
 Gülce:Yok.  
 G:Yok. Öyle bir şey oldu mu önceden? Öfkelenmediğinde, sinirlenmediğinde de kendine zarar verme davranışın?  
 Gülce: Yok.  
 G: Sinirlenme ile aynı gidiyor. Öyle mi? Sinirlendiğin zaman olan bir şey zaten. Sinirlenmen azaldı. O da biraz azaldı gibi anlıyorum.  
 Gülce: Evet.

Gülce'nin kendisine zarar verme davranışlarını anlatırken bile ne kadar zorlandığı, neredeyse diyaloglarının tamamında tek kelimelik cevaplardan fazlasını veremediği görülmektedir.

Değişim görüşmeleri incelendiğinde, hastalardan birinin bu temanın farklı bir ucunda olduğu görünmektedir. Gökçe, görüşmede diğer hastalara göre tüm sorulara daha derine inerek ve daha uzun bir biçimde açıklamaktadır. Öyle ki, bazı yerlerde kendisi açıcı biçimde görüşmeyi ilerletmektedir. Kendisi de diğer hastaların aksine konuşmasının iyi olduğunu düşünmekte, bunu vurgulamaktadır.

Gökçe: (...).Her konuda yani başarısız olduğumu söyledim, hala öyle hissettiğim zamanlar oluyor ama şu an daha iyi tanımlardım sanırım ve direk dış görünüşüme değil hani başka şekilde...  
 G: Şimdi tanımlasan nasıl tanımlarsın? Bu konular nasıl değişti ya da şimdi nasıl derdin?  
 Gökçe: Şimdi şöyle olur aslında, ben içimde yine kendimi tanımlarken dış görünüşümü tanımlarım ama insanlara tanımlarken böyle yapmam. Şey yaparım, nelerden hoşlandığımı işte, neyi sevdiğimi... Yaptıklarımın bahsederim genelde, şu sıralar üniversiteyi düşündüğüm için onunla ilgili özellikleri aramaya başladım kendimde, mesela liderlik özelliğimin olduğunu düşünüyorum, insanlarla iyi ilişki kurduğumu düşünüyorum.

Konuşmamın iyi olduğunu düşünüyorum mesela, sosyal ilişkilerimin iyi olduğunu, güçlü olduğunu, aile ilişkilerimin iyi olduğunu.... Suçlanacak ya da herkes beni sevecek ya da benim herkesi sevmem gerekir gibi bir özellik yok. Onun dışında dediğim gibi bir şeylerin sorumluluğunu almayı seviyorum, çalışmayı seviyorum, başarılı olma hissi beni iyi hissettiriyor. Onun dışında çok yabancı dizi izlemeyi severim, kitap okumayı çok severim.

Görüldüğü gibi, Gökçe diğer hastalara göre daha derin ve yoğun biçimde kendisini ifade etmektedir. Yapmaktan hoşlandığı etkinliklerin yanında içsel süreçlerinden de bahsedebilmektedir. Bu durum bu temada da, daha sonraki temalarda da bu biçimde ilerlemekte, Gökçe kaygı düzeyi daha düşük biçimde, kendisini daha kapsamlı ve derinlikli biçimde görüşmede ifade etmektedir. Hastalar arasında görülen bu gibi farklılıklar, tartışma bölümünde kapsamlı olarak ele alınmıştır.

## 2. Başkaları Söylesin

Bu temada, hastaların başkalarından gelen geribildirimlere duyarlı oldukları, hatta onay arayıcı bir bakış açılarının olduğu görülmektedir.

Sudenaz için dışarıdan gelen eleştiriler oldukça önemli görünmekte, bunları neredeyse bir liste halinde arka arkaya sıralamaktadır.

G: Peki başkalarına sorsak, sana değil de başkalarına sorsak; size Sudenaz'ı terapiden önce sorsaydık eğer, nasıl tanırırsınız? Nasıl bir insandır? Birisine anlatın onu desek nasıl anlatırlardı?

Sudenaz: Çok heyecanlı derlerdi. Yapabilir ama istediğini yapabilir ama yani istemiyor, iyileşmek istemiyor derlerdi terapiden önce, başka... bu kadar.

G: Daha çok heyecanlı birisi olarak söylerlerdi. Senin biraz önce anlattığın gibi mi, ona benzer şeyler mi?

Sudenaz: Evet.

G: Peki bu iyileşmek istemiyor dediğin nedir?

Sudenaz: Yani iyileşmek istese bu zamana kadar iki yıl oldu, iki yılda iyileşirdi, iyileşmek istese iyileşirdi diyorlar. Ama iyileşiyor yavaş yavaş falan diyorlar.

G: Çok iyileşmek istemeyen, biraz başkaları ile olan ilişkilerinde heyecanlı birisi olarak tanımlarlardı.

Sudenaz: Evet.

G: Başka bir herhangi özellik söylerler miydi senin hakkında? Sudenaz şöyle bir insandır, bu özellikleri vardır.

Sudenaz: Yani şey istese mesela böyle ablasından daha iyi olur, yani ablasının derslerinden daha iyi olur falan da diyorlardı önceden. Yani başka da böyle bilmiyorum.



G: Yani çalışkanlığın açısından mı?  
 Sudenaz: Evet. Daha fazla ablasını bile geçer daha fazla çalışsa öyle.  
 G: Çok çalışmıyor derlerdi. O zaman öyle mi? Çok çalışmayan...  
 Sudenaz: Çalışmıyor ama çalışmadığı halde yapabiliyor.  
 G: Yani aslında akıllı gibi mi?  
 Sudenaz: Akıllı ama işte aklını kullanmıyor gibi.  
 G: Hı. Evet. Akıllı ama çok da çalışan birisi değildir derlerdi.  
 Sudenaz: Evet.  
 G: Birazcık da böyle heyecanlı yapından bahsederlerdi.  
 Sudenaz: Evet.

Gülce de benzer şekilde başkalarının kendisini yaşadığı zorluklar ile gördüklerini düşünmekte, başkalarının gözünden daha çok kaçınan korungan hali ile var olduğunu anlatmaktadır.

Gülce: Dışarı çıkmaz, gezmeyi sevmez, alışverişe falan gitmez. Evde durmayı daha çok sever, daha çok odamda... Misafir geldiğinde çok odamdam çıkmıyorum. Hoşgeldin diyip odama gidiyorum.  
 G: Hıhı. Pek kimseyle görüşmek istemeyen, daha çok odasında kalmak isteyen biraz keyifsiz. Öyle mi anlatırlardı? Evet, başka?  
 Gülce: Başka yok herhalde.

Gökçe, yemek yemeye ilişkin gündemin çevresindeki kişilerle ilişkisini ne kadar etkilediğini, başkalarının dikkatini çeken temel meselelerinden biri olduğunu belirtmektedir.

Gökçe: Bunun gibi... Onlar eskiden bana bakarlarsa, genelde mutsuz olduğumu, onları sürekli rahatsız ettiğimi de söyleyebilirler, çünkü insanları çok sıkıyordum, işte ne yedin, niye yemedin, şöyle yaptın, böyle yaptın... Ya da ben mutsuz olduğumda cidden mutsuz huzursuz davranıyorum, bunu biraz daha şey yapmaya çalıştım.

Ayrıca Gökçe, kararsızlığını ve onay arayıcılığını bir kenara bırakmak istemekte, başkalarının değil kendi duruşuna sahip çıkmayı istemektedir.

G: Peki, başka değiştirebileceğin şeyler olsaydı neler isterdin? Değişmesini istediğin ne olurdu? Şunların da değişmesini isterim ama henüz değişmedi dediğin?  
 Gökçe: Kesinlikle kararsızlığım demek isterdim. O hala çok var, bir gün bir günle aynı olmuyor. Bir gün iyi hissediyorum, bir fikri yapıyorum, bunu Ece ablayla çok konuşmuştuk, hani o çok işlemiş benim içime, bir karar verip onun arkasında durmayı, insanlara bakarak karar verme değil de, dediğim gibi kendi kararımı verip bunun beni kötü hissettirmemesini istiyorum.

Fatma ise görüşmedeki genel tavrına benzer olarak başkalarının gözünden“inatçı ve hırslı biri” olarak görüldüğünü anlatmaktadır. Bu paylaşımı ile kendisinin bu yanının oldukça farkında olduğu söylenebilir.

Fatma: : Kendini tanıtırken bunları kullanırdın. Mesela yine bu terapiye başlamadan önce başkalarına sorsak, nasıl tarif ederlerdi seni?

Fatma: İnatçı, hırslı derlerdi.

G: İnatçı ve hırslı olduğunu söylerlerdi. Ne konuda inatçı derlerdi?

Fatma: Bana bir şey yap dediklerinde benim yapasım gelmiyor. Kendim yapmam lazım. Tuttu mu tutuyor inadım, yapacak bir şey yok.

G: Hıhı. Hırslı dedikleri ne olurdu?

Fatma: Hırslı, şöyle, hani yapamadıysam bile onun için uğraşırım hani. Baya şeyler yaparım yapamadığımda.

Pınar, ailesine göre çevresindekilerinin kendisine yönelik daha olumlu bir yaklaşımlarının olacağını aktarmaktadır.

Pınar: Ya aslında ailem dışında bunları sorduğun zaman daha olumlu cevaplar verebilirler. Çünkü yani ne bileyim aile ortamına girince biraz da... Mesela okul ortamından eve geliyorum. Eve gelene kadar çok iyi çok mutlu, eve gelince bana bir şeyler oluyor. Böyle annemi tersliyorum hep ondan sonra hep ailede çok oluyor bunlar.

G: Anladım. Sinirli haller ailede daha çok oluyor. Ya da onların sözlerini daha çok yanlış anlıyorsun. O zaman ailene sorsak onlar da sinirli bir gençtir mi derlerdi?

Pınar: Evet.

G: Başkalarına sorsak, aile dışındakiler senin hangi özelliklerini anlatırlardı?

Pınar: Başkalarına sorsak çok güler yüzlü, çok tatlı dilli kızdı diye anlatabilirler.

G: Güler yüzlü derlerdi?

Pınar: Hıhı.

G: Güler yüzlü derlerdi.

Bu güleryüzlü ve tatlı dilli olma hali Pınar'ın zaman zaman başını derde sokmaktadır.

Pınar: Herkese çabuk güvenmemek isterdim, arkadaş konusunda özellikle mesela ben geçen seneki arkadaşlarıma çok çabuk güvendim. Her şeyimi anlattım onlara, hani mesela bir erkek arkadaşım olduğunda onu da anlatıyordum. Hafta sonu onunla gezdiğimi anlatıyordum. Küsünce hemen hocalara söylediler. Yani böyle çok çabuk güvendim ben onlara.

G: Neyi anlatacağımı, zamanını çok iyi bilemiyorum gibi diyorsun. Çok çabuk kendime ilişkin bilgileri söylüyorsun gibi, güvenmek dediğin bu herhalde?

Pınar: Evet.

Pınar'ın bahsettiği bu durumun onay arayıcı tutumuyla ilgili olduğu, başkaları ile ilişkilerinde kendisini gözetecek adımlar atamayışı ve onların bakış açılarını öncelikli hale getirmesi ile ilişkili olduğu değerlendirilmektedir.

### 3.3.1.2. Hastalığa Dair

Bu başlık altında üç alt tema oluşmuştur. Hastaların yemek yemeye, bedenlerine ilişkin memnuniyetsizliklerine ve bunların bir yansıması olarak sosyal yaşamlarındaki zorluklara yönelik aktardıkları bu temalar ile ele alınmıştır.

#### 1. Aklım Yemekte: Yemekle Kavga

Bu temada hastaların zihnini oldukça meşgul eden, hem kaçınmak istedikleri, aynı zamanda yemek yeme gibi doğal bir ihtiyacı erteleme veya kısıtlamanın verdiği sıkıntı ile başa çıkmaya çalışırken çevresindekilerle yaşadıkları zorluklar göze çarpmaktadır.

Gülce ve Sudenaz, hem yemek yemeye ilişkin yaşadığı sıkıntıyı, hem de bu sıkıntıdan dolayı ailesiyle karşı karşıya geldiği durumları aktarmaktadır.

Gülce: Yemek yiyordum ama böyle çok küçük küçük tabaklarda yiyordum. Çok az bir şey yiyordum. Yine bisküvi falan yiyordum okulda ama çok fazla düşünmüyordum kilolu muyum diye sadece zayıflayacağım diye şey yapıyordum.

G:Hıhı.

Gülce: Öyle düşünüyordum. Zayıflamaya başlayınca daha çok azalttım yemeği falan. Daha fazla spor yaptım.

(...)

Gülce: (.....) Benim sinirli halim var. Ama yani terapiden önce çok bayağı bir sinirliydim.

G: Hıhı.

Gülce: Evde falan durduk yere kavga çıkartabiliyordum. Yine dışarı falan çıkıyordum. Ama şimdi hiçbir şey yapasım gelmiyor. O zaman çok sinirli oluyordum. Okuldan falan geldiğimde çatıyordum. Ya da tatilde falan köye gitmiştik. Orada da teyzemle falan sürekli tartışırdık.

G:Hıhı.

Gülce: Kardeşimle falan, yemiyorsun dedikleri için zaten daha çok sinirleniyordum.

G:Hıhı.

Gülce: Ama şimdi öyle kavga etmiyoruz. Yine sinirleniyorum. Ama herhalde alttan alıyorlar. şeyden dolayı Biliyorlar nazik durumu . O zaman bilmiyorlardı.

Sudenaz da Gülce ile benzer biçimde hem yemek seçimiyle ilgili zorlanmasını hem de ailesi ile çatışmalarını aktarmaktadır.

G: Neler sinirlendirirdi seni?

Sudenaz: Sürekli bana işte yemek ye, yemek yemezsen seni hastaneye yatırırız diyorlardı yazın. Ondan dolayı çok sinirlenirdim. Sonra, başka... başka da öyle sinirlendiğim bir konu yoktu. Sadece oydu zaten tek konumuz.

G: Hıhı. Sinirli birisiydin ama daha çok sana “yemek ye” dedikleri zamanlarda oluyordu. Sinirlenmenle ilişkili bir değişiklik var mı?

Sudenaz: Onda da var. Daha az sinirleniyorum. Mesela yemek konusunda her yemekte böyle yemek istemiyorum diye ağlardım. Onu yemek istemiyorum, bu yağlı olmuş, bu tuzlu olmuş diye itiraz ederdim yemeklere, artık o kadar şey yapmıyorum artık sinirlenmiyorum yemeklere. O kadar.

G: Biraz önce dediğinle ilgili, hani terapiden bu yana yemeklerle ilgili düşüncelerim değişti derken bunu biraz daha anlatabilir misin? Nasıl bir değişiklik oldu?

Sudenaz: Önceden bana çok geliyordu bir tabağa koyulan yemek, mesela pilav falan ilk diyete girdiğimde yemek hiç istemiyorum diye ağlamıştım hastanede, istemiyorum diye. Ama sonra yiye yiye alıştım, fazla gelmemeye başladı yemekler. İlk gün hatta annem bulgur pilavı yapıyor normalde ama pirinç pilavı yaptığı zaman bayağı şey yapmıştım, sinirlenmişim yemek istemiyorum ben bunu diye. Ama sonunda yemiştım yine de. Yani artık dört gün aynı yemek olsa bile yiyiyorum. O konuda hiçbir şey olmuyor. Artık o kadar çok gelmiyor yemekler yediklerim. Yiyorum yani sorun olmuyor.

G: Yediğim yemek fazla diye düşünmüyorsun, böyle bir değişiklik oldu.

Sudenaz: Yani bazen düşündüğüm oluyor tabii ki ama o kadar sık değil.

Sudenaz: (...) Yani yemek konusunda işte, daha az sinirleniyorum. Mesela yemek konulunca önceden çok “yemeyeceğim işte, bu tuzlu olmuş, bu yağlı olmuş, bunun tadı çok şekerli, yemek istemiyorum” falan diyordum.

Sudenaz: (....)İşte bana sürekli seni hastaneye yatıracağız, böyle yaparsan işte seni evden götürcekler hastaneye diyorlardı. Ambulans çağıracağız hastaneye götüracağız falan diyorlardı. Ben de sinirleniyordum yani... Onun dışında yemek dışında öyle sinirlendiğim bir konu yoktu.

Pınar, yemek yemekle ilgili zihninin meşgul bununla meşgul olmasını anlatmakta, ilaç kullandığı zamanlarda daha rahat hissettiğini belirtmektedir.

Pınar: Benim aslında benim biraz doğru düşünmemi sağlıyor ilaç ve daha sakin olmamı. Şu an mesela o ilacı bıraktığım zaman bazen kendiliğimden bırakmak istiyorum. İçmediğim zaman daha agresif ve yemeklerim konusunda böyle daha kötü düşünüyorum. Mesela o zaman şimdi de öyle yiyeceğim şeyler hala bana kilo aldıracak diye düşünüyorum. Ama onu içmediğim zaman hem bunu düşünüp hem de yemiyorum. En azından şimdi öyle düşünsem bile bir şeyler yiyebilirim.

Gökçe ve Fatma, yemek yerken hissettiği suçluluğu vurgulamaktadır.

Gökçe: Tabii hala beden şeyine çok... Hala çok vücudumun bazı taraflarını çok kilolu buluyorum bunun geçmesini isterdim. Kendimin beden algısının çok bozuk olmamasını isterdim.

G: Hıhı... Bedeninle çok uğraşmamayı istiyorsun yani.

Gökçe: Evet aynen. Onun dışında hala bir şey yediğim zaman kötü hissetme var, geçmedi tabii, onun azalması... Sonra hani şey, bize bir diyet listesi veriliyor, çok yiyorum bazen, bana hiç normal gelmiyor. Bana söylenilenin dışına çıktığımda çok yanlış bir şey yapmış gibi hissediyorum. Benim kararım, ben böyle yapıyorum diyemiyorum mesela. Nasıl böyle bir şey yaparım, çok kötü bir şey gibi düşünüyorum.

(...)

G: (...) Peki. Sence bunun azalmış olması, kilo almayla ilgili bu düşüncelerinin, endişelerinin azalması sence ne kadar önemli? Sana ne kadar anlamlı geliyor?

Fatma: Çok önemli, beynim rahatlıyor. Hep o düşünce, başka hiçbir şeye odaklanamıyorsun. Sürekli mesela yemek yerken de öyle oluyor, sen onu yerken bile düşünüyorsun. Sonra kötü bir his hissediyorsun, keşke yemeseydim....

## 2. Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga

Sudenaz, bedeniyle ilgili yaşadığı zorlukları kilo ile ilgili ayrıntılı sorgulamalarıyla anlatmıştır.

G: Mesela aklına gelen bu rahatsızlıkla ilgili düşüncelerde değişiklik var mı?

Sudenaz: Hala kendimi böyle şey... o kadar zayıf görmüyorum.

G: Hıhı.

Sudenaz: Değilim o kadar zayıf değilim zaten de, o kadar zayıf görmüyorum kendimi. Başka da yani öyle bir değişiklik bilmiyorum.

G: Hıhı. Mesela bu kendini nasıl bulduğunla ilgili bir değişiklik var mı terapiye başlamadan?

Sudenaz: Yok. Daha önceden biraz zayıf görüyordum. Şimdi yine başladı zayıf görmeme... yani yine kendimi normal görüyorum. Çok zayıf görmüyorum.

G: Yani kendini nasıl bulduğunla ilgili henüz bir değişiklik olmadı.

Sudenaz: Evet. Hatta biraz daha kilolu görmeye başladım kendimi yine.

G: Öyle mi? Ne zamandır öyle hissediyorsun?

Sudenaz: Dün işte, dün de gelmişim Adölesan'a, onda şey demişti doktor, biraz düzelme var ama o kadar değil demişti. Kilomu sordum. Kilomu sorunca da sen kaç kilo görüyorsun kendini dedi. Ben de herhalde 50 olmuşumdur dedim. O kadar olmadın dedi ama bilmiyorum. Ben 50 diye gördüm orada... 45'sin dedi. Kırkbeşsin diyince de bir anda beş kilo... aslında bir anda değil ama sekiz ay falan oldu. Yine de beş kilo almam biraz fazla gibi şimdi. Ondandır dolayısı, ondan beri yani...

G: Anladım. Yani hala kendini böyle kilolu gibi görüyorsun, böyle hissediyorsun.

Sudenaz: Hıhı.

G: Ama daha fazla yemek yemeğe daha katlanabiliyorsun. Öyle bir değişiklik var gibi anlıyorum.

Sudenaz: Ona çalışıyorum.

(...)

Sudenaz: Önceden hani kırk kilo iken kendimi zayıf görüyordum. İlk başlarda bir bir buçuk yıl önce diyim, o zaman kendimi çok kilolu görüyordum. En kilolu insandan bile kilolu görüyordum. Sonra zayıflamaya başlayınca böyle tekrardan iyileştim. Sonra tekrardan başladım kırk kiloya düşmeye kadar. Sonra tekrar böyle çok zayıf görmeye başladım. Yani zayıf dediğim orta yani daha doğrusu görmeye başladım. Öyle kilolu görmüyordum. Kıyafetlerim falan olmayınca mutlu oluyordum. Sonra böyle biraz kilo alınca yani şimdi, mesela aynı kıyafeti giydiğimde biraz tam olduğu için daha çok üzülüyorum. Neden tam oldu, eski kiloma dönmek istiyorum falan diye.

Pınar, olumlu diyalogları bile bedenine ilişkin bir ima olarak algılamakta, bu da onu huzursuz etmektedir.

Pınar: Çok sinirli birisi değilim aslında ama bana söylenen şeyleri ters anlıyorum. Hani mesela babam kızım çok güzel olmuşsun dediği zaman ben onu kilo almışım gibi anlıyorum. Kilo almışım da çok güzel olmuşum gibi anlıyorum. Farklı yerlere çeviriyorum onları.

G: Hı. Hı. Sonra nasıl anlıyorsun aslında öyle demek istemediğini?

Pınar: Anlamıyordum. Yani babama sinirlice bakıyordum. Sonra o da yani o anlamda değil falan diye çeviriyordu.

G: Sen çabuk sinirleniyordun. Ama onlar da sonra ne demek istediklerini mi anlatıyorlardı?

Pınar: Evet.

Gülce, bedeniyle olan ilişkisinde bedenini duygularından, nasıl hissettiğinden daha önemli bir yere koyarken, bir yandan sağlığının bozulmasına yönelik sinyalleri önemsizleştirmekte, fiziksel sağlığını değersizleştirmekte ve hedeflerini ön plana koymaktadır.

Gülce: Kendimle barışık birisi değilim.

G: Öyle mi? Biraz önce bunu söylememiştin ben sana seni nasıl tanımlarsın diye sorduğumda (gülerek). Kendinle barışık çok bulmuyorsun kendini...

Gülce: Hıhı.

G: Ne demek bu sence yani ne anlatmak istiyorsun? Kendimle barışık değilim derken?

Gülce: Dış görünüşümden rahatsız oluyorum. Öyle düşünüyorum. Kilo alma düşüncesi korkutuyor herhalde.

G: Bunun üzgün olmanı önemsemeyle nasıl ilişkisi var?

H: Ya zaten zayıf olmayı düşündüğüm için herhalde.

G: Senin için daha önemli olan daha çok dış görünüşünle ilgili. Şey gibi mi?

Gülce: Evet.

G: Hıhı. Yani duygularını çok da önemsemiyorsun gibi, öyle mi demek istedin. Öyle anladım.

Gülce: Hıhı.

(...)

G: Senin istediğin, ama gerçekleşmeyen bir takım şeyler var mı? Yani keşke şunlar olsa bunlar gerçekleşse dediğin, beklediğin, istediğin ama henüz olmayan şeyler var mı?

Gülce:Düşüncelerimin değişmesini istiyorum.

G:Hıhı.

H: Ve de kalbim hala yavaş atıyor galiba. Çünkü gece duyabiliyorum. Çok yavaş attığını duyabiliyorum.

G:Hıhı.

Gülce:O da yemeğe başladığım bir kaç ay oldu ama o hala düzelmedi.

G: Evet kalp atışın yavaş. Bu seni rahatsız ediyor.

Gülce:Evet çünkü ben astsubay olmak istiyorum da.

G:Ne olmak istiyorsun?

Gülce: Astsubay?

Gökçe bedenine ilişkin memnuniyetsizliğini, bundan sıyrılmamanın kendisine ne kadar uzak olduğunu; öte yandan nasıl başka bir bakış açısı geliştirmeye başladığını aşağıdaki gibi aktarmıştır:

G: Başka var mı değiştirmek istediğin özelliklerin?

Gökçe: Tabii hala beden şeyine çok... Hala çok vücudumun bazı taraflarını çok kilolu buluyorum bunun geçmesini isterdim. Kendimin beden algısının çok bozuk olmamasını isterdim.

G: Hıhı... Bedeninle çok uğraşmamayı istiyorsun yani.

Gökçe: Evet aynen.

(...)

Gökçe: Şimdi, bireysel düşününce ben acayip inatçı bir insan olduğum için, kendi düşünceme saplanıp kaldığım, saplantı gibi bir şey olduğu için kendi dış görünüşümü kabul edebileceğim fikri çok yabancı geliyordu bana. İyileşsem bile yapamam bunu diyordum. Biraz hani bu değişti en azından. Biraz daha herkes farklıdır, benim de buram böyleyse ne yapabilirim gibi, o tarz şeyler oldu.

(...)

Gökçe: Ben de hani şey değişti en çok, hani hep dış görünüşüme göre... hala devam ediyor tabi bu hemen geçecek bir şey değil tabi bu hala devam ediyor ama biraz daha öbür özelliklerimi sevmeye çalıştım... Yani ya da kendimi çok suçlamamak gibi... Sadece dış görünüş değil de... Şey oluyordu, dış görünüşümün zaten kötü olduğunu düşünüyordum ama aynı zamanda öbür özelliklerimin de kötü olduğunu düşünüyordum. Ama artık hani en azından şey diyorum biraz, her şey buna bağlı değil, dünya sadece bundan ibaret değil...Böyle düşünmeye çalışıyorum.

### 3. Sosyalleşmek Sıkıntı Veriyor

Hastaların kilo alma, kilolu hissetme, kilolu algılanma gibi kaygılarının yoğunlaştığı zamanların genellikle sosyalleşme anlarında arttığı anlaşılmaktadır. Özellikle yemek yeme veya dış görünüş ile ilgili bir gündem oluştuğunda bu zorlanma en üst seviyeye çıkmaktadır.

Gülce: Dışarıda falan akrabalarımıza gittiğimiz zaman mesela bir şey yapmış, hiç canım çekmiyor falan yemek istemiyorum. Ama kendisi diyor ki ye bu bir şey yapmaz. Öyle diyince ben gidiyorum. Sinirleniyorum hemen içimden bir şey diyemiyorum, ama kendi içimde...

(...)

G: Önceden daha keyifli daha gezmeyi seven dışarı çıkan ama şimdi daha üzgün daha keyifsiz hissediyorsun kendini.

Gülce:Evet.

G:Hıhı. Bu seni oldukça şaşırtan bir şey oldu. Beklemediğin bir şey oldu.

Gülce:Evet.

G: Hıhı. Bu sence ne ile ilişkili olabilir?

Gülce: Bu düşünceler oluyor olabilir. Çünkü gittiğim yerlerde aklıma geliyor. O yüzden keyfim kaçıyor. Ya da akrabalar yok kilo mu aldın mı diyecek acaba, yani onlar iyi gözüküyorsun deseler bile ben onları hemen kilo olarak anlıyorum.

(...)

Pınar: Bir de şöyle bir şey var. Mesela ben annemin ya da babamın fark etmiyor, yemek yerken bana bakmalarını istemiyorum. Zaten onlar da... babam yemeğe bile gelmiyor, annem de bakmıyor. Ama bazen ne bileyim, baktıklarını hissediyorum. Hani bazen çok mu yiyorum diye düşünüyorum. Öyle işte.

G: Onlarla birlikte yemek yerken onların seni yemek izlemesinden çok hoşnut olmuyorsun.

Pınar: Evet.

(...)

G: Peki sence bu değişiklik, kilo alma endişesinin, kafadaki düşüncelerin azalması sence nelerdi?

Fatma: Farklı şeyler yapmak. Sürekli yemek düşünmek değil de, eve gelince de mutfaktan uzaklaşmak beni çok rahatlatıyor, mutfağa gitmek değil de mesela dışarı çıkmak. Annemler yemek yerken evden çıkasım geliyor neden bilmiyorum ama

G: Sen mutfak dışında yerlerde bulunmaya çalışmak bunu iyileştirdi diyorsun. Başka?

Fatma: Çünkü ben mutfağa gidince sürekli yemek düşünüyorum. Sonra sürekli kilo şeyi aklıma geliyor. Beynim baya doluyor doluyor sonra öyle şeyler oluyor...

Diğer hastalardan farklı olarak Gökçe sosyalleşme ile ilgili yaşadığı zorluğu ve bununla nasıl baş etmeye çalıştığını akran ilişkileri ile açıklamaktadır.

Gökçe: (...) Çünkü cidden mutsuzdum yani, ya da özgüvensiz... Hala öyleyim ama bunu daha pozitif bakarak düzeltmeye çalışıyorum. Ya da insanların yanında bunlara çok takılmamaya çalışıyorum. Ya da şey dedim hani, ben tamamen şey düşünüyordum, bir insana davranış şeklimiz onun tamamen dış görünüşüyle ilgili, bu tamamıyla yalan değil açıkçası, benim yaş grubum bunu yapıyor, eleştiriyorlar, ve düşündüm ki benimle bu yüzden iletişim kurmak isteyen insanlarla, ben iletişim kurmak istemem o zaman, ben bunu yapmıyorsam onların da bana bunu yapmaya hakkı yok. Bir şeyi ben fazla yiyorum ya da az yiyorum, bu bizim değerimizi belirlemiyor.



### 3.3.1.3. Gelgitli Terapi

Hastaların terapi süreciyle ilgili hem iyi hissettikleri, hem de etkisinin nasıl ve ne kadar süreceği, bir sonraki adımda ne olacağı, ne kadar devam edeceği gibi konularda belirsizlik hissettikleri görülmektedir. Bu başlık altında dört tema oluşmuştur. “Hem Yakın Hem Uzağım”, “Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum?”, “İçimdeki Sesler: Modlarla Temas” ve “Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik” temaları alıntılarla incelenmiştir.

#### 1. Hem Yakın Hem Uzağım

Hastaların terapiye ilişkin ikircikli duygu ve düşünceleri olduğu görülmektedir. Bazen terapinin çok içinde olduklarını, çok fayda gördüklerini, çbenimsediklerini aktarırken zaman zaman sürece ilişkin daha kopuk hissettikleri anlaşılmaktadır.

G: (...) Peki fayda sağlamadığına ya da senin için bu terapi sürecinde daha olumsuz olduğunu düşündüğün şeyler var mı?

Gülce: Buraya geldiğimde değişiyor konuştuğuktan sonra ama eve gidince tekrar eskisi gibi oluyor.

G: Hıhı. Yani burada daha iyi hissediyorsun. Terapi sırasında öyle mi? Ama gittiğinde çok o sürmüyor gibi oluyor. Evet. Peki, daha mesela terapide biraz önce verdiğin örnek gibi bu çok benim çok işime yaradı dediğin şey gibi, seni sana olumsuz hissettiren ya da daha hayal kırıklığı yaşatan bir şey oldu mu terapi sürecinde?

Gülce: Yok olmadı.

Pınar da Gülce'nin yorumuna benzer olarak hem kısa süreli etkisinin sürdüğünden bahsetmekte, aynı zamanda bu etkinin kendisi için olumlu yönde olduğunu ve yaşamına yansıdığını eklemektedir.

G: Terapi henüz daha hiçbir şeyi değiştirmede. Örneğin senin böyle duygularınla ilgili, hissettiklerinle ilgili bir değişiklik oldu mu?

Pınar: Ya tabii mesela Ece hanımla konuştuğuktan sonra rahatlıyorum tabii ki ama bunlar hani bir müddet sonra benim hayatıma hiç bir değişiklik katmıyor.

G: Peki. Genel anlamda duygularını çok değiştirmede.

Pınar: Evet. Ama buraya gelip konuşup çıktıktan sonra rahatlıyorum.

G: O biraz daha kısa süreli bir şey oluyor gibi? Öyle mi?,

Pınar: Evet.

(...)

Pınar: Genelde buraya geldiğim zaman annemle ya da babamla tartışmış oluyorum. Onlar hakkında söylüyor alttan almam gerektiğini, çıkınca onlarla barışıyorum. Öyle ama çıkınca gerçekten kendimi iyi hissediyorum.

Fatma, diğer hastalara göre terapiye daha tepkilidir. Terapiye gelmek istemediğini, fayda gördüğünü belirttiği alanlar olduğunu söylemesine rağmen bunları önemsemediğini, terapide konuşulanların etkisinin kısa sürdüğünü, sonra da unuttuğunu anlatmaktadır.

G: Hıhı. Peki bundan başka terapiden sonraki süreçte değişen şeyler var mı?

Fatma: Yok.

G: Mesela bu saydığın şey senin davranışlarınla ilgili şeyler... Kitap okumayı arttırmışsın, müzik dinlemeyi arttırmışsın. Bu davranışın dışında başka davranışlarına ilişkin, ya da düşüncelerine ilişkin ya da duygularına ilişkin başka değişiklikler, hissettiğin şeyler var mı? Bu terapi sürecinden itibaren, başladığından itibaren bu yana, şimdiyle karşılaştırırsan...

Fatma:Yok.

G: Bir tek daha fazla müzik dinleyip daha fazla kitap okumak...

Fatma: Ne değiştirebilirim ki, ne değişecek, aynı. Sadece konuşuyoruz, başka bir şey yaptığımız yok ki zaten, o haftaki durumu, o haftaki ruh halini...

G: Peki. Daha önceki zamanlarla şimdiyi karşılaştırırken düşüncelerinde, zihninden geçen şeylerde herhangi bir değişiklik oldu mu?

Fatma: Ben de şöyle vardı. Mesela önceden kilo aldım diye çok korkuyordum, bu biraz azaldı yani.

G: Hah mesela bu, bu mesela bir değişiklik.

Fatma: ya da mesela dün yedin bugün kilo alcan gibi...

G: Kilo alma kaygısı gibi mi, kilo alırım endişesi?

Fatma: Hıhı.

G: O zaman kilo alma endişesi daha fazlaydı, şimdi biraz daha azaldı gibi. Hah, Bu mesela çok güzel bir değişiklik.

Fatma: Mesela senin kafanda biri var, sürekli konuşuyor böyle, yeme yeme yeme diye, Sen onun konuştuğunu bastıramıyorsun.

G: Ama şimdi biraz daha bastırabilmeye başladın.

Fatma:Bilmiyorum bence bastıramadım gibi geliyor.

G: En azından yemekle kilo almayla ilgili kaygı boyutu azaldı, doğru mu, düşünce biraz daha azaldı gibi.

Fatma: Aynen.

G: Bunun gibi, çok güzel bir şey söyledin mesela. Değişiklik derken tam bunu sormak istiyorum sana. O zaman düşüncenle ilgili böyle bir değişiklik oldu, kilo alma endişesi vardı dersek, onun azaldığını düşünüyorsun. Başka var mı böyle?

Fatma:Yoo, bu sadece takılıyor kafama benim.

G: Bu var değişiklik olarak. Peki duygularınla ilgili, ya da davranışlarınla ilgili bir değişiklik oldu mu sence?

Fatma: Yoo olmadı onlarla ilgili. Sadece bu oldu.

G: Hissettiklerinle, duygularınla ilgili değil, düşüncenle ilgili oldu. Ve de biraz kitap okumak, müzik dinlemek gibi faaliyetlerinin artmasıyla ilgili oldu.

Fatma: Normalde yapmazdım ben öyle şeyler. Aynen.  
 G: Tamam, Birazcık daha düşün, başka herhangi bir anlamda değişiklik oldu mu diye.  
 Fatma: Yoo olmadı.  
 G: Olumsuz anlamda, kötü anlamda bir değişiklik oldu mu?  
 Fatma: I-ih.  
 G: Peki senin istediğin bir şey var mı? İstediyin halde...  
 Fatma: Buraya gelmek istemiyorum.  
 G: (güler)  
 Fatma: Sordun, söyledim ben de işte.  
 G: Onunla ilgili sormadım ama. İstediyin ama henüz olmayan, gerçekleşmeyen bir değişiklik var mı?  
 Fatma: Yoo, ben bir şey istemiyorum. Bir şey de gerçekleşmedi yani.  
 G: Ama mesela bunun değişmesi, azıcık azalması seni memnun etmedi mi?  
 Fatma: Yoo.  
 G: Hani zihninde o tür düşünceler daha yoğunmuş, kilo alma kaygısı, endişesi daha fazlaymış.  
 Fatma: Yoo beni etkilemiyor ki, benim bir gün geliyor aklıma, sonra öbür gün unutuyorum. O gelip gidiyor yani.  
 G: Ama onların azalması seni daha olumlu şekilde etkilemiştir herhalde.  
 Fatma: Beynimi rahatlatmıştır  
 G: E tamam, bu da güzel bir şey ama, yine olumlu bir şey.  
 Fatma: Olabilir (dışarıya bakarak)

Fatma, terapiye gelmek istemediğini görüşmenin başka yerlerinde de tekrarlamakta, terapiye yönelik şikayetçi olduğu unsurlardan bahsetmektedir. Psikoterapiyi yarıda bırakan Fatma'nın bu yaklaşımını anlamamanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Fatma: Ben gelmek istemiyorum aslında; terapiye de, aşağıya da gelmek istemiyorum.  
 G: Öyle mi?  
 Fatma: Evet.  
 G: Aşağı, adölesan bölümüne mi gelmek istemiyorsun?  
 Fatma: Evet, Yasemin hanımın orayı.  
 G: Neden istemiyorsun?  
 Fatma: Gerek duymuyorum çünkü.  
 G: Ama onlar seni tıbbi açıdan takip ediyorlar.  
 Fatma: Biliyorum. Ama ben gelmek istemiyorum.  
 G: Ece hanıma geliyorsun terapiye, oraya gelmekle ilgili bir sıkıntı var mı?  
 Fatma: Yoo. Aslında çağırmasa ben oraya da gelmeyeceğim.  
 G: Peki senin Ece hanımla olan görüşmelerini değerlendirmek için buradayız, diğerlerini değil de. Sence terapi nasıl gidiyor?  
 Fatma: İyiii, ama ne olacağını bilmiyorum. Ne işe yarayacağını....İyi yani.  
 (...)  
 Fatma: şöyle kart dolduruyoruz ya, o sıkıcı. Şimdi terapiye geldiğimden beri şöyle bir kağıt var, işaretliyorsun hoştu iyiydi, bakıyor onlara, ne çıkaracak

ordan, çok gereksiz bunlar, ne çıkacak bundan, her hafta farklı farklı ya, ne çıkartacak ordan...

G: Gidişatın nasıl olduğuna bakacak.

Fatma: Bilemiyorum, ben gereksiz buluyorum.

G: Evet, onun çok yararlı olmadığını düşünüyorsun.

Fatma: Bence yararlı değil. Onun için yararlı. Ne olduğunu anlayacak?

G: Onun için faydalı ama senin terapistine yararlı olan şey senin sürecine de yararlı olacaktır. Senin için ayrıca başka olumsuz engelleyici bir şey var mı?

Fatma: Yok.

Şaşırtıcı biçimde, tüm tepkiselliğine rağmen Fatma terapiden sağladığı faydayı da açıkça kabul etmektedir.

G: Peki, Sence bu kilo alma endişesinin azalması eğer hiç bu terapi olmasaydı gerçekleşebilir miydi?

Fatma: Yoo. Nasıl gerçekleştirebilirdim ki.

G: Gerçekleştiremem diye düşünüyorsun. Eğer terapi görmeseydin, Ece hanımla görüşmeler olmasaydı azalmazdı?

Fatma: Evet, ben öyle düşünüyorum.

G: Mümkün değil diye düşünüyordun. Peki. Sence bunun azalmış olması, kilo almayla ilgili bu düşüncelerinin, endişelerinin azalması sence ne kadar önemli? Sana ne kadar anlamlı geliyor?

Fatma: Çok önemli, beynim rahatlıyor. Hep o düşünce, başka hiçbir şeye odaklanamıyorsun. Sürekli mesela yemek yerken de öyle oluyor, sen onu yerken bile düşünüyorsun. Sonra kötü bir his hissediyorsun, keşke yemeseydim...

G: Senin için oldukça önemli öyle bir değişikliğin olması. Azalmış, Bunu da terapiyle ilişkilendiriyorsun, terapinin buna faydası olduğunu düşünüyorsun, O olmasaydı olmazdı diye düşünüyorsun. Oldukça hayati seviyede önemli diye düşünüyorsun.

Fatma: Aynen. Öyle düşünüyorum.

Sudenaz, terapiye yönelik doğrudan olumsuz bir şey söylememekle birlikte, zaman ayırmaktan ve hastaneye devamlı gelmek zorunda kalmaktan sıkıldığını belirtmektedir.

G: Bu terapi sürecini nasıl buluyorsun? Terapi ile ilgili...

Fatma: Başta böyle hiç istememiştim de sonra alıştım, sorun olmadı. Yani şimdi iyi gidiyor.

G: Hıhı. Başta istememenin nedeni ne idi?

Fatma: Çünkü başta sürekli hastaneye geliyordum. Yani sürekli hastaneye gelmekten sıkılmıştım.

G: Hıhı.

Fatma: Onun için istemiyordum. Bir de buraya gelecektim. Ayda bir gün, her hafta daha doğrusu... Onun için istemediğim için...

G: Şimdi nasıl, terapide olmak nasıl hissettiriyor seni?

H: Yani öyle sorun yok yine, bir şey olmuyor. Geliyorum.

(...)

Fatma: Terapide hiç bir sorun yok. Bir tek işte her hafta gelmem olumsuz.

G: Zaman açısından mı sıkıntı yaratıyor?

Fatma: Evet.

G: Okulla ilişkili mi?

Fatma: Yok. Okuldan sonra geliyorum zaten ama, zor da olmuyor da her hafta gelmekten sıkıldım.

G: Hıhı.

Fatma: Onun için.

## 2. Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum?

Hastaların psikoterapi sürecinin işleyişine kafa yordukları, bunu yaparken hastalıklarını da sorgulamaya başladıkları görülmektedir.

Gülce'nin zihninin hastalığının getirdiği düşüncelerle son derece meşgul olduğu bilinmekte, buna rağmen kendisine sorduğu sorular anlamlı görünmektedir.

G: Peki. Sana kalırsa bu terapide atlanan şeyler var mı? Çok üzerinde durulmayan, ne yapılırdı daha etkili, daha faydalı, daha işe yarar olurdu?

Gülce: Ne yapılırsa işe yarardı bilmiyorum ama.... Şey ne yaşadığımı soruyorum kendime.

G: Hıhı. Biraz önce bahsettiğin şeyler gibi mi?

Gülce: Evet neden bu işe kalkıştım? Bilmiyorum işte....

Gülce, hastalığını normalleştirmenin bir adım ötesine geçerek hastalık öncesi hallerini anımsamaktadır.

Gülce: Bu aralar durduk yere ağlayabilirim. Yani şey yapabiliyorum.

G: Hıhı.

Gülce: Mesela düşünüp de eski hallerime dönmek isterdim. Öyle diyorum, gözlerim falan doluyor...

Sudenaz da Gülce gibi hastalığına dışarıdan bakmayı başarabilmektedir.

Sudenaz: İşte bu hastalığıma hiç başlamamış olmak isterdim baştan beri. Hiç bu hastalığa yakalanmış olmak istemezdim. Başka... Heyecanımı yenmek isterdim. İnsan normal insan sonuçta, annem de öyle diyor. Onlar senin konuştuğun kişiler de normal insan diyor. Ama işte ben onu yenmek isterdim.

(...)

G: Senin çok istediğin hani şöyle bir değişiklik olsaydı diye çok istediğin ama olmayan şeyler var mı?

Sudenaz: İşte mesela herkes iyileşiyor. Yani kilo alıyorlar. Bir an kendimi düşünüyorum. İnsanlar kilo alıyorlar. Bende alsam ne olur diye düşünüyorum. Sonra hemen gidiyor aklımdan o.

G: Hıhı.

Sudenaz: Yani o düşüncemi atmak isterdim kilo takıntımı... başka da yani, başka da yok.

Gökçe ise hastalığını daha önce düşünmediği biçimde ele alabilmeye başladığını, psikoterapi sürecinin nasıl işlediği ile birleştirerek aktarmaktadır.

G: Ece ablanla tedavileri sürdürüyorsunuz. Nasıl gidiyor sence terapi süreci?

Gökçe: Güzel... Daha iyiyim, öyle hissediyorum en azından.

G: Hıhı. Bu süreci nasıl değerlendiriyorsun terapi sürecini?

Gökçe: Imm... daha başka bir yönden bakmak şeyi gibi... daha iyi anlamama sebep oldu, o yüzden...

G: Hıhı... Olaylara başka yönden bakma gibi...

Gökçe: Aynen aynen, zaten amacı biraz geçmişte olan şeylerin neden olmasıyla ilgiliydi. Hani onu hiç... olmamıştır diye düşünüyordum ama artık belki onun da etkisi olabilir diye düşünüyorum.

(...)

G: Peki, hep çok güzel olumlu şeyler söylüyorsun, olumsuz bir şey oldu mu? Terapiden sonra olumsuz anlamda ya da senin istemediğin...

Gökçe: Olumsuz olacak bir şey...

G: Olumsuz bir değişiklik diyelim terapi ile...

Gökçe: Yok, öyle kötü hissettirecek bir şey olmadı. Ben en başta şeyi biraz farklı buldum, bu geçmişe dönük şeylerin, çocuklukta olan şeylerin bugün şey olması... O bana biraz uzak geldi, o ihtimal, onu kabul etmek istemedim açıkçası biraz, bu bir neden olamaz... Ama neden oldu diye O konuşunca, cidden geçmişte yaşadığımız olayların biz belki farkında olmasak bile içimize işlediğini şeyaptım. O fikir de değişti. Onun dışında kötü bir şey olmadı.

G: Hıhı. Olumsuz bir şey olmadı.

Gökçe: Evet. Düşündüğümüz şeyleri konuşuyoruz, onlara çözüm bulmak için konuştuğumuz için olmadı kötü bir şey o yüzden.

(...)

G: Sence terapide atlanan bir şey var mı? Ya da şöyle yapılsa daha iyi olur diyebileceğin, ya da öneride bulunabileceğin bir şey olur mu?

Gökçe: Ya zaten bu terapinin şeyi daha başka bir yönden bakmak, bunu bana Ece abla daha ilk şey yaptığımızda söyledi. Bunu bir buz kütlesi olarak düşünürsek suda kalmayan tarafına bakmamız gerektiğini... Ben de o yüzden hani daha önce diğer şeyi denediysek bu sefer bunu deneyebiliriz diye düşündüm.

G: Hıhı.

Gökçe: O yüzden hani hiç öyle ön yargıyla bir şey yapmamıştım. İyi de gidiyor o yüzden.

Gökçe'nin sürece dair farkındalığını ortaya koyan bu alıntılar ile hastalığına farklı bir bakış açısı ile yaklaşabildiğini düşündürmektedir.

Fatma, kendisi için zor olan ve başka herhangi bir ortamda konuşmaktan kaçındığı meseleyi terapide de konuşmanın zorluğunu belirtmekte, öte yandan bunun faydalı olduğunu, kendisine iyi geldiğini eklemektedir.

G: Sana zor geldiği halde, acı verici olmasına, zorlanmana rağmen benim için faydalı oldu dediğin şeyler oldu mu? Konuştuklarımızda, gözden geçirdiklerimizde...

Fatma: Yok. Zor ama bana zor mu?

G: Sana üzüntü veren, konuşmada zorlandığın...

Fatma: İşte kilo alma, onda takıntılıyım. O konular konuşulacağı zaman ben uzaklaşmak istiyorum, kilo konusu açıldığında. Evde de. Yemek konusu açılınca o ortamdaki gitmek istiyorum.

G: Terapide bununla ilişkili bir konu açıldığında sana zor gelmesine rağmen konuşulunca sana fayda sağladığını düşünüyor musun?

Fatma: Elbette ki fayda sağlar. Beynimdeki düşünceyi yavaşlatıyor sonuçta.

### 3. İçimdeki Sesler: Modlarla temas

Değişim görüşmeleri incelendiğinde, hastaları en çok etkileyen terapi bileşenlerinden birinin şema terapinin en önemli tekniklerinden olan mod modeli olduğu söylenebilir.

Fatma ve Pınar, modlarını tanıma ve anlama sürecini aşağıdaki gibi anlatmaktadır.

Fatma: Mesela modlar var biliyor musunuz? Siz illa ki bilirsiniz, mesela ben geçen hafta çok kötüydüm, baya bir ağladım hatta o yüzden. Sonra modlarda şey var, sürekli konuşan, beyinde öten, ders çalış diye emir veren, yemek yeme diyen, onları ben görmeseydim bunlar azalmazdı, onların yaptığı şeyi. Sonra sağlıklı yetişkin. Onun yaptığı şeyleri. Bu şeyleri ben görmeseydim, azalmadı.

G: Sen o zaman çok kötü hissettiğin zaman, terapide yaptığınız alıştırma mı aklına geldi?

Fatma: Evet, modlar aklıma geliyor

G: O modlar sana yardımcı oluyor. Ne diye düşünüyorsun mesela o sırada?

H: Beş kartımız var. Mesela ben beynimde öten ses değil de, öbür sağlıklı yetişkin kartı üstüne koymuştuk üstüne, ona baktıkça, gözümde canlandırdıkça daha iyi hissediyorum kendimi.

G: Gözünde canlandırıyor sun, o çok konuşan, beyinde öten sesi susturmaya çalışıyorsun. işe yarıyor yani bu.

Fatma: Evet.

G: O zaman terapi sürecinde özellikle bu tür alıştırma işine yaradı.

Fatma: Benim şöyle, konuşmak değil de daha çok, yazmak görsel bunlar benim aklımda daha çok kalıyor, konuşmak değil de. Konuşmak fazla kalmıyor aklımda.

(...)

Pınar: Ece Hanım bana birkaç tane kart göstermişti. Sence bu kartlardan hangisi sensin falan diye. Aslında birazcık yetişkinliğe doğru gidiyoruz tabii. Hani birazcık ben fotoğraf falan çekilirdim. O kartlardan sonra zaten fotoğraf çekilen kızı göstermiştim. Ondan sonra biraz daha yetişkin moduna doğru geçmiş olabilirim bence ama şey, hani mesela o günden sonra çok fazla fotoğraf çekilmiyorum. Bence bu olabilir yani.

G: Bunun sana nasıl bir etkisi oldu? Yani ne düşündün ya da ne hissetmiştin o arada böyle bir karar aldın? Fotoğraf çekirtmemek gibi?

Pınar: Bilmiyorum.

G: Hani birazcıkta erişkinliğe adım atmamı sağlıyor dedin ya ne düşünmüş olabilirsin? Fotoğraf çekirtmek ile ilgili? Ya da çekirtmemeyi düşünmek ile ilgili?

Pınar: Ya birazcıkta canım sıkıldığı için boşluktan çektiyordum belki de.

G: Yani fotoğraf çekirtmenin boşluk gibi mi olduğunu düşünüyordun?

Pınar: Evet.

G: Ondan sonra çok yapmamaya başladın. Peki, fotoğraflarla kartlarla uğraşmak sana iyi geldi mi? Onların üzerinde görüşmek?

Pınar: Evet.

G: O yönünü beğendin mi sen?

Pınar: Evet.

G: Tedavideki, terapideki o yöntemi beğendin mi?

Pınar: Hıhı.

G: Ne yapmıştınız onunla?

Pınar: Birkaç tane kart vardı işte, onları anlattı. Sonra sen bunlardan hangisinin böyle dedi.

G: Belki sana kartlar ya da öyle şeylerle çalışsa daha iyi olabilir mi diye düşündün?

Pınar: Evet.

G: Bir şeyler göstererek ya da onlar üzerinden örneklerle gitmek daha iyi olabilir gibi mi düşündün? Onun için söyledin bunu değil mi?

Pınar: Hıhı.

G: İşe yarar yönünde yani.

Pınar: Evet.

Fatma da, Pınar da, mod kavramını anlamada mod kartlarından faydalandıklarını vurgulamaktadırlar. Fatma mod kartlarına ek olarak mod günlüğü tutmanın da kendisine iyi geldiğini eklemektedir.

G: Güzel. Bu tür alıştırmalar, bu tür pratikler terapide senin işine çok yarıyor, sonradan onları hatırlıyorsun. Güzel bak neler seni değiştiriyor, neler yardımcı oluyor onları gözden geçirmek iyi oluyor demek ki böyle. Görsel uyaranlardan, sesli belki, buna benzer uygulamalardan daha çok faydalanıyorsun.

Fatma: Aynen.

G: Onları sonra zihninde canlandırabilmen daha kolay oluyor. Başka yardımcı olan şeyler var mı terapide?

Fatma: Başka... Ya da şöyle bir şey veriyor, mesela bir haftada, mesela Pazartesi yemek yedin, yemeye çalıştın ya da yiyemedin, neden



Yiyemediğini açıklaman için kağıt veriyor, bunu açıklıyorsun getiriyorsun öyle şeyler işte.

G: Bu da mı senin işine yaradı?

Fatma: Evet, ben bugün yemedim ama neden yemediğimi de açıkladım. Öyle şeyler de yaptık, Onlar benim aklımda daha çok kalıyor, böyle şeyler.

G: Mesela bunun nasıl bir yararı oluyor?

Fatma: Beynimdeki sesi, yeme diyen sesi yavaşlatıyor diyelim

G: Hımm. Neden yemediğini anlayabilir olmak mı? Neden yemediğini daha iyi anladıkça beynindeki sesi de daha bastırabiliyorsun.

Fatma: Aynen öyle.

Gülce, "içimdeki ses" diye adlandırarak kendisine iyi gelmeyen cezalandırıcı modu ayarlamakta, buna ek olarak "Küçük Gülce" ile nasıl temas kurduğunu anlatmaktadır.

G: Peki o zaman şöyle söyleyeyim terapiye bir süredir devam ediyorsun. Terapi başladığından bu yana düşünürsen kendinle ilgili ne gibi değişiklikler oldu sence?

Gülce: Ya olmadı herhalde.

G: Olmadı.

Gülce: İyi geliyor ama yine de düşünceler daha çok baskı yapıyor. Bastırıyorlar. İçimdeki ses...

G: İçindeki ses?

Gülce: Kilolusun diyip duruyor. Sonra yemekleri azalt, yemek yeme falan.

G: Hıhı.

Gülce: Sabah okula kalktığı zaman ben kahvaltı yapmıyordum. Anneme yaptım diyordum ama o zaman ne ses görüyorum ne şey. Ben bazen şey diye düşünüyorum. Kahvaltıyı herkes yapıyor sonuçta ben yiyince tekrar mı kilo alacağım diye. Sonra tekrar o susturuyor yani. İçimdeki ses.

G: Hıhı. Senin bir şeyler söylemene farklı düşünmene engel oluyordu o içindeki ses. Peki bu halen aynı şekilde mi devam ediyor?

Gülce: Evet.

G: Onda çok bir değişiklik yok. Yani içindeki ses hala sen farklı davranmaya çalışsan seni durduruyor.

Gülce: Evet.

(...)

G: (...) Terapi ile ilgili şu yönü bana daha yardımcı olabilir diye düşündüğün şeyler var mı?

Gülce: Ece ablayla sandalye çalışması yapmıştık.

G: Hıhı.

Gülce: Bir tarafta sağlıklı yetişkin modu vardı, bir tarafta da içimdeki ses, öbüründe de Küçük Gülce diye şey yaptı.

G: Hıhı. Evet.

Gülce: Sana birisini mesela küçük birisini emanet etsek onu aç falan bırakır mısın demişti.

G: Evet.

Gülce: Onlar biraz etkili oldu.

G: Ne tam olarak anlayamadım.

Gülce: Sana küçük bir çocuğu emanet etsek onu aç gönderir misin okula falan demişti.

G:Hıı. O paylaşımı yapmak sana iyi geldi. Öyle mi? Bu rol denemesi yaptınız anladığım kadarıyla, o çalışma sana iyi geldi terapi süreci içerisinde. Hıhı, ne açıdan yardımcı oldu diye düşünüyorsun. Nasıl?

Gülce: İçimdeki sesi dışarıya vurabildim. İçimde sürekli beni bastırıldığı için orada söyledim.

G:Güzel. Aslında senin hissettiğin ama çok dışa vuramadığın şeyi onun aracılığı ile söyleme fırsatı oldu gibi oldu.

Gülce: Hıhı.

Gökçe, mod modelini nasıl içselleştirdiğini aktarmaktadır.

Gökçe: Sonra işte bir şema oluşturduk. Ece ablamla benim neden böyle hissettiğim ya da bu sadece yemekle mi alakalı mesela benim kendimi çok eleştirdiğim ve hani bir mod olduğunu düşündük. Ve bir şeyleri ona yorduk. İşte mesela çok kötü hissediyorum. Ya da kendimi çok eleştiriyorum.

G: Hıhı.

Gökçe: Bu yüzden yemek yememe ya da her şey mükemmel olması gerekiyor mesela ama aslında değil. Bu içimdeki bir mod gibi düşünüyorum. Çok kendimi eleştiriyor aslında ama bunları yaptırıyor gibi oluyor. İşte bunun daha sağlıklı bir şekilde ve onu yatıştırmam gerektiğini hani... o yönde bir şey oldu. Bu nedenle şey oldu.

Buna ek olarak, sağlıklı yetişkin mod ile işlevsel olmayan, kendisine iyi gelmeyen modlarla nasıl başa çıkmaya çalıştığını da anlatmaktadır.

Gökçe: Evet. Mesela bir eleştiri mod, bir talepkar mod gibi onları tanımladık. İşte ben her şeyi çok mükemmeliyetçi bir şekilde istiyorum. Hani kendimle ilgili çok... aslında hani kendimden taleplerim o kadar fazla ki, kendime koyduğum şeyler.... Hani onları yerine getiremiyorum gibi oluyor. Ve hani çok kötü hissediyorum. Ama mesela artık aynaya baktığımda niye buram şöyle niye buram böyle diyorum.... Ama sonra mükemmel olmak zorunda değil diyorum.

G: Hıhı.

Gökçe: Sadece bu tanımlamıyor benim tarzımı, öyle şeyler söyleyebiliyorum.

G: Güzel, çok güzel. Peki şimdiye kadar terapide sana nelerin yardımcı olduğunu, başka ne gibi şeylerin yardımcı olduğunu düşünüyorsun? Yardımcı olan tekniklerden biraz bahsettin aslında.

Gökçe: Evet.

G: Şemalarını anlamak.

Gökçe: O zaten işin mantığını anlamak gibi, benim için o şey önemliydi. Çünkü hep şey gibi baktım yemek yememem lazım, şey olmam lazım. Bunları hep ama bir nedene bağlamadım. Hani ben böyleyim, böyle bir hastalık çıktı bende. Bunun nedeni ne? Neden böyle yapıyorum? Ya da mesela şey diyorum. Zayıf olmak için yemek yemiyorum. Ama neden zayıf olmak istiyorum? Asıl neden bu, değil mi yani? Bunun neden olduğunu hani, neden bu kadar eleştiriyorum kendimi; onu fark etmek, her şeye farklı yönden bakmaya çok yardımcı oldu.

G: En yararlı şey o oldu.

Gökçe: Evet. Ve bu biraz daha kendinize sağlıklı bakmanızı, sağlıklı düşünceyle bakmanızı ve yatıştırmanıza daha yardımcı oluyor.

G: Hıhı. O zaman kendi düşünceni de, birkaç kez bunu dedin, hani kendi düşünceni de yatıştırabiliyorsun diyelim.

Gökçe: Evet. Kendi kendime yalnız kaldığımda, kendimle karşılaştığımda diyelim; daha kendime sağlıklı düşünceler empoze etmeyi, daha sakin hissetmek için, daha olumlu pozitif şeyler söylemeyi öğrendim gibi bir şey oldu.

#### 4. Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik

Bu başlık altında hastaların terapötik ilişkiye yaptıkları atıflar ile rehberlik ve duygusal bakım alma ile tanışma süreçlerine yönelik atıfları incelenmiştir.

Hastaların vaka formülasyonlarından da hatırlanacağı gibi, tüm hastalarda erken dönem karşılanmamış ihtiyaçlardan biri “güvenli bağlanma, kabul, bakım”dır. Bu bağlamda, hastalar için psikoterapi ile birlikte yeni bir kavrayış ve duygusal temasın başladığını söylemek mümkün görünmektedir.

Gülce'nin sözleri, hayatında sağlıklı bir yetişkin rehberliğine duyduğu ihtiyacın altını çizmektedir.

Gülce: En başta böyle kendi kendime bir şeyler yapmadan birisine danışsaydım diye düşünüyorum.

G: Tam olarak anlayamadım bunu.

Gülce: Mesela kendi kendime azaltıp azaltıp, böyle sporu fazlalaştırmadan böyle bilen birisi, onunla konuşsaydım.

G: Hıhı. Geçmişle ilgili bir şey söylüyorsun. Keşke birilerine danışsaydım yaptığım özellikle sporla mı ilgili?

Gülce: Evet.

G: Hıhı. Biraz onunla ilgili pişmanlık duyuyorsun gibi?

Gülce: Hıhı.

Fatma ise, terapide şimdiye kadar ortaya çıkmayan bir yönünün ortaya çıktığından söz etmektedir. Yine vaka formülasyonundan hatırlanacağı gibi, Fatma “kendiliğindenlik ve oyun” alanındaki ihtiyaçları oldukça göz ardı edilmiş bir gençtir.

G: Peki senin eklemek önermek istediğin bir şey var mı?  
 Fatma: Yok.  
 G: Şimdilik yok. Şunu da değişiklik olarak sayarsak müzik dinlemek dedin, kitap okumak dedin.  
 Fatma: Ben sosyal faaliyet hiç yapmazdım.  
 G: Bunları da değişiklik sayarsak, Bu senin için beklendik miydi?  
 Fatma: Tabii beklendikti. Ortaya çıkmayan yönümü belirledik. Az da olsa beklendik bir şeydi.

Sudenaz ve Gökçe, terapide aldıkları duygusal bakımı süreç içinde nasıl içselleştirdiklerini aktarmaktadırlar.

Sudenaz: Onun bence şeyi olabilir. Onun dediğini, hani bana zaten biri böyle güzel konuştuğu zaman ben hiç bir şey demiyorum ama böyle sert konuşunca karşı çıkıyorum. Onun tatlı dili bence olabilir. Başka da başka bir şey olduğunu düşünmüyorum.  
 G: Sakin ve tatlı dilli olması dedin.  
 Sudenaz: Evet.  
 G: Bu sana ne düşündürüyor?  
 Sudenaz: Daha böyle sakin oluyorum onun karşısında, evde de başkalarının karşısında da sakin olmaya çalışıyorum.  
 G: O zaman burda senin öyle bir şey kazanman, daha sakin bir yapıya sahip olman, dışarıda da daha sakin olmanı sağlıyor gibi.  
 Sudenaz: Evet.  
 G: Biraz daha öyle bir gayret gösteriyorsun gibi. Onu sağlıyor.  
 Sudenaz: Hıhı.  
 G: Peki onu sakin olabilmeni sağlayan şey ne? O Ece hanımın tutumundaki senin daha sakin olabilmeni sağlayan şey?  
 Sudenaz: Onun tatlı dili diyyim.  
 G: Tatlı dilli olması.  
 Sudenaz: Evet.  
 G: Öyle olduğunda sana ne düşündürüyor? Daha sakin daha tatlı dilli konuştuğunda ne düşünüyorsun, ne düşündürüyor?  
 Sudenaz: Daha çok mutlu oluyorum. Çünkü biri böyle benimle hani sinirli sinirli konuşunca hiç bir şey yapmak istemiyorum. Ama o diyince mesela Ece hoca...  
 G: Mesela sinirli konuştuğunda ne hissediyorsun? Böyle tatlı dilli konuştuğunda ne hissediyorsun?  
 Sudenaz: Sinirli biri konuştuğunda ben de sinirleniyorum. Hiç bir şey yapmak istemiyorum. Yapmak istediğim bir şeyi de yapmıyorum yani ama mesela tatlı dille konuşunca biri böyle yani mesela yapmak istemediğim bir şeyi de yapıyorum.  
 G: Hıhı. Uyumun senin de daha artıyor.  
 Sudenaz: Evet. Aynen.  
 G: Sende daha uyumlu olmaya çalışıyorsun.  
 Sudenaz: Hıhı.  
 G: Öyle mi?  
 Sudenaz: Evet.  
 G: Sende seni sakinleştiren bir şey oluyor. Sonra dışarıda da böyle davranmaya gayret gösteriyorsun.  
 Sudenaz: Evet.

Gökçe de kendisini terapiye başlamadan önceki zamanlardan farklı olarak yatıştırabildiğinden, kendisine bu şekilde yeni yeni yaklaşabildiğini anlatmaktadır.

G: Peki. Şu sıralar nasılsın?

Gökçe: Açıkçası bu aralar biraz kötüydim, çok kafası karışık bir insanımdır, bazı şeyler beni çok çabuk etkiliyor. Bir olay karşısında çok çabuk yıkılan bir insanım ben. Çok zor aslında beni iyi hissettirmek. O yüzden net bir cevap veremiyorum iyiyim falan tarzında.

G: Hıhı... Şu sıralar öncelere göre daha mı kötüsün?

Gökçe: Yok, yani aslında ben sürekli bir grafik gibi aslında (eliyle dalgalanma işareti yaparak), iyi olan zamanlar olur, kötü olan zamanlar olur. En azından biraz daha kendimi yatıştırabiliyorum diyelim. Çok şeye boğmuyorum... Yine üzülüyorum ama çok kötü bir şekilde düşüncelere boğulduğumu... en azından kendimi biraz daha sakinleştirebiliyorum diyelim.

G: Yani önceye göre biraz daha rahat ve sakin hissediyorsun diyebiliriz son zamanlarda.

Gökçe: Evet, hissettiğim şeylere daha mantıklı bir bakış açısıyla bakabiliyorum gibi.

G: Biraz önce kastettiğin bu muydu? Daha mantıklı bir bakış açısıyla...

Gökçe: Evet, en azından böyle hissetmemin bir nedeni olduğu ve daha iyi hissetmem neden gerekiyor... O tarzda kendimle konuşmaya yeni yeni başlayabildim yani.

Bunlara ek olarak Gökçe, bu yeni tarzını diğer kişilerarası ilişkilerine de taşıyabildiğini eklemektedir.

Gökçe: Evet şey oldu bende, bunu daha çok babam olarak konuşmuştuk, bir insana psikolojik olarak yaklaşmam arttı. İmmm şey, hıh, empati kurmam arttı.

G: Güzel. Bakış açısı dediğin şey de biraz bu halde, empati becerinin arttığını düşünüyorsun.

Gökçe: Hıhı. Yani çevremdeki insanların davranışlarını, bu insan niye böyle davranıyor acaba, anlamaya çalışmak gibi...

Hastalar, değişim görüşmelerinde terapi ilişkisini öne çıkaran geribildirimlerde bulunmuştur. Bu, hastaların karşılanmamış ihtiyaç alanlarına panzehir olacak biçimde, ihtiyaç alanlarına göre değişen terapist duruşundan faydalandıklarını düşündürebilir.

En büyük sıkıntılarının birinin çekingenlik olduğu bilinen Gülce, bunun terapist ile ilişkisinde farklı olduğunu belirtmektedir.

G: Terapi sürecini nasıl buluyorsun?  
 Gülce: Güzel. İyi gidiyor.  
 G: Hıhı. Sana göre güzel, güzel derken?  
 Gülce: Yani iyi.  
 G: Hıhı. Memnunsun. Bu süreçten memnunsun. Seni memnun eden ne var bu süreçle ilgili, terapi süreci ile ilgili?  
 Gülce: Ece ablanın yakınımda olması güzel.  
 G:Hıhı. Güzel. Sana yakın davranması sana iyi geliyor. İyi hissettiriyor. Başka neler olabilir?  
 Gülce: Onun yanında çok çekinmiyorum . Konuşurken rahat hissediyorum.  
 (...)

Sudenaz da, benzer biçimde sosyal kaygısıyla ilgili zorlanmasında terapisti ile olan paylaşımlarından faydalandığını aktarmaktadır.

G: Yoo, aslında şunu sormak istiyorum. Yani neler bunların değişmesine katkıda bulunmuş olabilir? Mesela daha iyi anlamın için, diyorsun ya daha az sinirleniyorum.  
 Sudenaz: Hıı, şey... Ece hocayla görüşmem olabilir.  
 G: Öyle mi diyorsun?  
 Sudenaz: Hıhı.  
 G: Nasıl?  
 Sudenaz: Onla konuşunca o da zaten bana şey yapıyordu. Benimle konuşuyordu güzelce, ben de konuşuyordum onunla, öyle bir sorun olmuyordu. Buraya gelince de mutlu oluyorum daha doğrusu, yani o olabilir.  
 G: Peki bu görüşmeler nasıl katkı sağlamış olabilir? Buna bu değişikliklere nasıl bir ilişkisi olabilir hani terapiyle bunların nasıl bir ilişkisini görüyorsun sen?  
 Sudenaz: Onla konuşunca daha iyi yani daha az sinirlenebilmem gerektiğini düşündüm. İnsanlarla konuşurken daha o da diyordu zaten heyecanlanmana gerek yok falan diyordu. Ondan sonra biraz daha insanlara karşı heyecanlanmamaya çalıştım en azından.

Gökçe, terapötik ilişkiye ve terapistte hissettiği yakınlığı kısa ve net bir şekilde aktarmaktadır.

Gökçe: Ya dediğim gibi, şey kendimi daha iyi hissettiğim için, bir nebze de olsa, benim için çok güzel bir şey.  
 G: Hıhı.  
 Gökçe: Ece ablayı seviyorum, çok iyi anlaşıyoruz.

### 3.3.2. 10. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Her Hasta için Doldurulan Değişim Görüşmesi İzlenceleri

Bu kısımda yer verilen tablolarda, her hasta için 10. Seans sonrası yapılan değişim görüşme sırasında hasta ve görüşmecinin bir arada doldurduğu Değişim Görüşmesi İzlencesi bulunmaktadır. Tablodaki bilgiler, tartışma bölümünde nicel ve nitel verilerle birlikte kapsamlı olarak ele alınmıştır.

**Tablo 16.** Gülce için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Daha az sinirlenme	3	5	3
Daha keyifsiz hissetmek	5	5	1

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündür ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 16'da aktarılan 10 seanslık süreçte yaşadığı değişimler, Gülce tarafından terapiyle ilişkilendirilmemektedir (b). Değişim görüşmesi içeriği incelendiğinde, daha az sinirli olmasını ailesinin hastalık konusunda daha çok bilgi sahibi olmasına bağlamış, daha keyifsiz olmasını bedeninden memnuniyetsizliğinin artmasından kaynaklı olduğunu söylemiştir. Önemli olanın ise iyi hissetmesinden çok zayıf olup olmaması olduğunu belirtmiştir (c). Hastanın cezalandırıcı ebeveyn modunun katı bakış açısı bu görüşmede de hissedilmiştir. Daha keyifsiz hissetmesini şaşırtıcı bulması, hastanın psikoterapiden beklentilerini henüz gerçekleştiremediğini düşündürebilir (a).

**Tablo 17.** Sudenaz için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Daha fazla yemek yiyebilmek	3	3	4
Daha az sinirlenmek	1	5	4
Kendini daha kilolu algılamak	3	5	5

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündür ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 17'de aktarılan 10 seanslık süreçte yaşadığı değişimler, Sudenaz tarafından terapiyle ilişkilendirilmemektedir (b). Değişim görüşmesi içeriği incelendiğinde, daha az sinirli olmasını ailesinin hastalık konusunda daha çok bilgi sahibi olmasına bağlamış, daha fazla yemek yemesinin ve kendisini daha kilolu algılamasının birbiriyle ilişkili olduğunu aktarmıştır. Tüm bu değişimlerin yaşamını çok etkilemesi nedeniyle kendisi için önemli olduğunu belirtmiştir (c). Daha az sinirlenmesini psikoterapi sürecinde beklediği bir şey olduğunu, daha fazla yemek yemesi ve kilolu hissetmesi ile ilgili net bir ilişkiden bahsedememiştir (a).

**Tablo 18.** Pınar için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Herhangi bir değişim yok			

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündür ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi



Tablo 18’de görüldüğü gibi, Pınar 10 seanslık süreçte herhangi bir değişim yaşamadığını belirtmiştir. Bunda, psikoterapinin başlarında hastanın işlevsel olmayan başa çıkma modlarının etkisi olduğu değerlendirilmektedir. Şımarık çocuk modu, ilgi çekmeye çalışan havalı modu gibi modlar ele alındıkça ve hasta tarafından bu modlara ilişkin içgörü geliştikçe hastanın değişim süreci başlayabilmiştir. Nitekim, 20. seans sonrası yapılan Değişim Görüşmesinde daha farklı bir içerik oluştuğu görülmüştür.

**Tablo 19.** Gökçe için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Dış görünüme verdiği önemin azalması	4	3	5
Kendisini suçlamasının azalması	1	2	4
Özgüveninin artması	4	2	4
Empati becerisinin artması	5	2	3

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündü ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 19’da görüldüğü gibi, Gökçe en fazla değişim bildiren hasta olmuştur. 10 seanslık süreçte yaşadığı değişimleri çoğunlukla terapiyle ilişkilendirmektedir (b). Tüm bu değişimlerin yaşamını çok etkilemesi nedeniyle kendisi için önemli olduğunu belirtmiştir (c). Psikoterapiye başlarken en yoğun sıkıntılarında birinin kendisini suçlaması olduğunu ve bunu psikoterapide çözmeyi beklediğini; ancak dış görünüşüne verdiği önemin azalması ve özgüveninin artmasının kendisi için şaşırtıcı değişimler olduğunu aktarmıştır (a). Empati becerisinin artması gibi bir değişimin ise hiç aklında olmadığını, şaşırtıcı bulduğunu ve bu değişimden dolayı iyi hissettiğini anlatmıştır (a).

**Tablo 20.** Fatma için 10. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Kilo alma kaygısının azalması	3	1	5
Müzik dinlemek	2	3	2
Kitap okumak	2	5	3

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündü ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 20’de görüldüğü gibi, Fatma 10 seanslık süreçte kilo alma kaygısının azalmasını tamamen terapiyle ilişkilendirmektedir (b). Bu değişimin yaşamını çok etkilemesi nedeniyle kendisi için önemli olduğunu belirtmiştir (c). Psikoterapiye başlarken bu konuyla ilgili çalışılacağını hissettiğini, o nedenle çok şaşırmadığını belirtmiştir (a). Müzik dinlemek ve kitap okumak gibi sosyal faaliyetleri yapmaya başlamasını beklendik bulduğunu, kendisi için orta seviyelerde önemli olduğunu ve bu değişimleri terapi olmadan da yapabileceğini anlatmıştır (a,b,c).

### 3.3.3. 20. Seansın Tamamlanmasının Ardından Gerçekleştirilen Değişim Görüşmelerinin Tematik Analizi ile Elde Nitel Veriler

Çalışma kapsamında yürütülen psikoterapi süreçlerinde 20. Görüşmelerin tamamlanmasıyla hastalarla ikinci değişim görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Fatma, psikoterapiyi 12. Görüşmeden sonra yarıda bıraktığından süreçlere devam eden 4 hasta ile ikinci değişim görüşmesi yapılmıştır. Fatma’nın psikoterapiyi yarıda bırakmış olması tartışma bölümünde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

İlk değişim görüşmelerinin içeriklerinin incelenmesi ve temaların belirlenmesi sürecindeki adımlar takip edilmiş ve bu doğrultuda Tablo 2’de yer alan temalara ulaşılmıştır.

**Tablo 21.** 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar

<b>DEĞİŞİME DAİR</b>
Daha İyi Bir Ben
Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum
Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor
<b>GÜÇLENİRKEN</b>
Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler
20 Seans Yetmez: Beklentiler

“Değişime Dair” ve “Güçlenirken” olmak üzere iki ana başlığa bakıldığında, 20. seans sonrası yapılan değişim görüşmesi, adına uygun biçimde değişim mekanizmalarını açıklayan görüşmeler olmuştur. Bu değişimin düzeyi ve gerçekleşme yolu her hasta için farklı olmakla birlikte, ortak temalar altında toplanması mümkün olmuştur.

### 3.3.3.1. Değişime Dair

Bu başlık altında “Daha İyi Bir Ben”, “Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum” ve “Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor” olmak üzere üç alt tema belirlenmiştir.

Bu temalar, hastaların kendilerinde hissettikleri değişimlere yönelik aktardıklarından oluşan değişim temalarıdır. Sözkonusu değişimlerin tek bir temaya ait olmadığı, diğer temalara da ait olabileceği akla gelebilir. Bu noktada, hastanın vaka formülasyonu ve içerikte daha yoğun olarak temas ettiği alanlar göz önünde bulundurulmuştur.

#### 1. Daha İyi Bir Ben

Bu temada, hastaların kendilerine yönelik yaptıkları atıfların daha olumlu olduğu görülmektedir. Gökçe bunu açıkça belirtmekte, kendisini artık yerden yere vurmadığını söylemektedir.

G: Sen terapiden sonra kendini şimdi tanımlayacak olsan nasıl tanımlardın?  
 Gökçe: Hımmm bir kere sevdiğim şeylerden bahsedirdim direk. Şunu seviyorum bunu seviyorum, şu diziyi izlerim, üniversiteye hazırlanıyorum, nerede okumak istiyorum, hayatımda ne yapmak istiyorum, ilerde kendimi nerede görüyorum... Bu gibi şeyler, yani normal bir insan nasıl tanıtıyorsa onun gibi yani.

G: Peki. Neleri beğenen neleri seven bir genç olarak tanıttırdın?

Gökçe: Sevdiğim dizilerden falan bahsedirdim. Kitap okumayı çok severim, kitap okumaktan bahsedirim. Oturup uzun uzun konuşmayı çok severim, ortak bir konudan konuşmayı çok severim.

G: Sohbet etmeyi seven, diziler izlemeyi seven... zihnindeki ilgi alanın değişmiş, sanki onu anlatmaya çalışıyorsun.

Gökçe: Sanki, aynen, kendi yapmayı sevdiğim şeyleri tekrar bulmuş gibiyim. En azından onları yaparken bir nebze zevk alıyor gibiyim.

G: Başka ne gibi özelliklerinle kendini tanıtmayı istersin?

Gökçe: Bir kere öncelikle kendimi çok yerden yere vurmam artık. Olan oldu gibi söylerim, ne çok abarttım ne çok şey yaparım. Ne işte, insanlarla konuşabilen anlayabilen bir insanım. İletişimim iyi. Konuşurum, Sevecen bir insanımdır.

G: Bunlar önceye göre farklı olan özellikler mi?

Gökçe: En azından söyleyebileceğim şeyler, farklı mı...

G: Bunları gösterebilmek gibi. Saki gösteremezdin gibi?

Gökçe: Aynen.

G: Bunları göstermeye fırsat yoktu gibi. Ama şimdi tanımlasan kendini sevecen, iletişime açık, konuşabilen daha çok paylaşabilen gibi... Mesela ailen, arkadaşların şimdi nasıl anlatırlar seni, seni nasıl tanıtırılar sence şimdilerde? (...)

Pınar da, terapi öncesi nasıl biri olduğunu tarif ederken iyi yönlerinin olduğunu da altını çizmektedir.

G: Hıhı. O zaman sorsak nasıl anlatırdın eskiden terapiden önce? Sinirli agresif öyle mi?

Pınar: Evet, iyi yönlerim de vardı tabi.

G: Başka neler söyledin kendin hakkında, terapi öncesi süreç için?

Pınar: Kötü yönlerim olarak sinirli ve agresiflik. Öbürleri iyi zaten. Arkadaşlarımla falan, yardımsever... Onları genelde ben dinlerim sorunları falan olduğu zaman.

G: Hıhı. Güzel, paylaşımcı, yardımsever, iyi arkadaşlık ilişkileri kuran, ama biraz sinirli ve agresif gibi anlatırdın öyle mi?

Pınar: Evet.

Benliğe olumlu atıflar, her hasta için aynı biçimde olmamaktadır.

Gülce için bu farklılık açıkça olmasa da, terapiye başladığı zamana göre kendi isteklerine ve zevklerine biraz daha sahip çıkmaya başladığı; bunları yalnızca

kendi kusuru gibi değil, kendi varoluş biçiminin bir parçası olarak görmeye başladığı şekilde değerlendirilebilir.

G: Evet şimdi şimdi sorsak sana sorsam ben Gülce sen kendini nasıl tanımlarsın? Nasıl birisisin? Ne gibi özelliklerin var desem.  
 Gülce: Ben yalnız kalmayı seviyorum. Böyle kalabalık ortamları sevmiyorum.  
 G: Hıhı.  
 Gülce: Daha çok evde bulunmayı seviyorum.  
 Gülce: Hıhı.  
 Gülce: Kitap okumayı seviyorum.  
 G: Hıhı. Kendi başına olmayı seven yalnız olmayı seven kitap okumayı seven bir genç olarak tanımlarsın.  
 Gülce: Böyle.

Sudenaz için ise kendisini tanımlarken sıkça söylediği ve en önemli şikayetlerinden biri olan “sinirliliğe” yönelik daha olumlu yönde bir değişim olduğunu belirtmektedir.

G: Peki, şu sıralar genel olarak nasılsın? Onu biraz anlatabilir misin bana?  
 Sudenaz: Sorun yok. Öyle öncekine göre daha böyle az sinirliyim.  
 G: Daha az sinirli buluyorsun kendini.  
 Sudenaz: Yani şey mesela yemek konusunda çok şey yapmıyorum. Artık o kadar itiraz etmiyorum. Yiyorum. Bazen itiraz ettiğim oluyor da çok o kadar itiraz etmiyorum. Başka...  
 G: Daha iyi buluyorsun pek çok açıdan.  
 Sudenaz: Evet.

## 2. Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum

Bu temada hastaların davranış düzeyinde deneyimledikleri değişimler bulunmaktadır. Bu tema, hastalar tarafından içsel süreçlere yer vermeden açıklanan değişimler olarak düşünülebilir. Öte yandan, basit görülebilecek bu değişimlerin bile hastalar için zor olan bir eşiğin geçilmesi olarak görülebilir.

Sudenaz'ın bu bağlamda aktardıklarına bakıldığında yemek yeme ve kilo alma meselelerinde detaylar onun için oldukça önemli görünmekte, bu detaylarla boğuşurken bir yandan yaşamında eskiye göre değişmeye başlayan konulara da değinmektedir.

G: Peki terapiye başladığında kendini daha az kilolu buluyordun. Şimdi kendini daha kilolu buluyorsun.

Sudenaz: Hıhı.

G: Öyle bir değişiklik oldu. Başka bir düşünce açısından değişiklik oldu mu?

Sudenaz: Başka başka da yani olmadı.

G: Olmadı. Duygularında ya da davranışlarında bir değişiklik oldu mu? Herhangi bir değişim var mı?

Sudenaz: Önceden şey yapıyordum. Mesela dediğim gibi yemekten önce her yemeğe bahane buluyordum. Bu niye böyle olmuş niye olmuş diye şimdi o kadar şey yapmıyorum. Yemekler konusunda o kadar şey yapmıyorum.

G: Yemekler konusunda ön yargım azaldı diyorsun.

Sudenaz: Evet.

G:Nasıl bir azalma ne gibi?

Sudenaz: Mesela önceden en ufak bir yağ konulduğunda bile yemeklere bu yağlı oldu. Yemeklere bu yağlı oldu. Ben bunu yemek istemiyordum. Falan diyordum.

G: Hıhı.

Sudenaz: Mesela şimdi şöyle diyeyim. Başta diyetisyenim ekmeği iki dilimden üç dilime çıkarmıştı. Onları yemek istemiyordum. Nasıl yiyeceğim falan diye düşünüyordum.

G: Hıhı.

Sudenaz: Sonra alıştım. Yiye yiye. O kadar da zor yemek ama daha zorlanmadığımı anladım.

G: Daha yemek yiyorsun diyebiliriz. Öyle mi?

Sudenaz: Evet.

(...)

G: Bu değişikliklerin olmasında nelerin etkisi oldu. Sana kalırsa?

Sudenaz: Nelerin etkisi oldu... Buraya gelip hani benim gibi hasta olan insanların iyileştiğini gördüm. Bende belki iyileşebilirim diye düşündüm. Onun etkisi oldu açıkçası.

G: Hıhı. Kişisel yakınmaları olan kişileri görmen ve de onların da iyileştiğini görmen öyle mi?

Sudenaz: Aynen. Olabilir.

G: Hıhı.

Sudenaz: Sonra birkaç kilo alsam da bir şey olmaz diye düşündüm. Bunun etkisi olabilir.

G: Bu düşünceyi neler geliştirdi? Yani neler böyle düşünmene katkıda bulunmuş olabilir?

Sudenaz: Çünkü mesela oturduğum zaman bir yere kolumu çarpıyordum. Kolum acıyordu. Önceden kemiklerim çarpıyordu. Galiba bilmiyorum. Onun için acıyordu kolum. Bir yere oturduğum zaman kemiklerim, belimin kemikleri falan batıyordu. Ondandır da olabilir yani.

G: Hıhı.

Sudenaz: Öyle olmasını istemedim belki başta. Onun içinde olabilir.

G: Yani öyle olmanın zorluklarını görmüş olmak biraz değiştirmiş olabilir.

Sudenaz: Aynen.

Sudenaz, fiziksel olarak yaşadığı zorlukların da değişime sebep olabileceğinden de söz etmekte, bu nedenle kilo almaya biraz daha sıcak bakmaya başladığını belirtmektedir.

Benzer şekilde Gülce de sağlığı için yemek yemesi gerektiğini düşünmekte, kendisini ikna etmeye çalışmaktadır.

G: Peki terapi nin başından bu yana Ece hanımla görüşmelerden bu yana ne gibi değişiklikler oldu? Örneğin düşüncelerinde değişiklikler oldu mu?

Gülce: Çok az.

G: Çok az. Ne gibi bir değişiklikti?

Gülce: Önceden yemem gerektiğini düşünüyordum. Şimdi sağlıklı olmam için yemem gerektiğini düşünüyorum.

Pınar, iyilik halini psikolojik süreçlere çok yer vermeden ve değişim mekanizmalarına değinmeden anlatmakta, değişimlerin yaşamındaki yansımalarını aktarmaktadır.

G: Merhaba Pınar Nasılsın? Nasıl gidiyor terapi süreci?

Pınar: Geçen görüşmemize göre daha iyi şu an. Daha iyiyim.

G: Ne açılardan daha iyi buluyorsun kendini?

Pınar: Ailemle olan ilişkilerim falan.

(...)

Pınar: Terapiye başlamadan önce... Hım.. Bir kere ben kendi dış görünüşüme çok önem veriyorum. Hala öyle. Terapiye başlamadan önce daha sinirli daha agresiftim. Son iki aydır ailemle özellikle daha uysalım.

Gökçe günlük yaşamındaki belirgin değişimleri vurgulamakta, ilgi alanlarının farklılaştığını, yemek yeme ve fiziksel görünümü dışında başka konulara da odaklanabildiğini aktarmaktadır.

G: Peki, bu süreç başladığından beri neler değişti diye bakarsak sende ne gibi şeyler değişti sende? Düşüncelerinde, duygularında, davranışlarında olabilir, neleri değişti diye görüyorsun?

Gökçe: Öncelikle hani, eskiden hiç olmayan şeyler şimdi en azından biraz var. Hiç mutlu değildim. Şimdi mutlu olduğum zamanlar gerçekten var. Ya da cidden hani böyle, bir şey yaparken kendimi iyi hissettim zamanlar var. Onun dışında kendi suçum olduğunu düşünüyordum. Görünüş olarak kendimi beğenmemekte, halen devam ediyor bende, bir gelişme kaydettiğimi düşünmüyorum. İnsanlara daha eleştirel bakmamaya başladım gibi. Çok yalnız kalmıyorum gibi. Aslında çok şu kesin değişti gibi yok.

G: Ama anladığım biraz daha keyifsiz mutsuz umutsuz hissediyordun, şimdi daha keyifli mutlu hissediyorsun gibi. Daha mutlu diyebilir miyiz buna?

Gökçe: Hıhı.

G: Başka?

Gökçe: Önceliklerimin değişmesi gibi. Güzel olmak, zayıf olmak bu tarz şeyler hala çok önemli benim için. Bunlar hemen geçecek şeyler de değil. En azından bazı şeylerin, bunlardan daha önemli olduğunu kavradım gibi.

G: Güzel, önceliklerin değişmesi, fiziksel şeylerden önce başka şeylerin gelebileceği gibi. Hıhı. Bir de dedin ki, bir şey daha söylemiştin.

Gökçe: Kafamı dağıtabiliyorum, günümün yüzde yüzünü bu almıyor artık, ilişkilerim daha şey olmaya başladı, kendimi savunabilmeye başladım insanlara karşı, çok böyle pısrık ne derlerse onu yaparım gibi değil, cidden haklı olduğum noktalarda hakkımı savunabilmeye başladım.

G: Onu nasıl ifade edelim? Kendini ifade edebilmek gibi mi? İletişimim arttı demiştin zaten. Nasıl ifade edelim onu? Zihnindeki düşüncelerin azalması gibi? Nasıl bir düşünce azaldı sence?

Gökçe: Yani en azından bunu çok yedim, çok yedim gibi bir düşünce olsa da tamam napalım...

G: Yemek yemeyle ilgili düşüncelerin azalması diyebilir miyiz?

Gökçe: Onun önemi gitmedi de, başka şeylere de odaklanabiliyorum.

G: Başka şeyler derken?

Gökçe: O an için yaptığım şeye.

G: Biraz önce söylemiştin mesela. Daha çok müzik dinliyorum, başka şeylerle uğraşıyorum... ilgi alanlarımın artması, başka şeylerle zihninin meşgul olması gibi. Yemek yeme ya da bedensel görünüş dışındaki şeylerle zihnin meşgul olması gibi mi bu anlatmaya çalıştığın şey?

Gökçe: Aynen.

### 3. Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor

Bu temada, hastaların kendilerine, yaşadıkları zorluklara ilişkin farkındalıklarının arttığı, içsel süreçlerini daha çok ön plana çıkardıkları görülmektedir. Hastaların aktardıklarından içgörülerinin artmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Gökçe, hastalığın kimliğinin bir parçası olduğunu nasıl farkettiğini ve bunun süreç içindeki değişimini aktarmaktadır. Bu Gökçe için terapiye başlarken olmasını beklediği bir değişim olmadığından kendisi için şaşırtıcı olmuştur.

G: Mesela o sıralarda başkalarına da sorsaydık, ailen arkadaşların nasıl tanımlarlardı?

Gökçe: O dönem kesinlikle ilk başlarda yeme bozukluğu var derlerdi. Çünkü ailemin de benim de genel olarak her şekilde tek konumuz yeme bozukluğuydu. Ben o kadar kaptırmıştım ki diyim, kendimle alakalı olan tek şey hasta olmamdı. Dediğiniz gibi biri kendimi tanıtmamı söyleseydi o an ona demesem bile aklıma ilk gelen hastayım olurdu. Ya da ben kimim diyince "yeme bozukluğum var". O geliyordu aklıma yani.

G: Başkaları da seni bu yönünle bilirlerdi, ilk akıllarına gelen şey bu olurdu gibi?

Gökçe: Bana öyle olurdu gibi geliyor, benim bütün odağım o olduğu için, hareketlerim onla ilgili için, benim kişiliğim olmamış gibi oldu yani.

G: Başkalarının senin bunun dışındaki diğer yönlerini tanımlamalarına fırsat olmuyordu gibi.

Gökçe: Hep kendi içimdeydim yani. Biri benimle konuşuyor ama o gün ne yedim ne yaptım sürekli kendi hayatımla ilgili olduğum için insanlar beni böyle



oturan bir kişi olarak biliyorlardı. Daha bana yakın kişiler biliyorlardı. Annem babam falan...

(...)

G: Bu çok önemli bir değişiklik, çünkü görüşmenin başından beri bunu da söylüyorsun, "Ben kendimi daha önce bu yönümle tanıtan bir insandım, ama şimdi ona çok ihtiyacım kalmadı" diyorsun ya...

Gökçe: Aynen, zaten bu hastalığı olan insanların daha çok olmasını...Nasıl diyim, bu hastalığın olmasındaki neden bence şey gibi zaten, insanların bir arayış içinde olması, ve bir şeye tutunuyorsunuz gibi, uğraşınız o oluyor.

G: Hastalık bir şekilde kendini ifade etme yolu gibi olmuştu.

Gökçe: Yani, aynen. Çünkü sürekli onu düşündüğünüz zaman başka hiçbir şey düşünmek zorunda kalmıyorsunuz. Bir kaçış yolu gibi de olabilir insanlar için. Çünkü tek önemli dış görünüşüz olduğu için... Çevrenizde olaylar oluyor ama siz zaten yoksunuz orda, yani o an ne yediğinizi ne yaptığınızı düşünmüyorsunuz. Öyle, kendiniz yoksunuz zaten...

G: Hıhı, hıhı.O zaman o hastalığa tutunma gereksinimi azaldı gibi diyebilir miyiz?

Gökçe: Evet.

G: Kendini ifade ederken o hastalığı önplana çıkarma ihtiyacı azaldı gibi.

Gökçe: Evet.

G: Bunu da bir değişiklik olarak kaydedebiliriz.

Gökçe: Kesinlikle.

G: Çok önemli, ne diyelim buna? Kendini hastalıkla ifade etmenin azalması?

Gökçe: Aynen, onun gibi. Kendinizi hastalıkla özel hissediyorsunuz, normal olmak sanki çok kötü bir şey gibi. Ama aslında şu an düşünmeye başladığım şey işte, "kendin ol" gibi.

G: Hastalık olmadanki özelliklerinin daha çok farkına varmak gibi.

Gökçe: Aynen.

G: Peki. Bu sence terapiden, bu süreçten beklediğin bir şey miydi bu değişim?

Gökçe: I-ım. O da garip biçimde oldu.

G: Hiç böyle bir şey düşünmüyordun.

Gökçe: Dediğim gibi o an sadece o yani, içinde debelenip duruyorsunuz.

G: Şaşırtıcı bir şeydi o zaman.

Gökçe: Aynen.

Gökçe'nin farkındalığının arttığı bir başka konu, terapi süreci ile birlikte babası ile olan ilişkisi ile ilgili çıkarımlarıdır. Babasıyla ilişkisinde kendisini onay arayan ve bunu alamadıkça olumsuz yönde etkilendiği noktadan kendini koruduğu bir noktaya nasıl geçtiğini aktarmaktadır.

G: Üzüntü veya acı verdiği düşündüğün halde yararlı olan şeyler oldu mu?

Gökçe: Tabii ki, sonuçta ilk geldiğim zaman aileden bahsettik, onun altında yatan sebepler falan, benim için biraz babamla alakalı bir şeydi. Farkındaydım aramızın her zaman şey olduğunun falan ama bunların hastalığın altında yatabilecek nedenler olması beni çok üzdü açıkçası. Çok etkiledi diyim... O yüzden onla karşılaşmak çok zordu. Ama sonuçta dediğim gibi gerekli bir şeydi, çünkü onu kabul edip ondan kendinizi biraz

soyutlamanız gerekiyor. Benim babamla olan ilişkim zordu, istediğim gibi değil, olmuyor, kendimi korumayı öğrendim gibi.

G: Neyi çok olumsuz buluyorsun o ilişkide?

Gökçe: Dediğim gibi, yakın bir ilişkimiz hiçbir zaman olmadı. En azından artık beklentim de kalmadı, ya da onun beni gördüğü gibi kendimi değerlendirmeyi bıraktım artık. O beni beğenmese bir şey yapmasa artık, bunlar beni eskiden etkiliyordu ama artık etkilemiyor.

G: Evet... O ilişkiye bakışın da biraz değişti gibi...

Gökçe: Kendimi daha çok koruyorum gibi o yönde.

G: Güzel... Bunları konuşmak zor oldu, ama senin için çok faydalı oldu

Gökçe: Evet.

Pınar da, Gökçe'ye benzer olarak annesiyle olan ilişkisindeki değişimden söz etmektedir. Pınar, terapi öncesi zamanlara göre annesi ile daha yakın bir ilişki kurabildiklerinden bahsetmektedir. Öyle ki, daha önce kendisini evde "sinirli ve agresif biri" olarak tanımlarken, şimdilerde annesine empati göstererek daha farklı hissettiğini anlatmaktadır. Sadece kendi ilişkilerinde değil, başka durumlarda da benzer şekilde hissedebildiği anlaşılmaktadır.

Pınar: Mesela eskiden annem bana bir şey diyor, o zaman hemen terslerdim. Ama şimdi mesela annemi tersleyince onun daha çok küçük düştüğünü falan... Sonuçta ben ondan küçüğüm, o benden daha büyük, onu küçük düşürmüş gibi oluyorum. O da pek bana bir şey diyemiyordu, Sırf ben üzülmem diye. Onu biraz düşündüm, onun yanlış olduğunu düşündüm.

(...)

Pınar: Aslında kendimi tutuyorum, tutmasam yine ağlarım.

G: Yine de çok zorlanıyorsun gibi, ağlamamak için çok çaba gösteriyorsun gibi oluyor. Bu moralinin bozulduğu zamanlarda mı oluyor?

Pınar: Evet. Biri küçük düşürülüyorsa ona bile hani... Bugün oldu mesela gelirken işte, annemle metroyla geliyorduk. Bir tane adam anneme bir şey dedi, sonra annem de bir şey diyemedi, biraz moralim bozuldu ona. Gözlerim falan doldu ama ağlayamadım tabi, bir de ben bir şey diyemedim adama.

G: Anneni biraz küçük düşürdü gibi hissettin?

Pınar: Evet.

(...)

G: Peki daha az sinirlenmeyi saydık, terapinin başından beridir öncekilere göre daha az sinirleniyorsun. Başka herhangi bir değişiklik var mı?

Pınar: Daha az ağlıyorum.

G: Daha az ağlıyorsun. Onu da biraz önce söylemiştin. Daha önceleri bir engelle ya da üzücü bir şeyle karşılaştığında daha fazla ağlıyordun. Şimdi daha az ağlıyorsun.

Pınar: Pek arkadaşlarımla olan şeyleri, okulda öğretmenlerden biri, atıyorum bunu giyme dediğinde falan çok takmıyorum, eskiden daha çok takardım. Şimdi insanları pek takmıyorum.

G: İnsanları takmıyorum derken ne anlamda?

Pınar: Fiziksel, dış görünüş anlamında. Mesela giyimim, kıyafetim konusunda falan.

G: Onların karışmalarından çok etkilenmiyorsun gibi mi?

Pınar: Evet.

G: Ne diyebiliriz bunun için genel olarak? Nelerle ilgili oluyor onların söylediklerini takmaman?

Pınar: Kıyafetle ilgili.

G: Daha çok giyiminle, kıyafetinle ilgili. Yoksa daha çok kişisel özelliğinle ilgili, seninle ilgili?

Pınar: Onlar da var. Mesela sevgilim var, ama ondan başka erkeklerle de konuşuyorum ama sadece arkadaş olarak. Arkadaşlarım da diyor ki sevgilin var konuşma. Onları da takmıyorum, ne olacak ki, sonuçta bir tane sevgilim var diğerleri arkadaşlarım, kim ne anlarsa anlansın. Ama işte onlar öyle düşünmüyor, başkaları da öyle düşünmediği için sonra başka bir şey olarak adımı çıkarıyorlar. Ama ben takmıyorum.

G: Bu sana olumlu bir değişiklik gibi geliyor olumsuz mu? Nasıl algılıyorsun?

Pınar: Bence zaten... Olumlu bence.

G: Ne anlamda olumlu? Kendi görüşlerine daha çok önem vermek gibi mi?

Pınar: Evet.

G: Başkalarınınsa kendi görüşlerine daha çok önem vermek gibi mi? Böyle bir şey geliştirdi o zaman öyle mi?

Pınar: Evet.

G: Birileri seni eleştirirse bile sen doğru olduğunu düşünüyorsan kulak ardı edip kendi doğrularınla devam edebiliyorsun gibi.

Pınar: Evet ama eğer o konuda suçluysam o zaman da kabul ederim.

G: Evet, onların sana önerdiği şey de senin aklına yatarsa o zaman da değiştirmeye çalışıyorsun.

Pınar: Evet.

Pınar, onay arayıcılığının azaldığını, aynı zamanda kişiler arası ilişkilerde sorun yaşadığında kendi payına düşen sorumluluğu alabildiğini de eklemektedir.

Aşağıdaki alıntılar incelendiğinde Gülce ve Sudenaz'ın içgörü geliştirme açısından daha farklı bir noktada olduğu düşünülebilir.

Gülce: Terapiye başlamadan önce içimde sağlık yetişkin modu falan, konuşuyorduk Ece ablayla, o hiç yoktu, yani hiç yemek yiyemezdim ben.

G: Hıhı.

Gülce: Hiç başlamazdım yani ama şimdi onların yazdıklarını yiyiyorum. Yani içimde böyle hiç yememek değil de onların yazdıklarını en azından yemek geliyor.

(...)

Gülce: Fiziksel olarak canım sıkıldığı zaman ya da sinirlenince kendime zarar veriyorum.

G: Onlar olmasın isterdin. Nedir bu zararlar?

Gülce: Durduk yere yara yapabiliyorum.

G: Nasıl?

Gülce: Çiziyorum. Bir şeyler yapıyorum.

G: Yara yapabiliyorsun.

Gülce: Hıhı.

G: Ne ile çiziyorsun?

Gülce: İğne.

G: İğne.

Gülce: Bir de demir şeylerle.

G: Keskin şeylerle. Kollarını mı başka yerlerini mi? Nerelerini?

Gülce: Kollarımı ama böyle faça gibi değil de jilet falan değil böyle sadece çiziyorum. Yara oluyor. Onla oynuyorum. Sürekli.

G: Hıhı. Sonrada biraz oynamamı oluyor. İyileşmesin çok fırsat kalmıyor. Bu sinirlenince oluyor dedin. Öyle mi?

Gülce: Bir de sıkılınca.

G: Sıkıldığın zaman. Ne demek sıkılmak yani ne oluyor.

Gülce: Hiçbir şey yapasım gelmiyor. Ya da bir işim olmuyor.

G: Çok yapacak bir şey bulamadığın da ya da içinden bir şey yapmak gelmediğinde ya da sinirlendiğinde bu davranışlar oluyor. Öyle mi? Bunun geçmesini isterdin.

Gülce:Hıhı.

(...)

G: Peki senin beklediğin ama çok gerçekleşmeyen bir şeyler var mı?

Gülce: Yani düşüncelerimin değişmesini bekliyordum.

G: Daha çok değişmesini bekliyorsun. Kısmi bir değişiklik var. Ama sen daha çok değişmesini beklerdin. Öyle mi?

Gülce: Evet.

G: Ne olmasını beklerdin?

Gülce: Kendimi kilolu görmemek isterdim.

G: Hı. Hı. Tamamen o düşüncenin değişmesini isterdin.

Gülce: Evet.

G: Yemek yeme değil ama kendini kilolu bulmayla de ilgili düşüncenin tamamen değişmesini isterdin. En çok istediğin şey bu terapi süreciyle ilişkili. Başka var mı değişmesini istediğin ama henüz daha değişmemiş olan şeyler.

Gülce: Yok.

(...)

G: Yok diye düşünüyorsun. Zor olan senin için zor olan ama yada seni üzebilen bazen yinede yararlı olduğunu düşündüğün şeyler var mı?

Gülce: Yemek yemeyi yani onu yemem gerektiğini düşünüyorum.

G: Hıhı.

Gülce: İstemiyorum ama gerektiği için.

Bu örneklerde görüldüğü gibi, Gülce farkındalık geliştirmekle birlikte içsel süreçlerden çok dışsal uyarımlarla ilişkili olarak yaşadığı sorunları açıklamakta ya da zorunluluklarla açıklamaktadır. Kendine zarar verme davranışları ile ilgili ise yüzeysel bir açıklamadan öteye geçememektedir.

Sudenaz için onay arayıcılığının farkına varması bir değişim olarak sayılabilir. Nitekim, bir önceki değişim görüşmesinde bu durumdan bu biçimde söz etmemektedir. Öte yandan yine de bir durum tespitinin ötesine geçememekte, bu açıklama ile sınırlı kalmaktadır.

Sudenaz: Çok kararsızım. Bir konuda mesela bir yere gittiğim zaman şunu mu alsam bunu mu alsam kendi kararımı veremediğim için ablama soruyorum. Daha çok onun beğenisine göre alıyorum kıyafetlerimi falan.

Sudenaz açısından, aşağıdaki örneklerden de anlaşılacağı gibi terapi hedefleri açısından daha uzun bir yol olduğu görünmektedir. Kendisini tanımlarken geldiği noktanın “şişmanlığı” olması, iyileşmek için motivasyonunun sınava hazırlanırken hastaneye gelmek zorunda kalmaması gibi kendi iyilik halini gözetmediği bir yerde kalması, içgörü ve sağlıklı bir bakış açısı geliştirmede tıkanıldığını gösterir niteliktedir.

G: Şimdi baktığımızda bu şu anda aynı şeyleri sorsam sana şimdi kendini nasıl değerlendirirsin. Nasıl birisi olarak anlatırsın desem?

Sudenaz: Öncekine göre daha az sinirliyim.

G: Daha az sinirlisin.

Sudenaz: Yine kararsızım. Heyecanlıyım yine.

G: Hıhı.

Sudenaz: Şişmanım.

G: Hıhı.

Sudenaz: Öyle görüyorum açıkçası kendimi. Öyle.

(...)

Sudenaz: Gelecekte sınava gireceğim. Gelecekte sınava gireceğim için yani hastanede sürekli hastanede vakit geçirmektense sınava hazırlanırım diye düşündüm. Onun için onun da etkisi olabilir.

G: Nasıl? Çok anlayamadım.

Sudenaz: Yani gelecek yıl sınava gireceğim için sürekli hastaneye mesela yazın iki günde bir geliyordum. Hastaneye o kadar sık aralıklarla gelirim derslerimden geri kalacağımı düşündüm.

G: Hıhı.

Sudenaz: Onun içinde yemek yemeğe biraz karar verdim. İyileşmeye onun etkisi olabilir.

G: Yani bu kadar sık hastaneye gelmeyelim diye düşünmek seni daha düzeltmeye yönlendirdi.

Sudenaz: Aynen.

### 3.3.3.2. Güçlenirken

Bu temanın iki ayrı alt teması oluşmuştur. Bunlara, hastaların psikoterapi süreçleri boyunca kendilerine iyi gelen unsurları vurguladıkları “Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler” teması ile “20 Seans Yetmez: Beklentiler” temalarıdır.. Bu temalar da görüşmelerden alıntılarla birlikte desteklenerek incelenmiştir.

## 1. Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler

Hastaların terapide kendilerine temas eden, iyi hissettiren, değişime yol açan farklı unsurlardan söz ettiği görülmektedir. Neredeyse her hastanın vurgusunun farklı bir nokta olduğu görülmektedir.

Gülce, kendisini yatıştırırken sağlıklı yetişkin moda nasıl başvurduğunu aktarmaktadır.

G: Son zamanlarda nasılsın biraz anlatsana.

Gülce: Değişen bir şey yok aslında.

G: Hıhı. Terapi sürecin nasıl gidiyor. Ece hanımla yaptığınız.

Gülce: İyi gidiyor.

G: İyi gidiyor. Ne açılardan iyi buluyorsun?

Gülce: Düşüncelerim bazen işte konuştuğum zamanlar değişiyor. Onun için iyi oluyor.

G: Tam olarak anlayamadım.

Gülce: Mesela içimden hani kiloluyum diyordum ya.

G: Hıhı.

Gülce: O düşüncelerimi şey yapabiliyorum. Bitirebiliyorum konuştuğum zaman.

(...)

Gülce: Terapiye başlamadan önce içimde sağlık yetişkin modu falan, konuşuyorduk Ece ablayla, o hiç yoktu, yani hiç yemek yiyemezdim ben.

G: Hıhı.

Gülce: Hiç başlamazdım yani ama şimdi onların yazdıklarını yiyorum. Yani içimde böyle hiç yememek değil de onların yazdıklarını en azından yemek geliyor.

(...)

Gülce, kendisini yatırtmada tuttuğu mod günlüğünün etkisinden söz etmektedir.

G: Peki bu değişiklikler bir tanesi düşüncedeki yine bir değişikliğin olması sağlıklı olmak için yemek yemen gerektiğini düşünmen ve de tartışmaların azalması bunlar neye bağlı olarak değişti? Yani nasıl değiştiler sence neler yardımcı olmuş olabilir bunların değişmesi için?

Gülce: Sürekli konuşuyoruz. Sağlıklı olmak için yememiz gerekiyor diye, daha kötü hastalar var diye, onlar etkili.

G: Terapideki konuşmalar faydalı olmuş olabilir. Öyle mi?

Gülce: Hıhı.

G: Bu konular üzerinde konuşmalar terapi de bunların değişmesi için faydalı olmuş olabilir. Terapi dışında değişmesine neden olan bunların olmasına neden olan şeyler var mıdır?

Gülce: Yok.

G: Yok. Sen bunları terapi süreciyle bu aldığın görüşmelerle yaptığın görüşmelerle ilişkilendiriyorsun. Bu terapi sürecinde sana en yararlı gelen faydalandığın ne gibi özellikler var?

Gülce: Biz bir defter tutuyoruz.

G: Hıhı.

Gülce: Kilolu düşündüğüm zaman oraya yazıyorum.

G: Hıhı.

Gülce: Sonra neden yemem gerektiğini yazıyorum. Onları okudukça iyi geliyor.

G: Yani öyle bir defter tutmak düşüncelerini oraya yazmak sonra onu tartışmak ve sonradan da o yazdıklarını okumak sana iyi geliyor. Terapinin bu yararlı faydalı bir kısmı diye düşünüyorsun.

Gülce: Hıhı.

Gökçe, Gülce'ye göre daha ayrıntılı bir açıklama yapmakta, sağlıklı yetişkin bakış açısı oluştururken yaşadığı sorgulamalardan ve bu bakış açısını içselleştirmeye başladığından beri hissettiği duygulardan bahsetmektedir.

G: Peki, bu değişikliklere neden olan neydi, nasıl oldu da bu değişiklikler oldu sence? Biraz önce önemli bir şey söyledin, terapi sürecine atfettin ve terapide de düşüncelerimin duygularımın altında yatan nedenleri bulmak ve mantıksal olarak şeyler bulabilmek düşüncelerimin değişmesine neden oldu. Başka neler neden olmuş olabilir? Bu değişikliklere neden olan nasıl şeyler var hayatında?

Gökçe: Şöyle bir düşündüm, ben böyle mi yaşayacağım dedim. Yani, ya öleceğim ya yaşayacağım... Yaşamayı seçtim. Cidden en temel şey buydu benim için yani. Yemek yemeyeceğim zaman yemezsen sonu nereye gideceği belli. O zaman yiyim yani...

G: Yani hayatının yönünün değiştirdin gibi... Bakış açını değiştirdin.

Gökçe: Aynen, onun sonu belli bir şey. Öleceksiniz yani..

G: Böyle bir düşünce kazanmanda terapinin etkisi ne oldu? Terapi dışında da başka şeyler neden oldu mu?

Gökçe: Terapi dışında bunu hissediyordum, en başta da bunun için geldim, ailem falan fark etmemişti benim zaten. Çoğu insan zorla geliyor. Ben farkındaydım ne olduğunun.

G: Onun için de istekliydin. Zaten görüşmenin başında da onu dedin, ben gayet istekli geliyorum.

Gökçe: Hıhı.

G: Onun için bu süreçle mi ilişkili olduğunu düşünüyorsun bunun?

Gökçe: Hıhı.

G: Peki terapide neler sana yardımcı olmuş olabilir? Neler yol kat etmene, bu değişiklikleri sağlamana yardımcı olmuş olabilir?

Gökçe: Dediğim gibi nedenleri bulmak, neden böyle olduğunu... Mantıklı sebepler getirince, aslında öyle değil böyle, bak gerçek neden bu altında yatan, o yüzden böyle davranıyorsun tarzında şeyler getirmek, bana şey geliyordu mantıklı ve olması gereken şey gibi geliyordu.

G: Mesela aklında bir tane örnek var mı?

Gökçe: Mesela herkesin ilk başta dış görünüşe baktığını düşünüyordum ben. Ya da kilolu bir insan asla asla asla mutlu olamaz tarzında... Sonra o değişti. Bazı şeyleri kendi kafamda uydurduğumu, kendimi nasıl görüyorsam insanların da beni öyle gördüğünü düşündüğümü farkettim. Aslında ben öyle

düşünüyorum diye herkes öyle düşünmüyor. Bunu en başta şeyde farkettim, mesela ben kötü hissettiğim zaman hep bu duygular geliyor bana , ve cidden birine baktığım zaman bile şey düşünüyorum, kesin beni çok şişman ve çirkin görüyordur. Sonra mutlu olduğum zamanki düşüncelerime baktım, dedim ki öyle düşünmüyorlardır. İnsanlar düşünmüyor, bu sadece benim ruh durumuma göre... Psikolojik tahlil yapma şeyim geliştirdiği gibi aslında bu süreçte. O farkları çok gördüm, cidden insan kendisini nasıl görüyorsa çevresinin de öyle gördüğünü sanıyor. Aslında öyle bir şey yok yani.

G: Neden öyle düşündüğünün nedenini bulmuş oldun yani.

Gökçe: Aynen

G: Demek ki ben kendimi kötü hissediyordum ki kendimi kötü görüyordum, o zaman da başkaları öyle görüyor gibi görüyordum, bunu farkettiler. Bu da senin bu düşüncenin değişmesine yol açıyor. Çok güzel bir örnek verdin.

Gökçe: Aynen. Örneğin bir arkadaşım ile konuşuyorum, ya da biriyle tanıştım, ilk başta onun kilosuna şeyine bakmıyorum, benimle nasıl konuştuğuna bakıyorum, nasıl bir insan olduğuna bakıyorum, iyi bir insan mı, bana nasıl davrandı, bunlara bakıyorum. Ya da hani direk bir insanı eleştirmek gelmiyor aklıma... Dedim ki o zaman niye insanlar da bunu bana yapsınlar ki, ben yapıyordum üzgünken, ya da işte bu düşünceler kafamdayken, ama bazen hiç yapmıyorum, demek ki insanlar da bana yapmıyor, bu benim kafamdan uydurduğum bir şey gibi.

G: Hıhı evet, güzel. Kendini de farkettiler başkalarını da daha çok farketmişsin.

Gökçe: Eskiden hep kendimden yola çıkarak şey yaptım, ben şu an ne düşünüyorum, acaba insanlar şu an ne düşünüyor olabilir, o tarz şeyler yani.

G: Peki, terapide bunların, senin davranışlarının ya da düşüncelerinin altında yatan şeyleri bulmak sana çok iyi geldi. Başka terapide yararlandığın yönler, yaptığınız uygulamalar, bu düşüncelerini değiştiren şeyler var mı?

Gökçe: Yani hep Ece ablayla konuştuğumuz şey oydu, Sağlıklı Yetişkin oluşturduk kendimize. Cidden hani biraz önce dediğim gibi farklı düşünen bir şey var içimde, farklı hissetmemi isteyen gibi diyim. Ama hani bir sağlıklı yetişkin modeli oluşturduk diyim, onla bakınca doğru olan şeyi bulmama yardım ediyor. Bu aile içindeki düşüncelerim olsun, bir ortama girdiğimde ne yaptığım olsun, O an kendim gibi düşünemiyorsam, daha hasta tarafta düşünüyorsam, o sağlıklı ses ne yapardı, nasıl bir davranışta bulunurdu. Ona göre düşünüp ona göre davranma şeyine gittik, O da baya güzel bir şey yani.

G: Sen ondan da yararlanıyorsun yani hayatında ya da düşüncelerinde, onu hatırlıyorsun, o ses olsaydı ne yapardı diyip onu yapmaya çalışıyorsun, o da sana yardımcı olan bir yöntem.

Gökçe: Hıhı aynen.

G: Başka var mı böyle hatırladığın, iyi geldiğini düşündüğün?

Gökçe: Cidden biraz insanları umursamamayı öğrenmeniz gerekiyor. Dedim gibi kendime hiç önem vermediğim için, belki de hiç şey yapmadım.... Yaptığım şeylerin farkında bile değildim gibi... Bir de bu şey beni tanımlayan bir şey gibiydi, ona ihtiyacınız olmadığını fark etmeniz gerekiyor, ben hastalık olmadan da bir bireyim aslında, onu hissetmeniz gerekiyor aslında...

Pınar, süreç içinde mod kartlarından faydalandığını belirtmektedir.



- G: Bu değişikliklere neden olan şeyler ne?  
Pınar: Terapi sayesinde olabilir. Kendim istemesem olmazdı. Terapi de bunu tetikledi.  
G: Sen de değiştirmek istiyordun. Neler senin için yararlı oluyor?  
Pınar: Nasıl yani?  
G: Mesela terapide yaptığınız, üzerinde durduğunuz konular?Onları işleyiş yönteminiz, etkinlikler, terapide ne sana daha faydalı oluyor?  
Pınar: Bana, kartlar vardı onlar.  
G: O kartlar Nasıl oluyor?  
Pınar: Onlarla örneklendirince falan...  
G: Daha mı akılda kalıcı oluyor?  
Pınar:Evet  
G: O seans bittiğinde de bunun bir anlamı oluyor mu senin için?  
Pınar: Oluyor.  
G: Nasıl?  
Pınar: Ama çok uzun sürmüyor. Çok etkileyici olmuyor.  
G: Daha etkileyici olan neler var?  
Pınar: Bilmem. Bir şey yok.  
G: Ya da konuştuğunuz örnekler,durumlar, senin için daha yararlı diye düşündüğün şeyler var mı?  
Pınar: Normal konuşma işte.  
G: Kısa süreli etki derken, neyi düşünmüştün?  
Pınar: Hemen unutulabiliyorum onları da.  
G: Mesela evde dışarda, aklına geliyor mu?  
H: I-ıh.  
G: Kısa süreli de olsa etkili olan ne oluyor?  
Pınar: (Sessiz)  
G: Peki olumsuz?  
Pınar: Yok.  
G: sana zor geldiği halde faydalı dediğin?  
Pınar: Yok.  
G: Genel olarak ne söylemek istersin?  
Pınar: O yararlandığım şeyleri söyledim. Kartları söylemek isterim.  
G: Nesinden hoşlanıyorsun anlatabilir misin?  
Pınar: Görseller işte, kendimi onun yerine koyuyorum mesela.  
G: Kendimi ifade etmekte zorlanıyorum demiştin, o açıdan faydalı oluyor olabilir mi?  
Pınar: Evet.  
G: En çok kartlardan yararlanıyorsun peki. Önerilebileceğin başka bir şey var mı?  
Pınar: Yok biz her şeyi konuşuyoruz.  
G: Peki teşekkür ederim.

Gökçe, terapötik ittifakın görev bileşenine atıfta bulunmakta, kendisine düşen sorumluluğun farkında olduğunu ve bunun kendisine iyi geldiğini anlatmaktadır.

- G: Terapi ile mi ilişkili mi buluyorsun bu değişimi? Terapi olmasaydı da terapi dışındaki yönlerini...  
Gökçe: Bir kere hani psikolojik olarak kendinizi hazırlamanız gerekiyor. Psikolojik olarak kendimi hazırlayabileceğimi düşünmüyorum. En fazla... Yani iş bir şekilde buraya gelmediği sürece tamam ben bugün değişıyorum

diyemiyorsunuz. Buraya geldiğiniz zaman bunun farkına varıyorsunuz. Ben sonuçta hastaneye geliyorum, tedavi alıyorum, bir şeylerin değişmesi gerek, kendinize verdiğiniz önem daha artıyor, kendinizi daha çok dinliyorsunuz, bir emek veriyorsunuz sonuçta, benim de kaç olmuş, 20 görüşme, 20 hafta gibi bir şey bu, her şey boşa mı gidecek diye düşünüyorsunuz.

G: Önemsiyorsun ve üzerinde düşünüyorsun gibi.

Gökçe: Aynen.

(...)

G: Başka önereceğin şeyler var mı? Benim için daha faydalı olur dediğin, atlandığını düşündüğün, daha çok olmasını istediğin...

Gökçe: Hımm...En başta ben de bilmiyordum nasıl gideceğini, ne olacağını, bir süre birlikte olunca anlıyorsunuz, ne yapmaya çalıştığını, nasıl bir yol izliyoruz, nasıl gidecek gibi... O yüzden, onu farketmeye başladığımdan beri cidden öyle değiştirmek isteyeceğim bir şey olmadı. Ben geldim, hep anlatım, hep iyi ayrıldım burdan, acaba ekstra ne olacaktı, bunu da konuşsaydık dediğim bir şey olmadı. Ben ne hissediyorsam hep konuştuk.

G: Güzel, ayrıca önereğin bir şey yok gibi.

Gökçe: Aynen, Ece ablanın koltuğuna oturan kişiye önereceğim bir şey yok. Sadece gelen insanlara, hasta olanlara diyebileceğim şey, sadece düşündüklerini saklamadan söylemeleri. Kendinizi anlatmanız gerek ki, ona göre bir yol izlensin.

G: Onun çok yararlı olduğunu sen görmüşsün.

Gökçe: Hıhı. Ben buraya gelirken konuşacaklarımı hep düşündüm, direk hakkında rahatsızsam onu söyledim ona göre bir çözüm yolu bulmaya çalıştık. Çünkü birini sürekli dinlemek size bir yarar sağlamaz, direk aklınızda ne varsa onu çözmek için bir yol bulmanız gerekiyor.

G: Sen zihnini dışarda da yormuşsun buraya dair, o da sana faydalı olmuş değil mi?

Gökçe: Evet.

Sudenaz, kendisi için iyi gelen tek unsurun terapötik ilişki olduğunu söylemektedir.

G: Hayır. Terapinin şu yönü bana çok yardımcı ya da ben terapi de şundan çok fayda görüyorum. Dediğin neler var. Terapi süreciyle ilgili.

Sudenaz: Ece hoca benimle çok ilgileniyor. Daha çok.

G: İlgileniyor.

Sudenaz: Evet. İlgileniyor. O da bana destek çıkıyor. Onun etkisi olabilir.

G: Hıhı.

(...)

G: Fakat terapinin içinde yani terapide yaptıklarınızla konuştuklarınızla terapideki uygulamalarla ilgili senin için yararlı olduğunu düşündüğün neler var?

Sudenaz: Neler olduğunu düşündüğüm işte bir tek ilk söylediğim.

G: Yakın bir ilişki kurması.

Sudenaz: Aynen.

G: Ece hanımın öyle mi?

Sudenaz: Evet.

G: Etkili olması.

Sudenaz: Başka da açıkçası yok.

Gökçe, hem terapiye hem de terapistle olan olumlu duygularını belirtmektedir.

G: İyisin. Güzel. Terapi süreci nasıl gidiyor?

Gökçe: Güzel. Buraya gelirken hiç böyle hani hastaneye gelirken şey olur ya, gelmiyim, artık bitsin falan... Hiç olmadı Ece ablaya gelirken. isteyerek bir şeyler konuşmak, içimden gelerek geliyorum buraya.

## 2. 20 Seans Yetmez: Beklentiler

Görüşmede, hastalar terapiden beklentileri sorgulandığında kendileriyle ilgili değiştirmek istedikleri hedefleri aktarmaktadır. Beklentilerin, psikoterapiye başlarkenki hedeflere göre Pınar ve Gökçe için derinleştiği, kilo alma kaygısından başka hedeflerin önem kazandığı görülmektedir. Sudenaz ve Gülce için ise kilo alma kaygısı ile beden memnuniyetsizliğinin halen öncelikli olduğu görünmektedir.

Pınar, yemek yeme ve kilo alma ile ilgili kaygılarını bir kenara bırakarak başka bir alanda yaşadığı zorluğa yönelik beklentilerini anlatmaktadır.

Pınar: Başka... Bir de duygularımı ifade edemiyorum. Mesela biriyle konuşurken, diyelim bir arkadaşımınla tartışıyorum, onda haklıyım ama haksızmışım gibi oluyor. Kendimi ifade edemiyorum. O yüzden yanlış anlaşılıyorum.

G: Ne hissettiğini mi çok iyi ifade edemiyorsun?

Pınar: Yok, ne hissettiğimi içimde kendim çok iyi biliyorum aslında ama onu dışarıya yansıtamıyorum.

G: O duyguyu ifade edemiyorsun, içsel olarak ne hissettiğinin sen farkındasın. Şimdi çok üzüldüm bu duruma ya da çok kırıldım diye fark ediyorsun, ama onu paylaşmak ya da dışarıya ifade etmek konusunda bir zorluk yaşıyorsun.

Pınar: Evet.

G: Bunun farklılaşmasını mı istiyorsun? Daha iyi mi ifade etmek istiyorsun?

Pınar: Aynen, evet daha iyi ifade edebilmek istiyorum.

G: Güzel, bunu da, kendinle ilgili bir zorluğu farketmişsin, bu da gelecekte üzerinizde çalışacağınız bir şey olabilir. Sözel olarak kendini çok iyi o sırada ifade edemiyorsun. Sözcüklere dökemiyorsun, duygundan çok söz edemiyorsun gibi.

Pınar: Evet.

Gökçe de kendi kararlarını alırken yaşadığı zorluklara ve onay arayıcılığına yönelik değişim beklentilerini anlatmaktadır.

Gökçe: Bir kere kararsızlığımı değiştirmek istedim, hala çok kararsızım. Çok çabuk yıkılıyorum hala, onun kesinlikle değişmesini istedim. Bir insanın bir şey demesi o günümü hala mahvetmeye yetiyor. İnsanları daha az takmayı istedim. Daha çok kendime dönmeyi istedim. Aslında biraz bencil olmayı istedim. Yani artık kendimden önce insanları önemsemeyi bırakmak istiyorum gibi. Çünkü gerçekten sadece insan odaklı yaşıyorum. Kendim değil de bir insan ne düşünüyor, benim hakkımda ne der, ben ona göre şekil almaya çalışıyorum. Ya da en basitinden kendi kararımı veremiyorum. Bir insan ben acıttım demese, ben açım demiyorum. Onun acıkması gerekiyor ki, biri yapıyor demek ki bu normalmiş ben de bunu yapabilirim. Böyle bir şey olsun istemiyorum. Kendim karar verdiğim zaman bunun için suçlu hissetmek istemiyorum. Tam olarak bu yani.

(...)

Gökçe: Yani, herkes hata yapıyor sonuçta. Benim yapacağım bir şey sadece beni ilgilendirir. Ben bir karar verdim, bir şey yaptım, bunu birçok insan onaylamadı mesela, ben onun yerine kötü hissetmek değil de, tamam bunu ben yaptım, bu da benim kararım diyebilmek istiyorum yani. En azından suçlu hissetmemek istiyorum yani.

G: Bu yönde değişiklikler var mı sence? Halen bu istediğin ama olmayan bir şey gibi algıladım.

Gökçe: Yani kendimle daha çok konuşmaya çalışıyorum. Biri bir şey yaptığında ben aynısını yapmak zorunda değilim. Sonuçta hani tek başıma kaldığım zaman o zaman bir boşluğa düşerim yani. En öncelikli olan şey benim düşüncelerim ve ne istediğim olmalı. Bu yönde kendimi telkin etmeye çalışıyorum gibi. Tabii bazen çıkmayacak gibi falan oluyorum bunalıyorum, sonra bakıyorum dönüp dolaşıp geldiğim yer kendimim. Biri bir şey yapıyor, O sonuçta gidecek ama, yanımda ömür boyu kalmayacak, ben kendimle kalacağım. İlk hatırlattığım şey bu oluyor yani kendime . Sonuçta dünyada sadece ben varım kendim olarak. O yüzden kendi kararlarımı alabilmeliyim. O yüzden bunun illa bir nedeni olması gerekmiyor, canım böyle istedi diyebilmeliyim. Tam başaramasam da konuşuyorum.

Öte yandan, Gökçe kendisiyle ilgili hep çaba harcadığını, başa çıkma yollarını denediğini, terapi görev ve hedeflerine sadık kaldığını neredeyse tüm alıntularda sıklıkla vurgularken; kendini suçlamakta, kendisi için koyduğu yüksek standartlara ulaşamamaktan dolayı hayal kırıklığına uğramaktadır.

G: Peki terapide seni olumsuz etkileyen, fayda sağlamayan, olumsuz etkileyen hayal kırıklığına uğratan uygulamalar var mıydı?

Gökçe: Açıkçası kendimi hayal kırıklığına uğrattığım tek şey kendimim bence. Çünkü hani şöyle düşünüyorum, ben çok çok çok inatçı bir insanım, cidden kafamdaki şeyi değiştirmek çok zor. Bu hastalık için değil, normal bir şey için de, hem kendime güvenliyim... Çok ikili bir insan gibiyim, o beni rahatsız ediyor, Aynı zamanda kendime güvensizim, ama kendimden başka kimseyi de dinlemiyorum. Şöyle bir şey oluyor, herkes diyor ki "Gökçe, iyileşmen gerek, bak hayatını rezil ediyorsun" falan filan. Bu konuşmaları çok duydum. Kendi kafamda bitirmediğim zaman asla bir iş benim için bitmiyor. Kendim karar vermediğim zaman olmayacak da yani. O yüzden biraz düşünmeye, kendine gel demeye çalıştım. Dediğim gibi eğer kendimi iyi

hissetmek istersem hissediyorum. Ama cidden bir şeye kapılmak istesem yine o yöne doğru kayıyorum. O yüzden tedavi sürecinde benim olumsuz diyeceğim bir şey olmadı. Yine kendi kendime yaptığım şeyler beni olumsuzluğa itti. Kendi kuruntularım... Yoksa hani olması gereken bir yol var, onu izliyorsunuz, geliyorsunuz gidiyorsunuz ama kendi şeyinizi aşmadığınız sürece kimsenin yapabileceği bir şey yok.

Sudenaz'ın terapiden beklentilerine bakıldığında sınav kaygısı ile kararsızlığını yenmek istediğini, buna ek olarak kendisini görme biçiminin değişmesini istediğini belirtmektedir.

Sudenaz: Heyecanımı yenmek isterdim öncelikle sınav konusunda. Çok kararsız olmamayı isterdim. Sonra kendimi açıkçası insanların kendini gördüğü gibi görmek isterdim.

(...)

Sudenaz: İşte insanlar karşıdan bakınca çok zayıfsın bence bir beş altı kilo daha alsan daha güzel olursun diyorlar. Ama ben aynen kendimi önceden çok zayıf olduğum zamanda normal görüyordum. Açıkçası şimdi onun iki üç katı kilolu görüyorum kendimi.

G: Başkalarının bu konudaki düşüncesiyle benim ki uyuşmuyor bunda bir uyuşma olsun isterdim. Diyorsun.

Sudenaz: Benim herhalde gözünde bir bozukluk falan var sen göremiyordun diyorlar. Bilmiyorum.

G: Hangisinin değişmesini istiyorsun? Başkalarının mı bakışı değişseydi benim gibi mi olsaydı?

Sudenaz: Yok benim bakışım.

G: Hı. Sende onlar gibi görebilsem diyorsun.

Sudenaz: Hıhı.

G: İstedığın şey bu.

Sudenaz: Evet.

Gülce ise yalnızca kilolu görünmeyle ilgili düşüncelerinin değişmesini istemektedir.

G: Peki sen kendinde bir özelliğini değiştirmek istesen neleri değiştirmek isterdin?

Gülce: Düşüncelerimi değiştirmek isterdim.

G: Hı. Hı. Düşüncelerini değiştirmek isterdin. Hangi düşüncelerini değiştirmek isterdin?

Gülce: Bu yemekle ilgili kilolu görmemle ilgili.

G: Hı. Hı. Kendini kilolu bulma düşüncesini değiştirmek isterdin. Öyle mi? En çok değiştirmeyi istediğin şey bu olurdu. Bununla da ilgili başka şeyler var mı? Değiştirmeyi istediğin düşüncen ?

Gülce: Yok.

### 3.3.4. 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Her Hasta için Doldurulan Değişim Görüşmesi İzlenceleri

Bu kısımda yer verilen tablolarda, her hasta için 20. Seans sonrası yapılan değişim görüşme sırasında hasta ve görüşmecinin bir arada doldurduğu Değişim Görüşmesi İzlencesi bulunmaktadır.

**Tablo 22.** Gülce için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Sağlıklı olmak için yemek yemeyi daha çok düşünmek	3	1	3
Ailesi ile tartışmaların azalması	3	1	4

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündür ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 22’de aktarılan 20 seanslık süreçte yaşadığı değişimler, Gülce tarafından tamamen terapi ile ilişki bulunmaktadır (b). Değişim görüşmesi içeriği incelendiğinde, artık sağlıklı olmak için yemek yemeyi daha çok düşündüğünü, aile üyeleri ile ilişkilerinin de daha iyi olduğunu belirtmiştir. Ailesiyle ilişkisinin iyiye gitmesinin kendisi için önemli olduğunu, yemek yemeyi düşünmesi ile ilgili mesafeli hissettiğini anlatmıştır (c). Bu değişimlerin kendisi için ne beklendik ne de şaşırtıcı olduğunu söylemiştir (a).

**Tablo 23.** Sudenaz için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Kendisi daha kilolu bulması	1	5	4
Yemekler konusunda önyargısının azalması/daha rahat yemek yiyebilmesi	3	3	4

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündü ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 23'de aktarılan 20 seanslık süreçte yaşadığı değişimler, Sudenaz tarafından terapiyle ilişkilendirilmemektedir (b). Değişim görüşmesi içeriği incelendiğinde, kendisini daha kilolu bulmasını daha rahat yemek yiyebilmesine bağlamıştır. Tüm bu değişimlerin yaşamını çok etkilemesi nedeniyle kendisi için önemli olduğunu belirtmiştir (c). Kendisini daha kilolu bulmasının psikoterapi sürecinde beklediği bir şey olduğunu aktarmış, yemekler konusunda önyargısının azalmasının nasıl olduğunu ise tam olarak açıklayamamıştır (a).

**Tablo 24.** Pınar için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlenesi

Değişim	Değişimin beklendik veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Daha az sinirlenme	2	1	4
Daha az ağlama	1	3	4
Kendi düşüncelerini savunabilmek	1	4	5

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündü ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Tablo 24’de aktarılan 20 seanslık süreçte yaşadığı değişimlere bakıldığında, Pınar daha az sinirlenmesini tamamen terapiyle ilişkilendirmiştir (b). Yaşadığı tüm değişimlerin yaşamını çok etkilemesi nedeniyle kendisi için önemli olduğunu belirtmiştir (c). Tüm değişimlerin kendisi için beklendiğini söylemiştir (a).

**Tablo 25.** Gökçe için 20. Görüşme Sonrasında Alınan Değişim Görüşmesi İzlencesi

Değişim	Değişimin beklendiği veya şaşırtıcı olması <sup>a</sup>	Terapi olmasaydı değişimin gerçekleşme olasılığı <sup>b</sup>	Değişimin Önemi <sup>c</sup>
Daha mutlu hissetmesi	5	1	5
Önceliklerinin değişmesi	5	1	5
Zihinsel olarak başka şeylere daha fazla odaklanabilmesi	5	2	4
Kendisini hastalıkla ifade etmesinin azalması	5	1	5

a) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1 = beklendikti 3 = ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı, 5 = şaşırtıcıydı

b) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= mümkün değil, 3 = ne mümkündü ne de mümkün değildi, 5 = çok olası

c) Ölçekteki 1-5 arası puanlama: 1= hiç önemli değildi, 2=az seviyede önemliydi 3 = orta seviyede önemliydi, 4= çok önemliydi 5 = oldukça/hayati seviyede önemliydi

Gökçe, Tablo 25’te aktarılan tüm değişiklikleri şaşırtıcı ve önemli bulmuş, bu değişimlerin gerçekleşmesini doğrudan terapi ile ilişkilendirmiştir. Değişim Görüşmesi İzlencesinden elde edilen bilgiler, tartışma bölümünde değerlendirilmiştir.



## 4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu bölümde, ilk olarak çalışmanın nicel verileri özetlenmiş ve değerlendirilmiştir. İkinci kısımda her iki değişim görüşmesinden elde edilen temalar ele alınmış, hastalar ve psikoterapi süreçlerinde gözlenen benzerlikler ile farklılıklar incelenmiştir. Çalışmanın bulguları ilgili alanyazın ışığında tartışılmış; son olarak sınırlılıklar, güçlü yanlar, klinik doğurgular ile gelecek çalışmalar için öneriler sunulmuştur.

### 4.1. HASTALARDAN ELDE EDİLEN NİCEL VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu kısımda, ilk olarak hastaların psikolojik belirtileri ile terapötik ittifakı ve psikoterapi seanslarını değerlendirmeye yönelik nicel bulgular özetlenmiş ve bir arada ele alınarak değerlendirilmiştir.

#### 4.1.1. Psikolojik Belirtileri Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulguların Değerlendirilmesi

Psikoterapi süreçlerinin başında, ortasında ve yirminci seansın sonunda hastalardan Kısa Semptom Envanteri (KSE), Yeme Tutum Testi (YTT) ve Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile psikolojik belirtilerindeki değişimi izlemek amacıyla ölçüm alınmıştır. Bunun için bu ölçeklerden elde edilen nicel veriler, Jacobson ve Truax'ın (1991) önermiş olduğu yöntemler ile klinik kesim noktası hesaplanarak ve güvenilir değişim indeksi ile değerlendirilerek raporlandırılmıştır.

Gülce'nin KSE ve YTT ön test puanlarına göre 10. ve 20. seans sonrası yapılan ölçümlerde anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olduğu görülmüş, benzer durum YŞÖ alt boyutlarında da gözlenmiştir. Bununla birlikte, YŞÖ'de anlamlı ve olumlu yönde değişimin olduğu iki şema olduğu göze çarpmıştır. Bunlar, hastanın

psikolojik sıkıntılarında belirgin rolü olduğu düşünölen cezalandırılma ve yüksek standartlar şemalarıdır. Psikoterapi sürecinde, hastanın AN ile ilgili yaşadığı en büyük zorluğun bu iki şema ile oluşan cezalandırıcı ebeveyn modunun olduğu üzerinde durulmuştur. Hastanın kendisine koyduğu katı kurallar ve bunlara uymadığında bu modun işlevsel olmayan bakış açısı hastalığın seyrini kötüleştirmektedir. Bu anlamda, bu iki şemadaki olumlu yöndeki değişim, AN'nin mükemmeliyetçiliği ve cezalandırıcı bakış açısıyla birlikte gelişen kompülsif eğilimleri barındıran zorlu doğasına yönelik önemli bir müdahale olarak görülebilir (Fairburn ve ark., 2003; Lawson ve ark., 2007; G. Waller ve ark., 2007; Glenn Waller, 1997).

Buna yakın bir durum, Sudenaz için de gözlenmiştir. KSE ve YTT ön test puanlarına göre 10. ve 20. seans sonrası yapılan ölçümlerde puanlarda artış ya da azalış olmadığı ve her iki ölçekten elde edilen puanların klinik olarak anlamlı kalmaya devam ettiği görölmüş, benzer biçimde YŞÖ alt boyutlarının da hemen hepsinde gözlenmiştir. Bununla birlikte, YŞÖ'de anlamlı ve olumlu yönde değişimin olduğu tek şemanın "onay arayıcılık" şeması olduğu dikkat çekmiştir. Anımsanacağı gibi, vaka formölasyonunda hastanın günlük yaşamını en çok etkileyen şemalardan biri olarak ele alınan bu şema, hastanın AN hastalığı ve sosyal kaygısı ile yakından ilişkili bulunmuş, psikoterapi süreci boyunca üzerinde çalışılmıştır. Diğer belirtilerinde henüz bir değişim gözlenmemekle birlikte, bu şemada gözlenen bu değişim hastanın içinde bulunduğu bağlam açısından anlamlı bulunmaktadır. Boone ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, başkaları yönelimlilik şema alanının yeme bozukluğu hastalarında hem kişisel standartlar için hem de diğerlerinin standartlarını karşılamak için yoğun çaba gerektirdiği; talep edilen her türlü standardı yerine getirmeye çalışırken hastaların işlevselliklerini bozacak kadar klinik mükemmeliyetçilik ve düşük özsaygı geliştirdikleri görölmüştür. Sudenaz için de bu durumun benzer olduğu düşünölmüş, bu nedenle onay arayıcılık şemasındaki olumlu yöndeki değişim bu hastada AN prognozu açısından olumlu bir aşama olarak değerlendirilmiştir.

Pınar'ın KSE ön test puanlarına göre 10. ve 20. seans sonrası yapılan ölçümlerde anlamlı bir değişim görölmemiş, puanlar klinik olarak anlamlı kalmaya devam

etmiştir. YTT puanları incelendiğinde, 20. seans sonrası yapılan ölçümde alınan puanın ön test puanına göre düştüğü görülmüştür. Pınar'ın YŞÖ'den aldığı puanlara bakıldığında ise, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, cezalandırma ve yüksek standartlar alt boyutları için Pınar'ın tüm ölçümlerde almış olduğu puanlar klinik düzeyde bulunmuştur. Bununla birlikte, YTT puanında anlamlı ve olumlu yönde bir değişim izlenirken onay arayıcılık ve kusurluluk şemalarında anlamlı ve olumsuz yönde bir değişim olması dikkat çekicidir. Özellikle bu iki şemada gözlenen olumsuz yöndeki değişim, AN'nin zayıflığa ulaşma yolu ile öz saygı ve sosyal onay kazanma işlevi gördüğü ve kişilerarası ilişkilerdeki başa çıkma yeteneklerine ilişkin kaygıları telafi ettiği görüşü ile uyumlu görünmektedir (Bruch, 1979; Levenkron, 1983). Hasta fiziksel gereksinimlerini karşıladığında istediği kadar zayıf kalmaktan ve dolayısıyla bu zayıflığın kendisine sağladığı kazançlardan da vazgeçmiş olmaktadır. Telafi mekanizmaları durduğunda ise hastanın onaylanmamış ve kusurlu hisleri geri gelmektedir. Diyet kısıtlaması ve açlığın duygu deneyimlemeyi en az düzeye indirdiği ve hastalarda dolaylı olarak olumlu bir etki oluşturduğu bilgisiyyle tutarlı olarak, Pınar diyetini durdurduğunda daha kötü hissetmeye başlamıştır(Luck, Waller, Meyer, Ussher ve Lacey, 2005). AN'nin kalıcı ve etkili tedavisi için bu dinamiğin ele alınması ve gerekli müdahalelerin yapılması önemli bulunmaktadır. Şema Terapide uyum bozucu başa çıkma modları ile ele alınarak yerine sağlıklı başa çıkma yöntemlerinin gelişmesi, bu telafi mekanizmalarını bertaraf etmeye yönelik müdahalelerdir.

Gökçe'nin KSE ve YTT ön test puanlarına göre 10. ve 20. Seans sonrası yapılan ölçümlerde puanlarının halen klinik düzeyde olduğu, bununla birlikte son ölçümde anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olduğu görülmüştür. Benzer durum YŞÖ alt boyutlarında da gözlenmiş ve neredeyse tüm şemalarda anlamlı ve olumlu yönde bir değişim olmuştur. En dikkat çekici bulgular, onay arayıcılık ve ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemaları klinik düzeyde kalmaya devam ederken; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, yüksek standartlar şemalarının klinik düzeyde olmamasıdır. Bu tablonun hastanın psikoterapideki genel durumuyla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Terapiye kendi isteğiyle gelen ve içgörüsü görece

daha yüksek olan, AN'yi bir kimlik olarak gördüğünü ifade eden tek hastadır. Yakın zamanda Verschueren ve arkadaşlarının (2018) yeme bozukluğu belirtileri ile kimlik oluşumu arasında etkileşimi inceledikleri araştırmada, kimlik kargaşasının bedeninden memnuniyetsizlik ve yeme bozukluğu belirtileri için yatkınlığı arttırdığı yeniden gözlenmiştir (Bruch, 1981; Casper, 1983; Schupak-Neuberg ve Nemeroff, 1993). Bu bilgilere paralel olarak hasta ile yürütülen psikoterapi sürecinde bu konu sıklıkla ele alınmış, hastanın AN hastalığı dışında kendisini nasıl tanımlayabileceği üzerinde sıklıkla durulmuş, AN işlevsel olmayan modlar ile kavramsallaştırılırken sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmeye yönelik müdahalelerde bulunulmuştur. Gökçe'nin kimliğini basite indirgenmiş AN kimliğinden uzaklaştırarak çok daha karmaşık ve otantik bir benlik algısı geliştirmeye yöneldiği; mod ayrıştırmasının sağlıklı bütünlüğü olan bir kimlik kazanımında etkili olabileceğini bildiren çalışmalarla tutarlı bir iyileşme gösterdiği değerlendirilmiştir (Cruzat-Mandich ve ark., 2017; Edwards, 2017).

Çalışmada psikoterapiyi yarıda bırakan tek hasta Fatma'nın ön test puanları ile 10. seans sonrası aldığı puanlar karşılaştırılabilmiştir. KSE ve YTT puanlarında anlamlı bir değişim olmayan hastanın KSE son ölçüm puanının klinik düzeyde olduğu görülmüştür. YŞÖ alt boyutlarında ise anlamlı ve olumsuz yönde değişim olduğu izlenen "Duyguları bastırma" ve "iç içe geçme/bağımlılık" şemaları olmuştur. Başarısızlık, karamsarlık, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim, kendini feda, cezalandırılma, yüksek standartlar şemaları klinik düzeyde gözlenmiştir., Hastanın özellikle "duyguları bastırma" şemasındaki olumsuz yöndeki değişimin Hastanın 10 seanslık Şema Terapi sürecine ilişkin zorlanmasını temsil ettiği düşünülebilir. AN hastalarının sıklıkla kontrol ve duyguları kontrol etme ve kısıtlama eğilimlerinin olduğunu gösteren araştırmalara paralel olarak, yakın zamanda ergen AN hastaları ile yapılan çalışmada duyguları bastırma ve sosyal izolasyon şemalarının yaygın olduğu gösterilmiştir (Damiano ve ark., 2015; Pryor ve Wiederman, 1996; Wonderlich ve ark., 2005). Fatma'nın kişilik özellikleri ve şema düzeyindeki zorlukları bu bulgular ile uyumlu olarak izlenmiştir. Hastanın duyguları ile temasa geçmede ve ifade etmedeki zorlanmaları vaka formülasyonunda belirtilmiştir.

Hastaların psikolojik belirtilerini değerlendirmeye yönelik elde edilen bu bulgular, AN'de yeme bozukluğuna yönelik değişim için zaman alan yoğun psikoterapiler gerektirdiği bilgisiyle uyumlu görünmektedir (Leung ve ark., 2000). Bununla birlikte, Munro ve arkadaşlarının (2017) önerilerine paralel olarak AN'yi besleyen veya zemin hazırlayan şema alanlarına odaklanmak ve hastalar ile karşılanmamış fiziksel ve psikolojik gereksinimleri çerçevesinde bir tedavi planı oluşturmanın etkili olduğu ve çekirdek şemalar düzeyinde değişimi başlattığı söylenebilir.

#### **4.1.2. Terapötik İttifakı ve Psikoterapi Seanslarını Değerlendirmeye Yönelik Nicel Bulguların Değerlendirilmesi**

Yürütölen psikoterapi süreçlerinde her seanstan sonra hastaların TİÖ ve SDÖ, her seanstan önce ve sonra DDÖ puanlamaları istenmiştir. Terapist de her seanstan sonra TİÖ puanlamıştır.

##### **4.1.2.1. Terapötik İttifaktaki Değerişimlerin İncelenmesi**

Hasta ve terapist için terapötik ittifakta izlenen değerişim, TİÖ'den edinilen üç ayrı puanla incelenmiştir.

Bunlardan ilki amaç bileşenidir. Bilindiği gibi amaç bileşeni, sorunlar ve hedeflere yönelik terapist ve hastanın ortak bir görüşte olması ve bu doğrultuda ilerlemesini içerir (Bordin, 1979). Amaç alt boyutundan elde edilen puanların tüm hastalarda düşük seyretmesi dikkat çekicidir. Benzer durum, terapist için de geçerlidir; tüm süreçlerde terapistin amaç alt boyutu puanları en düşük bu bileşende gözlenmiştir. Bu durumun hasta ve terapistin aynı sayfada olamamasıyla ilgili olduğu düşünölmektedir. Bir yönüyle bu şaşkırtıcı bulunmamaktadır; nitekim tüm odağı kilo vermek ve en azından görünürde tüm uğraşısı bedeninde olan hasta ile sorunları daha farklı bir bakış açısı ile değerlendirmeye çalışın ve bu işlevsel olmayan odaktan hastayı çıkarmaya çalışın terapistin amaçlar konusunda yeterince uzlaşmaması bir yönüyle beklenebilir ve klinik olarak da gözlenen bir durumdur.

Tüm hastalarda ve terapistte gözlenen benzer bir tablo, terapötik ittifakın ikinci bileşeni görev bileşeni için de geçerlidir. Görev bileşeni, amaç bileşenine göre daha yüksek puanlarda gözlenmiş, yine de dalgalı bir seyir göstermiştir. Terapiye özgü yöntemleri ve etkinlikleri içeren görev bileşeni, hastanın değişim için yapılan etkinlikleri anlamlı bulması, neden bunların yapılması gerektiği ve üzerinde düşenleri ne kadar anladığı ile ilgilidir. Bu noktada, hastaların orta düzeyde seyreden görev bileşeni puanları, hastalar için soyut kalması veya sürecin başından itibaren sınırlar, anlaşma ve terapi mantığının yeterince açık olmaması ile ilgili olabilir (Richards, 2011). Psikoterapi süreci boyunca bu konular açıklığa kavuşturulmaya çalışılsa da, farklı müdahalelere de ihtiyaç olduğu değerlendirilebilir. Bununla birlikte, hastaların değişime olan direncinin terapötik ilişkinin görev bileşenine de yansımış olması mümkündür. AN'nin katı ve değişime dirençli seyreden klinik tablosu düşünüldüğünde, görev bileşenindeki "Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık." gibi maddelerin hastalardan yüksek puan alması için biraz daha zamana ihtiyaç olduğu anlamına gelebilir.

Terapötik ittifakın üçüncü bileşeni olan bağ bileşeni, hastalarda ve terapistte tüm süreçlerde bu bileşen için en yüksek seyretmiştir. Buna uymayan tek hasta vardır ve bu hastanın psikoterapiyi yarıda bırakan hasta olması dikkat çekmiştir. Karşılıklı güven, kabul, sıcaklık gibi ilişkinin duygusal yönüne vurgu yapan bağ bileşeni için diğer dört hasta en yüksek puanları vermiştir. Amaç ve görev bileşenlerindeki dalgalı ve görece düşük seyreden tabloya rağmen, bağ bileşeninin yüksek puanlarda olmasının bu hastaların psikoterapide kalmasında etkin rolü olduğu değerlendirilmektedir. Nitekim, diğer alt bileşenlerde olduğu gibi bağ bileşenine de en düşük puanları veren hasta psikoterapiyi yarıda bırakmıştır. Burada, psikoterapiyi yarıda bırakan hastanın diğer hastalardan farklı olarak ittifakta kırılmayı yüzleşme/meydan okuma tarzı ile yansıttığı görülmüş; uzlaşmaya yanaşmayarak sürecin "bir müzakere süreci" olarak ele alınmasını ve bu kırılmaların onarılması zorlaşmıştır (Gülüm, Soygüt ve Safran, 2016; Safran, 2003; Safran ve Muran, 1996, 2000).

#### 4.1.2.2. Seanslara Yönelik Nicel Bulguların İncelenmesi

SDÖ, hastaların seansları iki boyutta değerlendirmesine olanak tanımıştır. Bu boyutlar, derinlik ve yumuşaklıktır.

Hastalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde, Gülce için yumuşaklık ve derinliğin aynı çizgide ilerlediği, son iki seansta düştüğü gözlenmiştir. Bu durumun hastanın belirtilerindeki artış nedeniyle duygusal temasa geçmekte ve seansın içinde konuşulan konuları, müdahaleleri duymakta zorlanması ile ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Kaçınan korungan mod, belirtilerin şiddeti arttığında bu hastada daha çok hissedilmiştir. Bu bağlamda, işlevsel olmayan başa çıkma modlarına yönelik müdahalelerin önemini bir kez daha çizmekte fayda görülmektedir (Arnzt ve Jacob, 2016).

Sudenaz ve Pınar için yumuşaklık alt boyutunun derinlik alt boyutuna göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Değişim görüşmelerinden hatırlanacağı gibi, Sudenaz'ın terapötik ilişkiye en çok atıfta bulunan hasta olduğu söylenebilir.

Gökçe için ise derinlik alt boyutunun yumuşaklık alt boyutundan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Psikolojik belirtilere yönelik yapılan nicel analizlerde, belirti düzeyindeki en iyi iyileşmeyi de Gökçe'nin gösterdiği hatırlanacaktır. Buna göre, hastanın seanslara yönelik derinlik algısının yüksek olmasının alanyazında seanslara yönelik derinlik algısının psikoterapi sonucunu olumlu yönde etkilediği bulgusu ile uyumlu görünmektedir (Uluç ve ark., baskıda; Tryon, 1990). Bununla birlikte, derinlik ile yumuşaklık alt boyutları ile arasında fark açılmamıştır; hastanın seansları yumuşak bulunduğu da söylenebilir.

Fatma için seanslara yönelik derinlik algısı arttıkça yumuşaklık algısının azaldığı görülmüştür. Sınırlı yeniden ebeveynlik ve empatik yüzleştirme ile yapılan müdahaleler olmasına rağmen zor meselelerin ele alınmasının ardından hastanın yumuşaklık algısının azalması düşündürücüdür. TİÖ puanları terapist için bu hastada en yüksek düzeyde ilerlemiştir, dolayısıyla terapistin hastayı duygusal olarak desteklemekte ve gözetmekte zorlanmayacağı düşünülebilir. Bu hastanın

duygusal teması arttıran meseleleri konuşmakta zorlandığı ve bu zorlukla kaçınarak başa çıktığı bilinmektedir. En dirençli hasta olarak değerlendirilen ve inatçı çocuk modu sıklıkla ön plana çıkan Fatma'nın terapistin onu istemediği, zorlandığı konulara çekmiş olması ve başa çıkma modlarını durdurmuş olması nedeniyle bağ puanının da düşük seyrettiği düşünülebilir.

#### 4.1.2.3. Duygudurum Puanlarındaki Değişimin İncelenmesi

Genel olarak duygudurum puanları incelendiğinde; tüm hastalarda seans sonrası depresyon ve kaygı düzeyi puanları seans öncesine göre düşüş göstermiş, iyimserlik puanları ise seans sonrasında artış göstermiştir. Bu genel tablonun dışında farklı seyreden seanslara ilişkin bilgiler aşağıdaki başlıkta ele alınmıştır.

#### 4.1.2.4. TİÖ, SDÖ, DDÖ Puanlarındaki Değişimler Açısından Öne Çıkan Seans İçeriklerinin İncelenmesi

TİÖ, SDÖ ve DDÖ puanları açısından öne çıkan seans içerikleri görsel kayıtlar ve terapist notları aracılığı ile incelenmiştir. Seans içerikleri bağlamında puanlardaki değişimler değerlendirilmiştir.

Hastalarda gözlenen ortak bir durum, yaşantısal tekniklerin kullanıldığı seanslarda puanların farklı seyretmeye başlamasıdır. Sudenaz'ın yedinci seans ön ölçüm kaygı puanının son ölçüm puanına göre çok yüksek olduğu, seans sonrasında hastanın kaygı ve depresyon puanlarında düşüş olduğu görülmüştür. Bu seansta boş sandalye çalışması yapılmış; cezalandırıcı ebeveyn modu, Küçük Sudenaz ve sağlıklı yetişkin modları arasında diyalog sürdürülmüştür. Seansın sonunda hasta ile birlikte sağlıklı yetişkin bakış açısı ile bu çalışma değerlendirilmiş ve hastaya iyi geldiği anlaşılmıştır. Depresyon düzeyi puanları arasındaki farkın belirgin olduğu ve seans sonrasında depresyon puanında düşüş olduğu görülen 17. Seansta da Sudenaz ile imgeleme çalışması yapılmıştır. Talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn modlarının durdurulmaya çalışıldığı, Küçük Sudenaz'a bakım verildiği ve sınırlı yeniden ebeveynlik yapıldığı imgelemenin ardından seans sonunda başa çıkma kartı hazırlanmıştır. Bu seansın hastaya daha iyi hissettirdiği görülmektedir. 7. ve 17. Seans içerikleri göz önünde



bulundurulduğunda, iyimserlik düzeyi puanlarının son ölçümde artmış olması anlaşılır görünmektedir.

Şema Terapide kırılğan çocuk modunun tedavisinde kullanılan temel duygu odaklı teknikler sandalye diyalogları ve imgeleme çalışmalarıdır (Young, 1990; Young ve ark., 2013). Özellikle imgeleme çalışmalarının sözel betimlemelere veya ifadelere göre çok daha fazla duygu tepkisi açığa çıkardığı bilinmektedir (Holmes, Mathews, Mackintosh ve Dalgleish, 2008). Bu çalışmaların odağı genellikle çocukluk deneyimleridir, hastanın kaygı, nefret, utanç ve suçluluk gibi acı verici duygularını değiştirmek ve yerini olumlu bağlanma, güvenlik, keyif, güç gibi duygular alacak biçimde değiştirmektir (Arnzt ve Jacob, 2016). Yapılandırılmış protokoller olmasına rağmen uygulama sırasında esnek ilerleyen bu çalışmalarda her hastanın deneyimi farklı olmaktadır (Hackmann ve ark., 2011). Sudenaz'ın imgeleme çalışmasının yapıldığı seansa ilişkin duygudurum değerlendirmesine bakıldığında seansın hastaya oldukça iyi hissettirdiği söylenebilir. Öyle ki, bu etkinin devam ettiğini düşündürecek biçimde değişim görüşmelerinde de terapistin kendisine olan yaklaşımını içselleştirmeye başladığına dair ipuçları vermiştir. Bu bulgular, bu hastada imgeleme ile yeniden senaryolaştırma uygulamasının amacına ulaştığını düşündürmektedir.

Fatma için ise daha farklı bir durum söz konusudur. Hastanın psikoterapiye geldiği son seansta imgeleme çalışması yapılmış, kırılğan çocuk modu ile temas kurulmuş ve cezalandırıcı ebeveyn moduna müdahale edilmiştir. Uygulama sırasında hastanın etkilendiği fark edilmiş ve açığa çıkan konular ele alınarak seans sonlandırılmıştır. Buna rağmen, hastanın seans sonunda depresyon ve kaygı düzeyi puanları artarken iyimserlik puanı düşmüştür. Nitekim, bu seans hastanın psikoterapiye geldiği son seans olmuştur.

Arnzt ve Jacob (2016), imgeleme çalışmalarının ardından hasta ile bu deneyimi mutlaka konuşmanın ve zorlandığı durumları ele almanın gerekliliğini vurgulamaktadır. Buna ek olarak duygusal temastan kaçınan hastalar için öncelikle başa çıkma modlarına yönelik müdahalelerde bulunmanın da bir seçenek olabileceği önermektedirler. Bu nedenle geriye dönük bir değerlendirme

yapıldığında, Fatma ile imgeleme çalışmasına geçilmeden önce inatçı çocuk moduna ve kaçınan korungan moduna yönelik müdahalelerde bulunmanın ve modların engelleyici rollerini ortadan kaldırmanın psikoterapi sonucu açısından daha olumlu olabileceği değerlendirilmektedir.

Fatma ile ilgili dikkat çekici başka bir bulgu, imgeleme çalışması yapılan seanstan bir önceki seanstan gelmiştir. Bu seans incelendiğinde, hasta ile gereksinimlerini fark etme, kendine bakım verme gibi konuların modlar ile formüle edildiği, sağlıklı yetişkin modun işlevsel olmayan modları durdurarak Küçük Fatma'yı nasıl koruyacağı ile ilgili konular ele alındığı görülmüştür. Bu seansta benzer konular bilişsel olarak çalışmış; seans sonunda Fatma'nın depresyon ve kaygı puanları düşerken iyimserlik puanı yükselmiştir. İki seans arasındaki bu fark çarpıcıdır. Bilişsel müdahaleler hastayı rahatsız hissettirmezken, seans içerikleri duygusal olarak yoğunlaştıkça hastanın zorlandığı görülmüştür. Bu durum yaşantısal tekniklerin etki gücünü bir kez daha göstermekte, bu uygulama için hastanın hazırlılığını gözetmenin ve açığa çıkan duygu ve düşüncelerin uygun biçimde ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Fatma'nın psikoterapi sürecinden gelen bu bulguların terapötik ilişkiye dair de önemli bilgi sunduğu düşünülmektedir. Öyle ki, hastanın inatçı çocuk modunun ele alındığı yedinci seans ile imgeleme çalışmasının yapıldığı son seansın terapötik ittifak puanlarında düşüş olmuştur. Terapötik ittifakta kırılmaların onarılmasının olumlu terapi süreci ile ilişkili olduğu ve onarılamamasının da terapiyi yarıda bırakmayla ilişkili olduğu bilinmektedir (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue ve Hayes, 1996; Gülüm ve Soygüt Pekak, 2018; Strauss ve ark., 2006). Fatma'nın psikoterapi sürecinde gözlenen düşük TİÖ puanları, onarılamayan ittifakta kırılmalar olarak hastanın psikoterapiyi yarıda bırakmasıyla ilişkili görülmektedir.

Alanyazında, terapist ve hastanın terapötik ittifakta kırılma yaşamalarına neden olabilecek birçok durum olduğu bilinmektedir. Hastanın seans içerisinde kendisini açmak istememesi ve terapistin hastaya karşı ısrarcı davranışlarda bulunması terapötik ittifakta kırılmaya zemin hazırlayan faktörler arasındadır (Gülüm ve ark.,

2016; Gülüm ve Soygüt Pekak, 2018; Richards, 2011). Fatma'nın terapiye gönüllü gelmemesi, duygusal konularda kaçınan ve terapisti geri püskürten inatçı bir tutumunun olması; terapistin bu durumu ele almaya çalışmasına ancak başarılı sonuç elde edemeyişine, dolayısıyla hastaya karşı onu ısrarcı bir pozisyonda kalmasına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Pınar'ın 10. seans içeriği incelendiğinde, şımarık çocuk modu üzerinde çalışıldığı görülmektedir. Bu modun gelişimsel kökenlerinin ve hastanın yaşamındaki etkilerinin ele alındığı seansta hastanın seansa yönelik derinlik algısı artarken, yumuşaklık algısında belirgin bir düşüş olması, hasta için bu modu ele almanın önemli ancak zor bir deneyim olabileceğini düşündürmektedir. Duygudurum Ölçeğinde bu seans için öne çıkan bir değişim gözlenmemiştir. Gökçe'nin de benzer biçimde dördüncü seansta, hastanın babasının mükemmeliyetçi, detaycı, oldukça eleştirel ve tahammülsüz biri olduğunu anlatmış, erken dönem çocukluk yaşantılarından anılar paylaşmıştır. Seansta, hastanın eleştirel ebeveyn modunu nasıl içselleştirdiği de ele alınmış ve yaşamındaki etkileri üzerinde durulmuştur. Pınar ve Gökçe için bu seanslar derin bulunmakla birlikte, yumuşaklık boyutu puanları diğer seanslara göre daha düşük görülmektedir. Psikoterapi seanslarını inceleyen bir başka çalışmada, hastanın sorunlu ilişkilerinin konuşulduğu açılımlayıcı seanslar daha derin ve sert algıladığını göstermiştir (Stiles, Shapiro ve Firth-Cozens, 1990). Derinlik boyutunun seansın daha çok görev yönünü yansıttığı ve derinlik boyutunun artmasının psikoterapi sonucunu olumlu yönde etkilediği bilgileri göz önünde bulundurulursa, hastaların işlevselliğini düşüren modların ele alındığı seansların daha derin seanslar olarak algılanması bu bilgilerle uyumlu görünmektedir (Uluç ve ark., baskıda; Tryon, 1990).

Terapötik ittifak, Seans Değerlendirme ve Duygudurum ölçeklerinden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde klinik uygulamaya yönelik önemli doğurgularının olduğu görülmektedir. Şema Terapi müdahaleleri hastaların gereksinimlerine uyumlu olarak düzenlendiğinde yeni duygusal örüntüler geliştirmeye olanak sağlayan bir uygulama olacağı düşünülmektedir. Hastaların seans içeriğine yönelik algıları ile bu seanslardaki duygu değişimlerinin izleminden o seansta yapılan müdahalenin hastada uyandırdığı etki takip edilebilmiş; terapötik

ittifaktaki yansıması görülebilmektedir. Bununla birlikte, aynı müdahalenin, imgeleme yolu ile yeniden senaryolaştırma çalışmasının, hastalarda farklı yoğunlukta ve türde etkilerinin olabileceği gözlenmiştir. Terapist hastanın temel gereksinimlerini ve kırılğan çocuk modunu gözetmeye çalışsa da yaşam boyu geliştirilmiş köklü ve uyumsuz başa çıkma modları aşılamadığında hastanın süreçte zorlanması ve psikoterapiyi yarıda bırakması gibi sonuçların doğabileceği izlenmiştir. Bu bağlamda, bu bulguların klinik uygulamalarda gözetilmesinin psikoterapi sonuçları açısından olumlu olacağı değerlendirilmektedir.

## **4.2. HASTALARDAN ELDE EDİLEN NİTEL VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **4.2.1. 10. ve 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temaların İncelenmesi**

Yapılan değişim görüşmelerinde ortaya çıkan temaların incelenmesinden önce, temalar Tablo 26'da yeniden anımsatılmıştır.

Tez katılımcısı hastaların değişim görüşmelerinde kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri cevaplardan ortaya çıkan bu temalar, hastaların psikoterapide nasıl bir süreç içinden geçtiklerini ortaya koymuştur. Bunun yanında, kendileri ve hastalıklarıyla kurmuş oldukları ilişkiye yönelik de önemli bulgular gözlenmiştir.

**Tablo 26.10.** ve 20. Seans Sonrası Yapılan Değişim Görüşmelerinde Ortaya Çıkan Temalar

<b>İLK DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ TEMALARI</b>	<b>İKİNCİ DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ TEMALARI</b>
<b>KONUŞMAK ZOR</b>	<b>DEĞİŞİME DAİR</b>
Çekingenim Her Yerde, Hatta Burada Başkaları Söylesin	Daha İyi Bir Ben Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor
<b>HASTALIĞA DAİR</b>	<b>GÜÇLENİRKEN</b>
Aklım Yemekte: Yemekle Kavga Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga Sosyalleşmek Sıkıntı Veriyor	Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler 20 Seans Yetmez: Beklentiler
<b>GELGİTLİ TERAPİ</b>	
Hem Yakın Hem Uzağım Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum? İçimdeki Sesler: Modlarla Temas Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik	-

AN'li hastaların kişilik özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalar, AN tanısı alan hastaların çoğunlukla çekingen, mükemmeliyetçi ve uyumlu olmaya eğilimli kişiler olduğunu; bilgi işleme süreçlerini etkileyen obsesif kompulsif kişilik özellikleri, kaygı ve kaçınmaya yol açan sosyal ve duygusal süreçleri işleme zorlukları, kişiler arası ilişkilerde yüksek düzeyde zorlanmalarının olduğunu göstermiştir (Cassin ve Von Ranson, 2005; Treasure ve Schmidt, 2013; Vitousek ve Manke, 1994). 10. seans sonrası yapılan değişim görüşmesinde ortaya çıkan temalar "Konuşmak Zor" ve "Hastalığa Dair" temalarında aktarılanlar, bu çalışmada yer alan hastaların da benzer alanlarda ne kadar zorlandığını görme fırsatı sunmuştur. 15-16 yaş grubundaki ergen hastaların kendi yaşamlarından verdikleri örnekler, teorik bilginin ötesine geçerek okuyucunun hastaların yaşadığı bu zorluklarla duygusal temas kurabilmesine olanak tanımıştır. Hemen hepsi görüşmelerde yaşadığı sosyal kaygıyı ifade etmiş; tutuk konuşma, ne kadar çekingen olduğunu vurgulama, duygularını ifade edemediğinden bahsetme, inatçı ve asi bir tavra bürünme veya aslında ne kadar iyi konuşabildiğini ama

kendisinden çok diğere insanların düşüncelerini önemseydiğini kendi üslubuyla aktarmıştır. Başka bir hasta grubuyla yapılması halinde belki çok daha fazla açıklanabilecek kapsamlı bir değişim görüşmesi çerçevesinin olmasına rağmen, bu hasta grubundan görece kısıtlı bilgi alınabilmiş ve onların ilk defa bir araya geldikleri görüşmecisi karşısında ne kadar zorlandıkları izlenmiştir. Bu durumu, hastaların kişilerarası ilişkilerdeki zorlanmalarının bir örneği olarak ele almak mümkün görünmektedir.

“Aklım Yemekte: Yemekle Kavga” ve “Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga” alt temalarında, hastaların düşüncelerine söz geçiremediklerinden yakındıkları, obsesif bir biçimde kilolarıyla ve bedenleriyle ilgilendikleri görülmüştür. AN'nin tipik bir belirtisi olarak ele alınabilecek bu temalarda hastalar işlevselliklerinin ne kadar bozulduğunu ve iyilik hallerinin ne denli düştüğünden örnekler sunmuştur. Fatma'nın “Başka hiçbir şeye odaklanamıyorsun, yemek yerken bile düşünüyorsun. Sonra kötü bir his hissediyorsun, keşke yemeseydim...” sözleri bu tipik belirtinin hasta tarafından nasıl deneyimlendiğini özetlemiştir. Gülce'nin kilo kaybına bağlı olarak yaşadığı kardiyolojik sorunlara rağmen halen zayıf olmak istediğini, sadece astsubay olmak istediği için sağlığı ile ilgili çıkan sorunlara takıldığını belirtmesi ise hastalığın ne kadar katı bir bakış açısı olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

Görüldüğü gibi, 10. seans sonrası yapılan ilk değişim görüşmesinin ilk iki teması “Konuşmak Zor” ve “Hastalığa Dair” temaları hastaların daha çok kendilerini ve hastalıklarını tanımladıkları temalar olmuştur. Bu görüşmelerin son teması olan “Gelgitli Terapi” ise hastaların psikoterapi sürecine dair deneyimlerini anlamamızı sağlamıştır.

AN'li hastaların psikoterapiyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir (Halimi ve ark., 2005). Bu zorluğun AN tanısı alan hastaların tedavi öncesinden gelen ve yinelenen kişilerarası ilişki sorunlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Grilo, 2002; Lilienfeld ve ark., 2006). Bu çalışmada da, hastalar ile sürdürülen psikoterapi süreçlerinde bu durum izlenmiştir. Bulgular bölümünde

aktarılanlardan hatırlanacağı ve temanın adından da anlaşılacağı gibi, hastaların psikoterapiye karşı duygu ve düşüncelerinin karışık olduğu görülmüştür.

“Hem Yakın Hem Uzağım” alt temasında hastalar terapi süreci ile ilgili iyi hissettiklerini, fayda görmeye başladıklarını belirtmelerine rağmen; bir yandan da zaman ayırmaktan, hastaneye devamlı gelmek zorunda olmaktan sıkıldıklarını, gerek duymadıklarını, iyi gelen şeylerin etkisinin uzun süre devam etmediğini düşündüklerini aktarmışlardır. Elbette hastaların psikoterapi ile ilgili memnun olmadıkları konuların olması kabul edilebilir bir durumdur; hatta belki de sıklıkla uyumlu olmaları gerektiğini hissettiren “söz dinleyen teslimci mod” a geçemediklerini gösteren olumlu bir bulgu olarak da düşünülebilir. Öte yandan şikâyet içeriklerine bakıldığında, hastaların neredeyse “kapı eşiğinde” durdukları, psikoterapiyi yarıda bırakmaya kayan bir duruşlarının olduğu söylenebilir. Burada aktrılan vakalardan Fatma'nın süreci yarım bırakması bu kapsamda değerlendirilebilir.

“Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum?” temasında hastaların neden bu hastalığı yaşadıklarını sorguladıkları ve bu hastalığın hiç başlamamış olmasını dilediklerini dile getirdikleri görülmüştür. Hastaların psikoterapi sürecini anlamlandırmaya çalışan hem terapiyi hem de kendilerini sorgulamaya başladıkları bir temanın çıkması önemli görünmektedir. Bu, hastaların hastalığı dışsallaştırmaya başlamaları açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Hatırlanacağı gibi, alanyazında yapılan çalışmalar, AN tedavisinin önemli bir bileşeninin benliğe uyumlu hastalığın dışsallaştırılması ve değersizleştirilmesi olduğunu vurgulamaktadır (Dawson ve ark., 2014). Bu bağlamda, hastaların dile getirdiği bu sorgulamaların tedavi süreci açısından anlamlı olduğu düşünülmektedir. Psikoterapide bu konunun ele alınışı “başka bir yönden bakmak” ve “geçmişte yaşadığımız olayların içimize işlemiş olması” gibi sözler, hastalığın çok boyutlu yapısının anlaşılmasına olanak tanımıştır. Terapide hastalığı konuşmanın “beynindeki düşünceleri yavaşlatması” ve “ben de kilo alsam ne olur ki...” gibi düşüncelerin gelişmesine yardımcı olduğunu, obsesif düşüncelerinden hastaları uzaklaştırdığını düşündürmektedir.

Psikoterapi sürecine dair gelen ve Şema Terapinin AN'de nasıl çalıştığını gösteren iki önemli tema oluşmuştur: “İçimdeki Sesler: Modlarla Temas” ve “Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik”. Bu iki tema, hastalığın işlevsel olmayan şema modlarıyla yeniden tanımlanmasına, bu ayrıştırma ile uyum bozucu şema ve modların yanında aslında sağlıklı modlarının da olduğunu fark edilmesine yardımcı olduğunu göstermektedir. Fatma'nın mod kartları ile yapılan bir uygulamadan verdiği örnek ile zihninde bu ayrımı nasıl yapmaya başladığı görülmüştür: “Beş kartımız var. Beynimde öten sesi değil de öbür sağlıklı yetişkin kartı üstüne koymuştuk mesela; ona baktıkça, gözümde canlandırdıkça daha iyi hissediyorum kendimi”. “Beynimde öten ses” olarak tanımladığı sesi sürekli konuşan, ders çalış diye emir veren, yemek yeme diyen iç sesi olduğunu tanımlayan hastanın bu ses dışında sağlıklı bir iç ses büyütmeğe başladığı söylenebilir. Bu temalar, mod ayrıştırmasının benlikte yeniden sağlıklı bir bütünlük kazanılmasını sağladığını belirten alanyazın bulgularını destekler nitelikte görünmektedir (Cruzat-Mandich ve ark., 2017; Edwards, 2017)

Şema Terapide en önemli tedavi bileşenlerinden biri olarak ele alınan terapötik ilişkinin hastaya özgü olarak geliştirilmesi ve hastanın karşılanmamış gereksinimlerinin gözetilmesi önerilmektedir. Böylece terapötik ilişkinin düzeltici duygusal deneyim olarak da işlev görmesi beklenmektedir. “Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik” temasında hastalar, terapistle kurdukları ilişkiyi “yakın ve sıcak” bir ilişki olarak tanımlamış, “sakin, tatlı dilli, yakınımda olması güzel, onu seviyorum, ondan çekinmiyorum” gibi terapistle yönelik olumlu atıflarda bulunmuşlardır. Hastaların “güvenli bağlanma, kabul ve bakım” alanında gereksinimlerinin aksadığı ve kişiler arası ilişkilerdeki zorlanmaları anımsanacak olursa, terapötik ilişkinin bağ bileşenin güçlü olması anlamlı görünmektedir. Hastalar sınırlı yeniden ebeveynlik çerçevesinde kurulan ilişkiye izin vermiş, terapist ile nitelikli bir ilişki kurmuşlardır. Bu yakın ve sıcak ilişkiyi içselleştirmeye ve “farklı bir iç ses” olarak deneyimlemeye başladıklarını aktarmışlardır. Hastaların eskisine göre ilişkilerinde daha empatik, olayların farklı yönlerini keşfetme konusunda daha istekli oldukları; kendilerini yatıştırmaya yönelik adımlar atabildikleri, kaygılandıklarında terapist ile olan paylaşımları anımsayarak sakinleşebildikleri öğrenilmiştir; bu değişimlerin gereksinimleri



sınırlı yeniden ebeveynlik ile karşılandıkça hastaların uyumlu başa çıkma yollarına yönelmeleri ile ilgili olduğu söylenebilir.

Terapötik ilişkiye değişim görüşmelerinde atıf yapmayan tek hastanın psikoterapiyi yarıda bırakan hasta olması ise, terapötik ilişkinin hastayı psikoterapide tutan önemli unsurlardan biri olduğunu bir kez daha doğrular niteliktedir (Gülüm ve Soygüt Pekak, 2018). Bunun yanında, Fatma'nın kendiliğinden ve oyun alanında gereksinimlerinin ihmal edildiği ve kendini feda şeması ile keyif alabileceği durumlardan uzak kaldığı anlaşıldıktan sonra, terapide bu durum ele alınmış ve Fatma'nın hoşlanacağı türde romanlar okuması, müzik dinlemesi, ücretsiz kursları araştırarak hobi edinebilmesi gibi konularda cesaretlendirilmiştir. Hasta, terapideki bu değişimleri aktarırken “Ben eskiden hiç sosyal faaliyet yapmazdım. Ortaya çıkmayan bir yönümü belirledik.” diye bu değişiklikleri tarif etmiştir. Değişim görüşmesinde bu değişimin hasta için ne anlama geldiği daha derinlemesine ele alınmamıştır. Ancak hastanın vaka formülasyonu ve şema mod modeli hatırlanacak olursa, terk edilme ve kendini feda şemaları baskın olan ve işlevsel olmayan ebeveyn modları ile mücadele eden hasta için -belki de ilk defa- sadece onun keyif almasını, iyilik halini öncelik haline getiren başka bir ses ile karşılaşmasının sıradan bir sosyal faaliyete başlama durumundan fazlası olduğu anlaşılabilir.

Yirminci seans sonrası yapılan değişim görüşmeleri temaları incelendiğinde, değişime yönelik daha çok bulgunun ortaya çıktığı görülmektedir. “Değişime Dair” temasının alt temaları olan “Daha İyi Bir Ben”, “Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum” ve “Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor” temalarında hastalar kendilerinde fark ettikleri değişimlerden daha çok bahsedebilmiştir.

“Daha İyi Bir Ben” temasında hastaların kendilerine yönelik yaptıkları atıfların daha olumlu olduğu görülmüştür. Daha önceki değişim görüşmesi ile karşılaştırıldığında hastaların kendileri hakkında daha olumlu şeyler söylemeleri, hastalıktan ayrılmaya başlayarak sağlıklı bir kimlik oluşturmaya başlamaları bakımından anlamlı görünmektedir. Nitekim, “Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor” temasında içgörülerinin artmış olabileceğini düşündüren paylaşımlar göze

çarpmıştır. Gökçe'nin hastalığının kimliğinin bir parçası olduğunu fark ettiğini ve bunun yerine sağlıklı yeni bir kimlik oluşturmaya başladığını anlatması, Pınar'ın bir önceki değişim görüşmesinde kendisini evin “küçük ve hasta” çocuğu gibi gördüğünden bahsederken bu görüşmede kişiler arası ilişkilerde empati becerisini arttığını anlatması, hastaların kendilerine ilişkin algılarında köklü değişikliklere gittiklerini düşündürmektedir.

“Davranışlarım Değişiyor” teması, hastaların özellikle yemek yeme ile ilgili tutumlarındaki değişimleri içermiştir. Burada, Munro ve arkadaşlarının (2017) AN için gözden geçirdikleri ve oluşturdukları gereksinimler listesinde yer alan fiziksel gereksinimlerin psikoterapi sürecinde karşılık bulabildiği söylenebilir. Bu bağlamda, psikolojik gereksinimler kadar fiziksel gereksinimlerin de gözetilmesi gereken AN tedavisinde bu temanın oluşması anlamlı görünmektedir. Bununla beraber, bu tema altında müzik dinlemek, kitap okumak, dizi izlemek gibi bildirilen davranışsal düzeydeki değişimlerin sağlıklı modlara ilişkin olumlu yönde gelişmeler olduğu değerlendirilmiştir.

“Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler” teması düşündürücü bir temadır. Öyle ki, hemen her hastanın kendisine iyi gelen farklı bir unsuru vurgulaması, Şema Terapi'nin zengin yanı olarak ele alınabilir. Pınar mod kartlarına vurgu yaparken, Gülce mod günlüğünden söz etmiş; Gökçe sağlıklı yetişkin bakış açısı oluştururken yaşadığı sorgulamaların ve hasta olarak kendisine düşen görev ve sorumlulukların farkında olmasının (değişime hazır olmak, kendisini bir şey saklamadan terapistle açmak gibi) altını çizmiştir. Sudentaz ise, terapötik ilişkinin kendisine iyi gelen tek şey olduğunu belirtmiştir. Her hastanın modelden faydalanma yolunun farklı olması anlaşılır görünmektedir. Şema Terapi, çeşitli sorun kümelenmelerinin kavramsallaştırılması ve tedavisine yönelik hem karmaşık hem de yapılandırılmış bir yaklaşım sunmaktadır (Arnzt ve Jacob, 2016). Tedavi unsurlarının birleşimi ve müdahale teknikleri arasındaki denge, hastanın gereksinimlerini gözeterek oluşturulmaktadır. Hastalardan gelen geribildirimlere bakıldığında, benzer meselelere -örneğin cezalandırıcı ebeveyn modu ile sağlıklı yetişkin mod arasındaki mücadeleye- Şema Terapinin kuramsal duruşu ile yaklaşmakta, kırılğan çocuk modu korunurken işlevsel olmayan

ebeveyn modunun durdurulması hedeflenmektedir. Bununla birlikte, şema terapi erken dönem yaşantıların, terapötik ilişkinin, sorunlu duyguların gözetilmesi gibi temel ilkelerinden uzaklaşmadıkça standart bir program uygulama zorunluluğu oluşturmamakta, terapistin hastanın biricikliğine odaklanma, süreçte esnek ve yaratıcı olma şansı vermektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmanın bunun iyi bir örneği olduğu düşünülmektedir (Hodge ve Simpson, 2016). Yeme bozukluğu olan bir hastanın Şema Terapi sürecinde çizdiği resimler ile modlarıyla temas kurabildiği ve bunun iyileştirici etkisinin izlendiği vaka çalışmasında, sözel olmayan ancak karmaşık duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi ve psikoterapi sürecinde paylaşılabilmesi için hastanın tercih edebileceği sanatsal dışavurumların da etkili yöntemler olabileceği ileri sürülmüştür.

Son tema ise “20 Seans Yetmez: Beklentiler” temasıdır. Terapiye dirençli olduğu bilinen bir grubun terapi hedefi belirtiyor olması önemli bir bulgu olarak görülmektedir. Hastaların başlangıca göre motivasyonları artmış olabilir. Özellikle kilo verme, zayıf olma, bedeninden memnuniyetsizlik gibi konular dışında daha derin ve kendilerine iyi gelecek alanlarda hedef belirtmeleri, içgörülerinin artmasına yönelik bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Genel bir bakış ile çalışmadan elde edilen tema ve içerikler özetlenecek olursa, temaların AN psikopatolojisini ve 20 seans süren bir Şema Terapi sürecinin kız ergen hasta grubundaki etkilerini iyi bir biçimde yansıttığı söylenebilir. İlk değişim görüşmesi ile ikinci değişim görüşmesinden gelen temalar karşılaştırıldığında, içerik olarak değişimin giderek daha çok ön plana çıktığı, hastaların kendilerine ve hastalıklarına yönelik algılarında olumlu yönde bir değişim olduğunu ve farkındalıklarının arttığı düşünülebilir. Hastaların değişim görüşmelerindeki paylaşımları, Şema Terapiyi kavramsallaştırmada ve içselleştirmede bir sorun yaşamadıklarını, ergen grupta da Şema Terapinin karşılık bulduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda, ortaya çıkan temaların alanyazın için değerli olduğu değerlendirilmektedir.

#### 4.2.2. Hastalar ve Psikoterapi Süreçlerinde Gözlenen Benzerlikler

Katılımcılarda ve sürdürülen psikoterapi süreçlerinde birtakım benzerlikler gözlenmiştir. Bunlardan ilki, hastaların çıkış noktasının aşırıya kaçacak kadar kilo vermek değilken çevreden aldıkları olumlu veya olumsuz tepkilerle bedenlerine ilişkin algılarının değişmesi olmuştur. Her birinin öyküsünde akrabaların, ailelerin veya akranların geribildirimi olmuş ve bundan etkilenecek yemek yeme örüntülerini giderek bozduklarını aktarmışlardır. Bu noktada, hastaların “yüksek standartlar” ve “cezalandırılma” şemaları ile hareket ettiklerini söylemek mümkün görünmektedir. Olumlu tepkilerde “daha da mükemmeli yakalayabilmek” için daha fazla zayıflamaya motive olmuşlar, olumsuz tepkilerde ise cezalandırıcı bir yaklaşım ile yemeyi kısıtlamayı giderek arttırmışlardır. Yapılan çalışmalar, ergenlerin hem yeme hem de kendileri hakkında olumsuz inançlara sahip olduklarında sağlıksız yeme davranışları geliştirme riskine karşı daha yatkın olduklarını doğrulamaktadır. Bununla birlikte, bu davranışlar bazı ergenlerde yeme bozukluğu gelişimini kolaylaştırırken, bazılarında hastalık gelişmemektedir (Cruz-Sáez, Pascual, Salaberria, Etxebarria ve Echeburúa, 2015).

Hastalık öncesi dönem değerlendirildiğinde, hastaların işlevsel olmayan aile ilişkilerinin olduğu göze çarpmıştır. Alanyazın bilgisi ve klinik deneyimler ışığında bu durum şaşırtıcı olmamakla beraber, tüm hastalarda annelerin daha uyumlu, boyun eğici, gereksinim ve duygularını ifade etmekte zorlanan kişilik örüntüsüne sahip olduğu gözlenirken babaların baskın ve otoriter figürler olması dikkat çekmiştir. Ebeveynlik belirtileri ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişki incelendiğinde, alanyazında anne kız ilişkisine dair birçok tartışma bulunurken babaların etkisinin daha geri planda kaldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların babalarını otoriter algılamalarıyla yeme bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (Enten ve Golan, 2009). Araştırmacılar, bunun yeme bozukluğunun iki temel belirtisi olan düşük öz saygı ve yüksek depresyon düzeyi ile otoriter tutumlar arasındaki ilişki bağlamında değerlendirmiş ve bu bulgunun klinik uygulamalarda önemli olduğunu vurgulamışlardır (Darling, 1999; Enten ve Golan, 2009). Bu çalışmada gerçekleştirilen psikoterapi süreçlerinde de, hastaların babalarını algılama biçimleri, beklenmedik zamanlarda sert tepkiler

verebilen, geçmişte fiziksel veya sözel şiddette bulunan babalarının hastalarda işlevsel olmayan ebeveyn modlarının gelişmesindeki rolü üzerinde durulmuştur.

Hastalarda görülen bir diğer benzerlik, kardeşleriyle olan ilişkilerindeki kopukluktur. Hastaların kardeşleriyle ilişkilerini yakın ve sıcak ilişkiler olarak tanımlamak güçtür; öyle ki Gülce ve Sudenaz'ın ablalarına benzemek istemeleri, onları idealize etmeleri, onaylarını almak istemeleri yakın bir ilişki çağrışımı yapsa da, aynı zamanda ablalarını yoğun biçimde kıskandıkları anlaşılmaktadır. Ablalarını ebeveyne daha yakın algılamakta, onları ailenin onaylanan çocuğu olarak görmektedirler. Hatırlanacağı gibi, Fatma'nın AN başlangıcı annesinin küçük kardeşine hamile kalmasıyla başlamış, eve küçük kardeşin gelmesi ve annenin kendisini onun bakımına adanmasıyla belirtileri şiddetlenmiştir. Kalabalık bir ailede ağabey ve ablalarıyla büyüyen ve kendisinden küçük bir kardeşi hali hazırda olan Fatma, bu yeni kardeşi hiç istememiştir. Gökçe'nin ve Pınar'ın ise kendilerinden küçük kardeşleriyle kurduğu ilişki oldukça mesafelidir, kendi meseleleriyle meşgul olduklarından kardeşleriyle temasları yok denecek kadar azdır. Alanyazında AN hastalarının kardeş ilişkilerine yönelik yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bachner-Melman'ın (2005) AN'li hastalarda kardeş rekabeti ve kıskançlığına yönelik klinik gözlemlerinden yola çıkarak yaptığı nitel çalışmada, kardeş ilişkilerine yönelik uzlaşmazlık, uzaklık ve kıskançlık temaları görülürken yakınlık ve sıcaklığa dair çok az bilgi geldiği aktarılmıştır. Ebeveyni ile nitelikli sayılmayacak bir ilişki içinde olan hastalar için kardeş ilişkilerinin de benzer biçimde olmasının ve kardeşlerin tedavi sürecindeki rolünün anlaşılmasına değer bir olgu olduğu düşünülmektedir (Honey, Clarke, Halse, Kohn ve Madden, 2006).

Hastalarda gözlenen başka bir değişiklik, yaşadıkları birçok fiziksel komplikasyona rağmen bunu neredeyse hiç önemsememeleridir. Ergen sağlığı ve yeme bozukluğu alanında uzmanlaşan pediatristlerin gözetiminde olan hastalar, bu komplikasyonların bir kısmının beslenmenin tekrar sağlanması ve yeme bozukluğunun tedavisi ile düzeleceği, bir kısmının ise tedaviye uyum sağlamamaları ve kısıtlayıcı yeme örüntüsünü sürdürmeleri halinde vücut sistemlerinde geri dönüşümsüz hasar kalabileceği konusunda

bilgilendirilmektedir (Düzçeker ve Kanbur, 2017; Pehlivan Türk Kızılkın ve Derman, 2017). Derslerden geri kalmak, fiziksel sağlık ölçütü olan ve çok istediği mesleği yapamama ihtimali gibi nedenler onlar için bu risklerden daha önemli görünmektedir. Bunun ergenlik döneminin riskleri yeterince öngöremeyen tümgüçlü haliyle ilişkili olabileceği akla gelmektedir (Fuhrmann, Knoll ve Blakemore, 2015). Bu ihtimalin yanında, hastaların kendilerini gözetmemeleri ve daha iyisini hak etmediklerini hissettiren cezalandırıcı ebeveyn modu ile ilişkili olabileceği de değerlendirilmiş, kırılğan çocuk moduna bakım verme ve onun fiziksel ihtiyaçlarının ihmal edilmemesi gerektiği üzerinden bu durum ele alınmıştır.

Psikoterapi süreçlerinde tüm hastalarda talepkar ebeveyn modu ile cezalandırıcı ebeveyn modunun baskın etkisi hissedilmiştir. Bu ebeveyn modları nedeniyle hastaların kırılğan çocuk modu ile temasa geçmekten çekindikleri, duygusal bakım alma ve verme konusundaki zorlanmaları dikkat çekmiştir. Güvenli bağlanma, kabul ve bakım alanındaki gereksinimlerin tüm hastalarda aksamış olması, hastaların duygusal bakıma ilişkin bilgi ve deneyimlerinin sınırlı olmasını açıklayabilir.

#### **4.2.3. Hastalar ve Psikoterapi Süreçlerinde Gözlenen Farklılıklar**

Yeme bozukluğu olan kişiler sağlıklı örneklem ile karşılaştırıldığında, “Doğal Çocuk” ve “Sağlıklı Yetişkin” modları gibi işlevsel modlarının daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Talbot ve ark., 2015). Tez katılımcıları içinde Gülce ve Sudez’in bu bağlamda en dezavantajlı katılımcılar olduğu değerlendirilmiştir. Bu iki hastanın söz dinleyen teslimci mod ve kaçınan korungan modlarının yaşamlarının hemen her alanında yaygın olarak çıktığı değerlendirilmiştir. Gökçe’nin kusurluluk şemasını telafi etmeye yönelik Büyüklenmeci Mod’u, Fatma’nın İnatçı Çocuk Modu, Pınar’ın Şımarık Çocuk Modu gibi farklı çocuk ve başa çıkma modlarının izlenmesi, hastaların AN’yi deneyimlemesini de farklılaştırdığını düşündürmüştür. Bu modların aile işlevselliği açısından da önemli etkilere yol açtığı düşünülmekte, yapılacak araştırmalar ile bu klinik gözlemin desteklenmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada, psikoterapiyi yarıda bırakan hastanın diğer hastalardan bazı özellikleri açısından ayrıldığı gözlenmiştir. Hastaların güvenli bağlanma, kabul ve bakım alanındaki erken dönem gereksinimlerinin aksadığı değerlendirilmiştir. Bu alanda terkedilme şeması olan tek hasta ise Fatma'dır ve bu şemayla aşırı telafi ile başa çıkmaya çalışmaktadır. Hastanın bu şemayı geliştirmesinde rol oynayan erken dönem yaşantısına benzer bir durumu terapi sürecinde de yaşamasının psikoterapiyi yarıda bırakmasında bir rolü olabileceği düşünülmüştür. Hastanın annesinin beklenmedik bir zamanda en küçük kardeşine hamile kalması, hastanın bu hamileliğe başından beri çok tepkili olması, bebek doğduktan sonra o dönem annesinin sadece bebekle ilgilenmesi ile olumsuz duyguları iyice artmış ve hastanın terk edilmiş hissetmesine yol açmıştır. Hasta ile terapiye başlanan dönemde terapistin de hamile olmasının hastaya benzer duyguları çağrıştırmış olabileceğini akla getirmektedir. "Sizin iyi ki başka bebeğiniz yok, o yalnız kalırdı." gibi sözleri bu ihtimali daha çok düşündürmektedir. Nitekim hasta psikoterapiyi yarıda bırakmasaydı, terapistin doğum izni nedeniyle süreçte ara verilmesi gerekecekti. Bu bağlamda başka ilişkilerde terk edilme şeması ile aşırı telafisi yoluyla başa çıkmaya çalışan hastanın terapist ile ilişkisini de benzer şekilde düzenlemiş olma ihtimali söz konusu olabilir. Terkedilme şemasının olumsuz psikoterapi sonuçları ve psikoterapiyi yarıda bırakma oranları ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar da bu fikri güçlendirmektedir (Haaland ve ark., 2011).

Hastanın küçük yaşlarından itibaren ailesinin maddi zorluklar yaşaması, hastanın zihnini meşgul eden en önemli sorunlardan biri olmuş; kendini feda şemasının gelişiminde rol oynamıştır. Düşük sosyoekonomik düzeyin psikoterapiyi yarıda bırakma oranları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Swift ve Greenberg, 2012). Fatma'nın bu anlamda katılımcılar içinde en çok zorlanan hasta olduğu söylenebilir ve psikoterapiyi yarıda bırakmasında bu zorluğun da etkisi olabilir.

#### **4.2.4. Terapistin Psikoterapi Süreçlerinde Kendisinde Gözlediği Benzerlikler ve Farklılıklar**

Bu tez çalışması kapsamında yürütülen psikoterapi süreçlerinde terapistten alınan nicel veriler Terapötik İttifak Ölçeği'nden edinilmiştir. Tüm süreçlerde

terapistin bağı bileşenine ilişkin puanı yüksek seyretmiştir; sınırlı yeniden ebeveynlik yapabilmesi, hastalarla yakın ve güvene dayalı bir ilişki geliştirebilmesi için terapistin de olumlu duygular içinde olması anlamlıdır. Bununla birlikte amaç bileşeninin puanları terapist için de hastalar da olduğu gibi daha düşük seyretmiştir. Bunun, terapistin hastalar ile aynı sayfada olmadığı zamanları hissetmesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın planlama aşamasında terapistin Seans Değerlendirme Ölçeği doldurması planlanmamıştır. Yine de, tüm süreçlerde ve seanslarda ortak bir nokta olarak derinlik arttıkça terapistin aldığı doyumunun da arttığını söylemek mümkündür. Hastanın uyum bozucu başa çıkma modları ile mücadele etmek ve yüzeysel bir yerde takılı kalmak yerine, ebeveyn modlarına müdahale edebilmek ve kırılğan çocuk modu ile temasa geçebilmek terapistte daha derin ve amacına uygun bir seans olduğu izlenimini vermiştir.

Vaka formülasyonlarında da paylaşıldığı gibi, özellikle tez çalışmasının ilk zamanlarında başlanılan psikoterapi süreçlerinde terapistin sonuca odaklandığı ve performans kaygısının arttığı fark edilmiştir. Bunun için terapist bu tezin ilk Danışmanı ve Tez İzleme Komitesi Üyesi Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'tan süpervizyon almış, yapılan ilk Tez İzleme Komitesinde Jüri Üyeleri ile bu konu ele alınmıştır. Aldığı geribildirimler doğrultusunda terapistin kaygısının azaldığı, psikoterapi süreçlerinde hastalara yönelik talepkar bir noktada kalmamaya özen gösterdiği söylenebilir. Yakın zamanda terapistlerin kendi içsel süreçlerinde buna benzer zorlanmalar yaşadığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Bennett-Levy ve Finlay-Jones, 2018; Escuriex ve Labbé, 2011; Yılmaz Cengiz, 2018).

Özellikle uygulama aşaması bittikten sonra çalışmanın veri analizi ve yazım aşamalarına geçildiğinde, terapistin kendi kaygılarından bağımsız olarak çalışmanın sonuçlarını görme şansı olmuş ve nitel analiz bakış açısıyla değerlendirdiğinde hastaların belirtileri tamamen ortadan kalkmasa da önemli değişiklikler gösterdiklerini fark edebilmiştir.



### 4.3. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Bu çalışma, yeni sayılabilecek bir alan olan ergenlerde şema terapi uygulamalarının kapsamlı bir örneğini oluşturmuş, ulaşması görece zor olan Anoreksiya Nervoza tanılı hasta grubu ile yürütülmesiyle bu hastalığa yönelik klinik tabloyu ve şema terapi sürecini ayrıntılı biçimde ortaya koyabilmiştir. Bunun yanında, her hastanın biricikliğini de ön plana çıkarmış, hastaların fenomenolojik dünyalarına yönelik zengin bilgi sağlamıştır.

Nitel ve nicel ölçüm kaynaklarının bir arada kullanılması, psikoterapi araştırmaları için önerilen yaklaşımlara uygun bir yol oluşturmuştur (Iwakabe ve Gazzola, 2009; Kazdin, 2008). Özellikle nitel analizlerde terapistin kendi içsel süreçlerini ortaya koyabilme fırsatını bulabilmesi, yöntembilimsel olarak özneliliğin aşılması gereken bir engelden çok çalışmayı zenginleştiren ve hatta nitel çalışma ilkeleri gözetilerek katılması gereken bir bilgi kaynağı olarak çalışmayı zenginleştirdiği düşünülmüştür. Böylece, psikoterapinin terapist ve danışanın ortak katılımıyla iki kişilik bir çalışma olduğu ilkesi unutulmamış, şema terapi kuramının önerdiği gibi tüm süreçlerde terapist kendi içsel süreçlerini gözetmiş ve çalışmada bu kısım da sunulmuştur.

Bu çalışmada, psikoterapiyi yarıda bırakan bir hastaya ilişkin nicel ve nitel verilerin de olması alanyazın için önemli bulunmaktadır. Yolunda gitmeyen veya erken sonlandırılan süreçlerin sağlayacağı bilgilerin de psikoterapi araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Elliot, 2002).

Bu çalışmanın ileride yapılabilecek daha geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterebileceği; olası değişim mekanizmalarına ilişkin bulgular ortaya koyduğu, Şema Terapi ile AN izlemine yönelik bir tedavi protokolünün taslağını oluşturduğu söylenebilir.

#### 4.4. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI

Bu çalışmanın çıkış noktası, AN hastalarının Şema Terapi ile yürütülen psikoterapi süreçlerinde nasıl bir değişim örüntüsü ortaya koyduklarını ve psikoterapi süreçlerindeki deneyimlerinin neleri içerdiğini anlamak olmuştur. Bu bağlamda çalışmada edinilen bilgilerin klinisyenler için fayda sağlayabilecek bilgiler olduğu değerlendirilmektedir.

Kesitsel bir süreç de olsa Şema Terapinin ergenlerde de etkili olabileceğini gösteren bir çalışma olduğu değerlendirilmektedir. 20 seans süren ve AN için psikoterapinin başı sayılabilecek bir zaman diliminde şemalarda değişimlerin başlaması, hastaların farkındalığının artması, hastalığı sorgulamaya ve dışsallaştırmaya başlaması, kendileriyle ve kişiler arası ilişkilerindeki duygusal temaslarının artması ve derinleşmesi önemli bulunmaktadır.

Ergenlerde de erişkinlerde olduğu gibi Şema Mod Modeli'nin hastalara faydalı olduğu söylenebilir. Hastaların değişim görüşmelerinde dile getirdikleri ile terapistin psikoterapi süreçlerinden edindiği izlenimler ışığında, şema mod modelinin kişiliğin farklı yanlarını ayrıştırıyor olmasının AN hastalarına iyi geldiği düşünülmektedir. Kimlik gelişimi sürecinde olan ve halen aynalanma ihtiyacı yoğun olan ergenler için hastalığının yanında benliğinin olumlu yanlarının da vurgulanmasının iyileşme süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Şema Mod Modelinin içselleştirilen psikopatolojinin dışsallaştırılmasında, başka bir deyişle benliğe uyumlu olan hastalığın benliğe yabancı hale getirilmesinde etkin bir model olduğu değerlendirilmektedir. Psikoterapi sürecinde inatçı çocuk modu, söz dinleyen teslimci mod, kaçınan korungan mod gibi uyum bozucu başa çıkma modlarının durdurulması tedavinin engellenme riskini azaltmakta, ayrıca ergenin bu yanlarını tanıyarak yaşamının farklı alanlarında da kendisini sabote eden modlarını görmesine olanak sağlamaktadır.

Şema terapinin uygulanmasında dikkat edilmesi gereken genel ilkeler ergenlerin psikolojik tedavisi için geçerlidir. Prepsikotik özellikler gözetilmeli, hastayı olumsuz yönde etkileyecek herhangi bir risk alınmamalıdır. Ergenin bilişsel

gelişimi de gözetilmeli, soyut kavramları ne derece kavrayabildiği takip edilmelidir. Bu noktada, bu çalışmanın katılımcılarından da geribildirimler gelmiş, Prof. David Bernstein tarafından oluşturulan Mod Kartlarının mod kavramını zihinlerinde canlandırmalarında kendilerine iyi geldiğini ve fayda gördüklerini belirtmişlerdir. Bu aracın ergen şema uygulamalarında kullanılabilecek etkili bir araç olduğu düşünülmeyle birlikte, etkililiğine yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Ergenlerle yürütülen Şema Terapi süreçlerinde dikkat edilmesi gereken bir diğer konu, özellikle işlevsel olmayan ebeveyn modları çalışılırken, ergenin ebeveyni ile olan “gerçek yaşamdaki” ilişkisine dikkat edilmesidir. Terapist, kuramın da önerdiği gibi hastaya sınırlı yeniden ebeveynlik yaparken “sınırlara” dikkat etmeli, amacının ebeveynin yerine geçmek veya ebeveyni değersizleştirmek olmadığını kendisine hatırlatmalıdır. Bu noktada, erişkin psikoterapilerine göre daha hassas bir dengenin olduğu söylenebilir. Amaç işlevsel olmayan ebeveyn modları ile uyum bozucu başa çıkma modlarını durdururken ergenin kendisini sağlıklı biçimde ifade etmesi ve sorunları çözme becerisini arttırmaktır. Hali hazırda ebeveynleri ile çeşitli sorunlar yaşadıkları bilinen AN hastaları ile yürütülen psikoterapilerde, ebeveyni düşmanlaştırmamanın ve gerektiğinde çatışmalarda tampon olabilmenin hastanın iyilik hali için özellikle önemli olduğu deneyimlenmiştir. Nitekim, bu çalışma kapsamında yürütülen psikoterapilerde değişim sağlanan önemli konulardan biri ebeveynlerle olan çatışmaların azalması, hatta ebeveynlere yönelik sağlıklı bir empati becerisinin gelişmesi olmuştur (Bkz Bulgular, Pınar ve Gökçe için doldurulan değişim görüşmesi izlenince formu).

Bu çalışmada, bir kez daha terapötik ilişkinin önemi ortaya konmuştur. Şema terapisinin terapötik ilişkiyi kavramsallaştırması, “empatik yüzleştirme” ve “sınırlı yeniden ebeveynliğin”, AN’li ergenlerin terapist ile nitelikli bir ilişki kurmalarını desteklediği düşünülmektedir. Hastaların terapötik ittifakın amaç ve görevler bileşenlerinde görece mesafeli olmalarına rağmen bağ bileşenine yüksek puanlar verdikleri görülmüştür. Tedavilere devam etmelerinde bunun önemli bir payı olduğu düşünülmektedir. Terapötik ittifakın en zayıf biçimde geliştiği hastanın

psikoterapiyi yarıda bırakması göz önünde bulundurulması gereken bir bulgudur. Buradan yola çıkarak AN hastaları ile sürdürülecek psikoterapilerde, amaç ve görev bileşenleri için aynı sayfada olmaya dikkat etmek gerektiği; bununla beraber hastanın terapist ile kurduğu bağın psikoterapiyi yarıda bırakmaya olan olası etkisi göz ardı edilmemelidir. Terapistin imgeleme çalışmaları gibi hastayı duygusal olarak daha yoğun biçimde etkileyebilecek tekniklerde hastanın hazırlılığını gözetmesi, hasta ile arasındaki ilişkiye zarar vermeden yazılı anlaşmalar ile görev ve amaçları somut olarak belirlemesi etkili bir yöntem olabilir.

Seansların hastanın kendisini rahat hissedeceği kadar yumuşak geçmesi, aynı zamanda derinleşmesi ve hastaya temas eden meselelere eğilmesinin doyumunu arttırdığı düşünülmektedir. Ergen psikoterapisinde yumuşaklık boyutunun özellikle gözetilmesi gerektiği değerlendirilmektedir. Psikoterapiyi yarıda bırakan hastanın seansları daha az yumuşak algılaması önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Seans bazında duygu değerlendirmelerine bakıldığında, özellikle yaşantısal tekniklerin ardından hastaların kaygı ve depresyon puanlarının seans başına göre arttığı gözlenmiştir. Bu durum, hastaların yaşantısal teknikler ile duygusal olarak tetiklendiğini ve duygusal temaslarını arttırdığını gösterirken, bu çalışmaların ardından rahatsız hissetmemeleri ve bu duygusal malzemelerle sağlıklı biçimde baş etmeleriyle ilgili mutlaka desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Hastanın yaşamında hemen her alanda işlevselliğini düşüren, tedaviden fayda görmediği koşulda sonucunun ölüme kadar uzanabileceği riskli bir psikopatoloji ile karşı karşıya gelmek, terapist için de hiç kolay olmayan, duygusal yükü fazla olan bir deneyimdir. Bu bağlamda, bu alanda çalışan terapistlerin de kendilerini gözetmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu hem terapistler için hem de psikoterapi sonucu için önemli bulunmaktadır.

Ergen ruh sağlığı alanında deneyimli psikiyatri uzmanı, ergen sağlığı alanında uzman pediatri uzmanı, yeme bozukluğu alanında deneyim sahibi diyetisyen ile multidisipliner bir tedavi ekibi ile çalışmanın gerekliliği bir kez daha öne çıkmaktadır. Böylelikle hastanın sağaltım süreci için gerekli bir önkoşul yerine

getirilmiş olacaktır. Bununla birlikte, psikoterapi süreci içinde hastalığın riskini gözeten diğer uzmanlarla iş birliği yapmış olması terapistin odağını kendi çalışacağı alanlardan uzaklaştırmayacaktır. Daha net bir ifade ile, ilaçlarını düzenli alması, diyet listesine ne kadar uyduğu, spor miktarı gibi kendi alanı olmayan kısımlara dahil olmayacak, bu konuların yükünü üzerine almadan hastanın yaşamının diğer yerlerinde bu konu yüzünden karşı karşıya geldiği (ebeveyn doktor, hemşire, diyetisyen vb.) diğer mercilerden farklı, terapötik ilişkinin gerektirdiği sağlıklı noktada kalabilecektir. Sonuç olarak, terapist kontrolcü, kaygılı bir tutum sergilemek yerine ergenden sağlıklı biçimde ayrışabilen, onu kabul eden ve ne yaşadığını birlikte anlamaya çalışan sağlıklı bir ilişki geliştirebilecektir.

Anoreksiya nervozanın terapisti başarısız hissettirecek bir psikopatoloji olduğunu söylemek mümkündür. Öyle ki, yirmi seans düzenli biçimde sürdürülen bir psikoterapi sürecinde birçok psikolojik sıkıntıda yol alınabilmekte, değişime ve iyilik haline yönelik daha hızlı ve yükselen bir grafik yakalanabilmektedir. Yeme bozuklukları için ise bunu söylemek mümkün görünmemektedir. Bu çalışmada da bir kez daha bu durum izlenmektedir. Buradan hareketle, psikoterapi sürecine yönelik gerçekçi hedeflerle yola çıkmanın terapistin başarısızlık hissini engelleyebileceği ve terapötik ilişkiyi daha olumlu bir şekilde sürdürebileceği düşünülmektedir.

AN hastaları ile sürdürülen Şema Terapi süreçlerinde seansların her hafta yapılması, sağlıklı yetişkin bakış açısı oldukça sınırlı olan ve işlev bozucu şema ve modlar nedeniyle fazlasıyla zorlanan hastalar için faydalı görülmektedir. Dönem dönem hastaların belirtilerinin şiddetlenmesi ile haftada iki defa seans gerçekleştirilmektedir. Bunun terapist için duygusal ve fiziksel getireceği zorluklar göz önünde bulundurularak özellikle yeme bozukluğu tanısı alan belli sayıda hasta ile psikoterapi yürütülmesi, terapistin tükenmişliği ve dolayısıyla hastalara sağlayacağı fayda açısından önemli görünmektedir. Düzenli süpervizyon ve akran danışmanlığı almanın, eğitimlere katılmanın, bu alanda çalışmalar yürüten uzmanlarla bir araya gelmenin terapisti besleyeceği, kendisini daha yetkin hissettikçe daha güvenli hissedebileceği, içe bakışını arttırabileceği ve yaşadığı

zorlukları anlayabileceği ve kendisine de bakım sağlayabileceği için iyi olacaktır. AN psikopatolojisinin çok katmanlı yapısı göz önünde bulundurularak, uzun süreli tedavi protokollerinin oluşturulması hem terapist hem de hastanın beklentilerinin gerçekçi olması bakımından önemli bulunmaktadır.

Psikoterapi hedeflerinin zaman içinde değişebileceği dikkat çekicidir. Hastanın farkındalığı arttıkça yeme bozukluğu psikopatolojisini besleyen kişilik örüntüsünün değişimine yönelik istekliliği artabilir; bu çalışmada da beklentilerin bu yöne doğru değiştiği gözlenmiştir. Bunun süreç için önemli bir gelişim basamağı olduğu değerlendirilmekte, hem bu yönde hastayı motive etmek, hem de bu yönde hedefler geliştiğinde gözden kaçırmamak faydalı olacaktır. Değişim, hastanın yaşamındaki farklı alanlardan başlayarak gelişebilir bir olgu olarak ele alınmalıdır.

Bu çalışma bu hasta grubu için erken dönem karşılanmamış gereksinimlerin altını çizmekte, gelişimsel risk faktörlerini bir kez daha vurgulamaktadır. Benzer biçimde sosyokültürel risk faktörlerini de doğrulamakta, ayrıca bu faktörlerin biçim değiştirdiğini göstermektedir. Televizyon ve yazılı görsel basından çok hastalar üzerinde sosyal medyanın olumsuz etkisi göze çarpmıştır. Bu bağlamda sosyal medyanın etkisini bu hasta grubunun fayda göreceği biçimde kullanılabileceği, bu platformların aynı zamanda ergenlere ulaşmak için bir fırsat olarak değerlendirilebileceği; beden olumlama hareketi gibi sağlıklı bakış açılarını duyurmak, hastalık köklenmeden yardım almanın önemini ve risk faktörlerini yaygınlaştırmak için önemli araçlar olabileceği değerlendirilmektedir.

#### **4.5. SINIRLILIKLAR VE GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER**

##### **4.5.1. Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, tamamlanmamış psikoterapi süreçlerini kesitsel olarak ele almasıdır. Psikoterapi süreçlerinin 20 seanslık kısmı sunulmuş, psikoterapi sürecinin devam etmesi halinde ortaya çıkacak değişimler ve bu değişimlerin psikoterapi süreci bittikten sonraki etkileri ve devamlılığı

izlenememiştir. Bunun yanında, Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu psikoterapi seanslarının sonunda yalnızca hastalar tarafından doldurulmuştur. Bu ölçüm aracının terapist tarafından da doldurulması süreçlere dair daha zengin bilgi sağlayacaktır.

Psikoterapi uygulamaları bu tez çalışmasının yazarı tarafından gerçekleştirilmiştir. Yazar, ergen psikoterapilerinde deneyimlidir, yaklaşık 8 yıldır Klinik Psikolog olarak alanda çalışmaktadır ve Uluslararası Şema Terapi Birliği Onaylı Şema Terapistidir. Uygulamalar sırasında dönem dönem bu çalışmanın ilk danışmanı ve Tez İzleme Jüri üyesi Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'tan süpervizyon almıştır. Bununla birlikte, seçkisiz olarak psikoterapi seanslarının Şema Terapi Uygunluk Formu ile başka bir uzman tarafından değerlendirilmesinin çalışmanın gücünü arttıran bir yönü olabileceği değerlendirilmiş, bu çalışmada bu adım uygulanmamıştır.

Bu çalışmanın Değişim Görüşmelerini yapan Doç. Dr. Devrim Akdemir uzun yıllardır ergenlere yönelik klinik uygulamalar ve araştırmalar gerçekleştiren alanında oldukça deneyimli bir Psikiyatri Hekimidir. Değişim görüşmeleri boyunca özveriyle çekingem veya dirençli olan tez katılımcıları ile açıcı biçimde görüşmeleri yapmıştır. Gelecek çalışmalar için bir öneri olarak, hasta ve görüşmecinin aynı dili konuşabilmesi, ortak terminolojiyi kullanabilmesi için terapist ile görüşmecinin de benzer psikoterapi yaklaşımı ile uygulama yapıyor olması önemli bulunmuştur.

Bu çalışmada, psikoterapi süreçlerinde aralıklarla ebeveynlerle de seanslar yapılmış, ancak yapılandırılmış bir biçimde kayıt altına alınamamıştır. Bu görüşmelerde ebeveynlerin hastalığa yaklaşımları, aile içinde oluşan sorunları çözme becerileri gibi konular ele alınmıştır. Şema Terapi bakış açısı ebeveynlere de anlatılmış, hastaların karşılanmamış gereksinim alanlarına yönelik ebeveynlik tutumu geliştirmeleri yönünde anne babalar desteklenmiştir. Bu uygulamaların sistematik bir biçimde raporlandırılarak ele alınmış olmaması, çalışmanın bir sınırlılığı olarak görülebilir.

#### 4.5.2. Gelecek Çalışmalar

Ergenlerde Şema Terapinin yeme bozuklukları için etkililik çalışmalarına devam edilmesi önemli görünmektedir. Benzer biçimde Şema Terapinin ergenlerin yaşadığı diğer psikolojik sorunlar için de etkililiğinin araştırılmasının ergenlerde Şema Terapi uygulamalarına katkı sağlayacaktır. Ergenlerin bu çalışmada özellikle vurguladığı mod kartlarına yönelik daha spesifik araştırmaların yapılması ve bu kartların etkinliğini ölçen ve uygulanmasına yönelik farklı öneriler geliştiren çalışmaların yürütülmesi de faydalı görülmektedir.

Bu çalışmadaki hastalar için gözlenen benzerlikler ve farklılıklar gibi AN hastalarının ebeveynleri için de nasıl olduğunu görmek önemli olabilir. Ebeveynlerle de benzer derinlikte araştırmalar yürütülebileceği, retrospektif bilgiler alınabileceği, şu anki yaşamlarına ve ilişki örüntülerine yönelik zengin veriye ulaşılabileceği düşünülmektedir. Ebeveynlerin kişilik örüntülerinin şema mod modeli ile ortaya konmasının önemli klinik doğurguları olacağı değerlendirilmektedir.

AN hasta grubunun kardeşleriyle kurdukları ilişkilere yönelik yapılacak nitel çalışmaların aile işlevselliğini ve kardeşler arası ilişki dinamiklerini kapsamlı biçimde ortaya koyacağı düşünülmektedir. Hasta grubu ile yapılacak değişim görüşmelerinin psikopatolojinin doğasına uygun yeni sorular ile gerçekleştirilmesinin araştırmacılara ve klinisyenlere yeni kapılar arayabileceği değerlendirilmektedir.



## SONUÇ

Bu çalışmada Anoreksiya Nervoza tanısı alan kız ergen hastalarla yürütülen Şema Terapi süreci incelenmiştir. Psikoterapi araştırmaları ile uygulamalar arasında kalan boşluğu doldurabilmek ve psikoterapinin yol açtığı değişim mekanizmalarını incelemek için ölçekler, terapist puanlamaları, katılımcı görüşmeleri gibi çok sayıda kaynaktan veri toplamanın yanında zengin ve ayrıntılı vaka özetleri sunmak ve süreci nitel ve nicel verilerle aktarmak temel bir öneri olarak vurgulanmaktadır (Elliot, 2002; Kazdin 2008; Iwakabe ve Gazzola, 2009). Bu öneriler doğrultusunda, AN hastaları ile sistematik vaka çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Her seansın başında ve sonunda Duygudurum Değerlendirme Formu, Seans Değerlendirme Ölçeği-Sıfatlar Formu, Terapötik İttifak Ölçeği Gözden Geçirilmiş Kısa Formu ile nicel veriler toplanmıştır. Psikoterapi süreçlerinin başında, ortasında ve sonunda katılımcılar Kısa Semptom Envanteri, Yeme Tutum Testi ve Young Şema Ölçeği Kısa Formu doldurmuştur.

1. Terapötik İttifak Ölçeği, Seans Değerlendirme Ölçeği ve Duygudurum Ölçeği'nden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde klinik uygulamaya yönelik önemli doğurguların oluştuğu görülmüştür. Hastaların gereksinimlerine uyumlu olarak uygulandığında Şema Terapi müdahalelerinin yeni duygusal örüntüler geliştirmeye olanak sağladığı izlenmiştir. Hastaların seans içeriğine yönelik algıları ile bu seanslardaki duygu değişimlerinin izleminden o seansta yapılan müdahalenin hastada uyandırdığı etki takip edilebilmiş; terapötik ittifak ölçümlerindeki yansımaları görülebilmektedir. Bununla birlikte, imgeleme ile yeniden senaryolaştırma gibi müdahalelerin hastalarda farklı yoğunlukta ve türde etkilerinin olabileceği gözlenmiştir. Terapist hastanın temel gereksinimlerini ve kırılınan çocuk modunu gözetmeye çalışsa da yaşam boyu geliştirilmiş köklü ve uyumsuz başa çıkma modları aşılamadığında hastanın süreçte zorlanması ve psikoterapiyi yarıda bırakması gibi sonuçların doğabileceği görülmüştür. Bu bağlamda, bu bulguların klinik uygulamalarda gözetilmesinin psikoterapi sonuçları açısından olumlu olacağı değerlendirilmektedir.

2. Çalışmanın 10. ve 20. seanslarının ardından Değişim Görüşmeleri gerçekleştirilmiş, bu görüşmelerde hastaların psikoterapi deneyimlerine odaklanılmıştır. İlk değişim görüşmelerinden çıkan temalar “Çekingenim Her Yerde, Hatta Burada” ve “Başkaları Söylesin” alt temalarıyla “Konuşmak Zor” teması; “Aklım Yemekte: Yemekle Kavga”, “Gözüm Kilomda: Bedenimle Kavga” ve “Sosyalleşmek Sıkıntı Veriyor” alt temalarıyla “Hastalığa Dair” teması; “Hem Yakın Hem Uzağım”, “Neden Böyleyim, Nasıl Değişiyorum?”, “İçimdeki Sesler: Modlarla Temas” ve “Farklı Bir Ses Tanıyorum: Sınırlı Yeniden Ebeveynlik” alt temalarıyla “Gelgitli Terapi” teması olmuştur. İkinci değişim görüşmelerinden çıkan temalar “Daha İyi Bir Ben”, “Davranışlarım Değişiyor: Başka Yollardan Gidiyorum” ve “Sağlıklı Yetişkin Modum Büyüyor” alt temalarıyla “Değişime Dair” teması; “Bana İyi Gelenler, Farklı Tarifler” ve “20 Seans Yetmez: Beklentiler” alt temalarıyla “Güçlenirken” teması olmuştur.

Tez katılımcısı hastaların değişim görüşmelerinde kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri cevaplardan ortaya çıkan bu temalar, hastaların psikoterapide nasıl bir süreç içinden geçtiklerini ortaya koymuştur. Bunun yanında, kendileri ve hastalıklarıyla kurmuş oldukları ilişkiye yönelik de önemli bulgular gözlenmiştir.

3. Genel bir bakış ile çalışmadan elde edilen tema ve içerikler özetlenecek olursa, temaların AN psikopatolojisini ve 20 seans süren bir Şema Terapi sürecinin kız ergen hasta grubundaki etkilerini iyi bir biçimde yansıttığı söylenebilir. İlk değişim görüşmesi ile ikinci değişim görüşmesinden gelen temalar karşılaştırıldığında, içerik olarak değişimin giderek daha çok ön plana çıktığı, hastaların kendilerine ve hastalıklarına yönelik algılarında olumlu yönde bir değişim olduğu ve farkındalıklarının arttığı düşünülebilir. Hastaların değişim görüşmelerindeki paylaşımları, Şema Terapiyi kavramsallaştırmada ve içselleştirmede bir sorun yaşamadıklarını, ergen grupta da Şema Terapinin etkili olabileceğini düşündürmüştür.

4. Bu çalışma, yeni sayılabilecek bir alan olan ergenlerde Şema Terapi uygulamalarının kapsamlı bir örneğini oluşturmuş, ulaşması görece zor olan Anoreksiya Nervoza tanılı hasta grubu ile yürütülmesiyle bu hastalığa yönelik

linik tabloyu ve Şema Terapi sürecini ayrıntılı biçimde ortaya koyabilmiştir. Bunun yanında, her hastanın biricikliğini de ön plana çıkarmış, hastaların fenomenolojik dünyalarına yönelik zengin bilgi sağlamıştır.

5. Hastaların değişim görüşmelerinde dile getirdikleri ile terapistin psikoterapi süreçlerinden edindiği izlenimler ışığında, Şema Mod Modelinin kişiliğin farklı yanlarını ayrıştırıyor olmasının AN hastalarına iyi geldiği düşünülmektedir. Kimlik gelişimi sürecinde olan ve halen aynalanma ihtiyacı yoğun olan ergenler için hastalığının yanında benliğinin olumlu yanlarının da vurgulanmasının iyileşme süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Şema Mod Modelinin içselleştirilen psikopatolojinin dışsallaştırılmasında, başka bir deyişle benliğe uyumlu olan hastalığın benliğe yabancı hale getirilmesinde etkin bir rolü olduğu değerlendirilmektedir. Psikoterapi sürecinde inatçı çocuk modu, söz dinleyen teslimci mod, kaçınan korungan mod gibi uyum bozucu başa çıkma modlarının durdurulması tedavinin engellenme riskini azaltmakta, ayrıca ergenin bu yanlarını tanıyarak yaşamının farklı alanlarında da kendisini sabote eden modlarını görmesine olanak sağlamaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın ileride yapılabilecek daha geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterebileceği; olası değişim mekanizmalarına ilişkin bulgular ortaya koyduğu, Şema Terapi ile AN izlemine yönelik bir tedavi protokolünün taslağını oluşturduğu söylenebilir.

## KAYNAKÇA

- Akdemir, D. (2013). Yeme Bozuklukları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 35(1), 83–96.
- Akdemir, Devrim, Zeki, A., Yetimoğlu Ünal, D., Kara, M. Ve Çuhadaroğlu Çetin, F. (2013). Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Psikiyatrik Belirtiler, Kimlik Karmaşası Ve Benlik Saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 69–76. <https://doi.org/10.5455/apd.35961>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1987). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders - Revised. DSM III-R Tanı Ölçütleri*. (E. Köroğlu, Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1998). *Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)*. (E. Köroğlu, Ed.) (4. Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arntz, A. Ve Jacob, G. (2016). *Temel Konular, Uygulamada Şema Terapi/Şema Mod Yaklaşımına Giriş Rehberi*. (I. V. Gülüm Ve G. Soygüt, Eds.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Bachner-Melman, R. (2005). Siblings In The Context Of Anorexia Nervosa. *Israel Journal Of Psychiatry And Related Sciences*.
- Bennett-Levy, J. Ve Finlay-Jones, A. (2018). The Role Of Personal Practice In Therapist Skill Development: A Model To Guide Therapists, Educators, Supervisors And Researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Bernstein, D. P., Arntz, A. Ve De Vos, M. (2007). Schema Focused Therapy In Forensic Settings: Theoretical Model And Recommendations For Best

Clinical Practice. *International Journal Of Forensic Mental Health*.  
<https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471261>

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W. Ve Claes, L. (2013). Are Maladaptive Schema Domains And Perfectionism Related To Body Image Concerns In Eating Disorder Patients? *European Eating Disorders Review*, 21(1), 45–51.  
<https://doi.org/10.1002/Erv.2175>

Bordin, E. S. (1979). The Generalizability Of The Psychoanalytic Concept Of The Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*.  
<https://doi.org/10.1037/H0085885>

Bradbury-Jones, C. (2007). Enhancing Rigour In Qualitative Health Research: Exploring Subjectivity Through Peshkin's I's. *Journal Of Advanced Nursing*.  
<https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04306.X>

Braun, V. Ve Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis In Psychology. *Qualitative Research In Psychology*.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brewerton, T. D., Hand, L. D. Ve Bishop, E. R. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire In Eating Disorder Patients. *International Journal Of Eating Disorders*.  
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199309\)14:2<213::AID-EAT2260140211>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199309)14:2<213::AID-EAT2260140211>3.0.CO;2-P)

Bruch, H. (1981). Developmental Considerations On Anorexia Nervosa And Obesity. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 26(4), 212–217.  
<https://doi.org/10.1177/070674378102600402>

Bruch, Hilde. (1979). Island In The River: The Anorexic Adolescent In Treatment. *Adolescent Psychiatry*.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. Ve Joyce, P. R. (1997). Eating Disorders And Antecedent Anxiety Disorders: A Controlled Study. *Acta Psychiatrica*

*Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1997.Tb09913.X>

Casper, Regina C. (1983). Some Provisional Ideas Concerning The Psychological Structure In Anorexia Nervosa And Bulimia. In *Anorexia Nervosa, Recent Developments In Research* (Pp. 387–392). Alan R. Liss, Inc.,

Casper, Regina C., Hedeker, D. Ve McClough, J. F. (1992). Personality Dimensions In Eating Disorders And Their Relevance For Subtyping. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*.

Cassin, S. E. Ve Von Ranson, K. M. (2005). Personality And Eating Disorders: A Decade In Review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/J.Cpr.2005.04.012>

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. Ve Hayes, A. M. (1996). Predicting The Effect Of Cognitive Therapy For Depression: A Study Of Unique And Common Factors. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>

Çetin Çuhadaroğlu, F. (1990). Identity Confusion And Diagnostic Categories. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(2), 59–63.

Çetin Çuhadaroğlu, F. (2001). Identity Confusion As A Sign Of Self Pathology. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 309–314.

Crane, A. M., Roberts, M. E. Ve Treasure, J. (2007). Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated With A Poor Outcome In Anorexia Nervosa? A Systematic Review Of Randomized Controlled Trials And Naturalistic Outcome Studies. *International Journal Of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/Eat.20419>

Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K., Etxebarria, I. Ve Echeburúa, E. (2015). Risky Eating Behaviors And Beliefs Among Adolescent Girls. *Journal*

*Of Health Psychology*, 20(2), 154–163.  
<https://doi.org/10.1177/1359105313500683>

Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Escobar-Koch, T. Ve Simpson, S. (2017). From Eating Identity To Authentic Selfhood: Identity Transformation In Eating Disorder Sufferers Following Psychotherapy. *Clinical Psychologist*, 21(3), 227–235. <https://doi.org/10.1111/Cp.12067>

Damiano, S. R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L. Ve Patton, G. (2015). Maladaptive Schemas In Adolescent Females With Anorexia Nervosa And Implications For Treatment. *Eating Behaviors*, 16, 64–71. <https://doi.org/10.1016/J.Eatbeh.2014.10.016>

Darling, N. (1999). Parenting Style And Its Correlates. *Eric Digest*.

Dawson, L., Rhodes, P., Mullan, B., Miskovic, J. Ve Touyz, S. (2014). Recovery Stories - Helpful Or Unhelpful? A Randomised Controlled Trial. *Journal Of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-S1-O50>

Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring And Procedures Manual=II* (2nd Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Düzçeker, Y. Ve Kanbur, N. (2017). Yeme Bozukluklarının Uzun Dönem Medikal Komplikasyonları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 38(3), 177–196.

Edwards, D. J. A. (2017). An Interpretative Phenomenological Analysis Of Schema Modes In A Single Case Of Anorexia Nervosa: Part 2 - Coping Modes, Healthy Adult Mode, Superordinate Themes, And Implications For Research And Practice. *Indo-Pacific Journal Of Phenomenology*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/20797222.2017.1326730>

Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M. Ve Bromley, D. B. (2004). Developing Evidence-Based Practice: The Role Of Case-Based Research. *Professional*

*Psychology: Research And Practice*. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.589>

Elliott, R., Slatick, E. Ve Urmann, M. (2001). Qualitative Change Process Research On Psychotherapy: Alternative Strategies. *Psychologische Beiträge*.

Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1093/Ptr/12.1.1>

Enten, R. S. Ve Golan, M. (2009). Parenting Styles And Eating Disorder Pathology. *Appetite*, 52(3), 784–787. <https://doi.org/10.1016/J.Appet.2009.02.013>

Erikson, E. (1968). *Youth: Identity And Crisis*. New York, NY: WW.

Escuriex, B. F. Ve Labbé, E. E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness And Treatment Outcomes: A Critical Review Of The Research Literature. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/S12671-011-0068-Z>

Eysenck, H. J. (1952). The Effects Of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal Of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.

Fairburn, C. G. Ve Beglin, S. J. (1994). Assessment Of Eating Disorders: Interview Or Self-Report Questionnaire? *International Journal Of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#)

Fairburn, C. G., Cooper, Z. Ve Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy For Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory And Treatment. *Behaviour Research And Therapy*.

Fairburn, C. G. Ve Harrison, P. J. (2003). *Eating Disorders: Minerquest*.



- Fairburn, C. G., Shafran, R. Ve Cooper, Z. (1999). A Cognitive Behavioural Theory Of Anorexia Nervosa. *Behaviour Research And Therapy*.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8)
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. Ve Munoz, R. (1972). Diagnostic Criteria For Use In Psychiatric Research. *Archives Of General Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1001/Archpsyc.1972.01750190059011>
- Fischer, C. T. (2009). Bracketing In Qualitative Research: Conceptual And Practical Matters. *Psychotherapy Research*.  
<https://doi.org/10.1080/10503300902798375>
- Fishman, D. B. (2005). Editor's Introduction To PCSP - From Single Case To Database: A New Method For Enhancing Psychotherapy Practice. *Pragmatic Case Studies In Psychotherapy*, 1(1), 1–50.  
<https://doi.org/10.14713/Pcsp.V1i1.855>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Fuhrmann, D., Knoll, L. J. Ve Blakemore, S. J. (2015). Adolescence As A Sensitive Period Of Brain Development. *Trends In Cognitive Sciences*.  
<https://doi.org/10.1016/J.Tics.2015.07.008>
- Garner, D. M. Ve Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D. M. Ve Garfinkel, P. E. (1982). Body Image In Anorexia Nervosa: Measurement, Theory And Clinical Implications. *The International Journal Of Psychiatry In Medicine*. <https://doi.org/10.2190/R55q-2u6t-Lam7-Rqr7>
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M. Ve Flett, G. L. (2000).

Inhibited Expression Of Negative Emotions And Interpersonal Orientation In Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200007\)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200007)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U)

George, L., Thornton, C., Touyz, S. W., Waller, G. Ve Beumont, P. J. V. (2004). Motivational Enhancement And Schema-Focused Cognitive Behaviour Therapy In The Treatment Of Chronic Eating Disorders. *Clinical Psychologist*. <https://doi.org/10.1080/13284200412331304054>

Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, E. Ç., Akdemir, D. Ve Taner, Y. (2004). Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirliliği. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11, 109-116.

Grilo, C. M. (2002). Recent Research Of Relationships Among Eating Disorders And Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 18–24. <https://doi.org/10.1007/S11920-002-0007-8>

Guillemin, M. Ve Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, And “Ethically Important Moments” In Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261–280. <https://doi.org/10.1177/1077800403262360>

Güleç, N. (2014). Ergenlik: Anlamak Ve Anlaşılmak Üzerine. In *Ergenlik* (Pp. 39–52). İstanbul: Bağlam Yayınları.

Gülüm, İ. V., Soygüt, G. Ve Ataman, E. (2018). Schema Therapy For Pervasive And Chronic Life Problems: A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study. *International Journal Of Psychotherapy*, 22(1), 37–52.

Gülüm, İ. V., Uluç, S. Ve Soygüt, G. (2018). Terapötik İttifak Ölçeği-Kısa Formun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 47–53.

Gülüm, V., Soygüt, G. Ve Safran, J. D. (2016). A Comparison Of Pre-Dropout

And Temporary Rupture Sessions In Psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>

Gülüm, V. Ve Soygüt Pekak, G. (2018). *Etkili Psikoterapistlik: Terapötik İttifak Odaklı Uygulamalar*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Gürdal Küey, A. (2008). Yeme Bozuklukları. In *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* (Pp. 81–83). İstanbul.

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S. Ve Himle, J. A. (2011). The Role Of Early Maladaptive Schemas In Predicting Exposure And Response Prevention Outcome For Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research And Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.007>

Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W. Ve Kraemer, H. C. (2005). Predictors Of Treatment Acceptance And Completion In Anorexia Nervosa: Implications For Future Study Designs. *Archives Of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.776>

Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. Ve Abd Elbaky, G. (2015). Individual Psychological Therapy In The Outpatient Treatment Of Adults With Anorexia Nervosa. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.Pub2>

HERZOG, D. B., KELLER, M. B., SACKS, N. R., YEH, C. J. Ve LAVORI, P. W. (1992). Psychiatric Comorbidity In Treatment-Seeking Anorexics And Bulimics. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00006>

Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology In Psychotherapy Process And Outcome Research. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.3.373>

- Hodge, L. Ve Simpson, S. (2016). Speaking The Unspeakable: Artistic Expression In Eating Disorder Research And Schema Therapy. *Arts In Psychotherapy, 50*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.005>
- Hoek, H. W. Ve Van Hoeken, D. (2003). Review Of The Prevalence And Incidence Of Eating Disorders. *International Journal Of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Holmes, E. A., Mathews, A., Mackintosh, B. Ve Dalgleish, T. (2008). The Causal Effect Of Mental Imagery On Emotion Assessed Using Picture-Word Cues. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.395>
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M. Ve Madden, S. (2006). The Influence Of Siblings On The Experience Of Anorexia Nervosa For Adolescent Girls. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.713>
- Horvath, A. O. Ve Greenberg, L. S. (1989). Development And Validation Of The Working Alliance Inventory. *Journal Of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Iwakabe, S. Ve Gazzola, N. (2009). From Single-Case Studies To Practice-Based Knowledge: Aggregating And Synthesizing Case Studies. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 601–611. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. Ve McGlinchey, J. B. (1999). Methods For Defining And Determining The Clinical Significance Of Treatment Effects: Description, Application, And Alternatives. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.300>
- Jacobson, N. S. Ve Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach To Defining Meaningful Change In Psychotherapy Research. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School-Age Children-Present And Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability And Validity Data. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods For Clinical And Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, Alan E. (2008). Evidence-Based Treatment And Practice: New Opportunities To Bridge Clinical Research And Practice, Enhance The Knowledge Base, And Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Lamoureux, M. M. H. Ve Bottorff, J. L. (2005). “Becoming The Real Me”: Recovering From Anorexia Nervosa. *Health Care For Women International*. <https://doi.org/10.1080/07399330590905602>
- Lawson, R., Waller, G. Ve Lockwood, R. (2007). Cognitive Content And Process In Eating-Disordered Patients With Obsessive-Compulsive Features. *Eating Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.006>
- Leung, N., Waller, G. Ve Thomas, G. (2000). Outcome Of Group Cognitive-Behavior Therapy For Bulimia Nervosa: The Role Of Core Beliefs. *Behaviour Research And Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00026-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00026-1)
- Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M. Ve Norring, C. (2015). Who Do You Think You Are? - Personality In Eating Disordered Patients. *Journal Of Eating Disorders*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S40337-015-0042-6>
- Levenkron, S. (1983). *Treating And Overcoming Anorexia Nervosa*. Warner Books.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. Ve Mitchell, J. (2006).

Eating Disorders And Personality: A Methodological And Empirical Review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>

Lobbestael, J., Arntz, A. Ve Bernstein, D. P. (2010). Disentangling The Relationship Between Different Types Of Childhood Maltreatment And Personality Disorders. *Journal Of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.285>

Loose, C., Graaf, P. Ve Zarbock, G. (2018). *Çocuk Ve Ergenler İçin Şema Terapi*. ( H. Alp Karaosmanoğlu, Ed.). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M. Ve Lacey, H. (2005). The Role Of Schema Processes In The Eating Disorders. *Cognitive Therapy And Research*, 29(6), 717–732. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9635-8>

Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... Zervas, I. (2014). Schema Therapy For Patients With Chronic Depression: A Single Case Series Study. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>

Mcleod, J. (2011). *Qualitative Research In Counseling And Psychotherapy*. London: SAGE Publications.

Mcleod, John. (2002). Case Studies And Practitioner Research: Building Knowledge Through Systematic Inquiry Into Individual Cases. *Counselling And Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384755>

Mehler, P. S., Krantz, M. J. Ve Sachs, K. V. (2015). Treatments Of Medical Complications Of Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa. *Journal Of Eating Disorders*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0041-7>

Messer, S. B. (2014). Psychoanalytic Case Studies And The Pragmatic Case Study Method. *Pragmatic Case Studies In Psychotherapy*.

- Miller, R. B. (2004). *Facing Human Suffering: Psychology And Psychotherapy As Moral Engagement*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Morrow, S. L. (2005). Quality And Trustworthiness In Qualitative Research In Counseling Psychology. *Journal Of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Munro, C., Randell, L. Ve Lawrie, S. M. (2017). An Integrative Bio-Psycho-Social Theory Of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 24(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/Cpp.2047>
- Munro, C., Thomson, V., Corr, J., Randell, L., Davies, J. E., Gittoes, C., ... Freeman, C. P. (2014). A New Service Model For The Treatment Of Severe Anorexia Nervosa In The Community: The Anorexia Nervosa Intensive Treatment Team. *The Psychiatric Bulletin*. <https://doi.org/10.1192/Pb.Bp.113.044818>
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas In Non-Clinical Adolescents: Relations To Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors And Psychopathological Symptoms. *Clinical Psychology And Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/Cpp.506>
- Pachankis, J. E. Ve Goldfried, M. R. (2007). On The Next Generation Of Process Research. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/J.Cpr.2007.01.009>
- Parman, T. (2014). Ergen Ve Bedeni: Bir Beden Patolojisi Olarak Anoreksiya Nervosa. In *Ergenlik Ya Da Merhaba Hüzün* (4. Baskı, Pp. 125–134). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Pehlivan Türk Kızılcın, M. Ve Derman, O. (2017). Yeme Bozukluklarının Akut Medikal Komplikasyonları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 38(3), 161–176.
- Pillow, W. S. (2003). Confession, Catharsis, Or Cure? Rethinking The Uses Of

Reflexivity As Methodological Power In Qualitative Research. *International Journal Of Qualitative Studies In Education*.  
<https://doi.org/10.1080/0951839032000060635>

Polat, A. Ve Sodan Turan, H. (2013). Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi. In B. Yücel (Ed.), *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi El Kitabı* (Pp. 27–39). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Pryor, T. Ve Wiederman, M. W. (1996). Measurement Of Nonclinical Personality Characteristics Of Women With Anorexia Nervosa Or Bulimia Nervosa. *Journal Of Personality Assessment*.  
[https://doi.org/10.1207/S15327752jpa6702\\_14](https://doi.org/10.1207/S15327752jpa6702_14)

Pugh, M. (2016). The Internal ‘Anorexic Voice’: A Feature Or Fallacy Of Eating Disorders? *Advances In Eating Disorders*, 4(1), 75–83.  
<https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1116017>

Richards, C. (2011). Alliance Ruptures: Etiology And Resolution. *Counselling Psychology Review*.

Rijkeboer, M. M. Ve De Boo, G. M. (2010). Early Maladaptive Schemas In Children: Development And Validation Of The Schema Inventory For Children. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1016/J.Jbtep.2009.11.001>

Safran, J. D., Greenberg, L. S. Ve Rice, L. N. (1988). Integrating Psychotherapy Research And Practice: Modeling The Change Process. *Psychotherapy*, 25(1), 1–17. <https://doi.org/10.1037/H0085305>

Safran, Jeremy D. (2003). The Relational Turn, The Therapeutic Alliance, And Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 449–475.

Safran, Jeremy D. Ve Muran, J. C. (1996). The Resolution Of Ruptures In The Therapeutic Alliance. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*.



- Safran, Jeremy D. Ve Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity And Integration. *Journal Of Clinical Psychology*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D. Ve Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri: Ergenler İçin Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 29–39.
- Sansone, R. A. Ve Levitt, J. L. (2005). Borderline Personality And Eating Disorders. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640260590893665>
- Sarıtaş, D. Ve Gençöz, T. (2011). Psychometric Properties Of “Young Schema Questionnaire-Short Form 3” In A Turkish Adolescent Sample. *Journal Of Cognitive And Behavioral Psychotherapies*.
- Savaşır, I. Ve Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtiler İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- Savaşır, I. Ve Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler. (Cognitive-Behavioral Therapy Scales Commonly Used In The Assessment)*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schupak-Neuberg, E. Ve Nemeroff, C. J. (1993). Disturbances In Identity And Self-Regulation In Bulimia Nervosa: Implications For A Metaphorical Perspective Of “Body As Self.” *International Journal Of Eating Disorders*.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. Ve Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend Or Foe? *International Journal Of Eating Disorders*.
- Shafran, R. Ve Mansell, W. (2001). Perfectionism And Psychopathology: A Review Of Research And Treatment. *Clinical Psychology Review*. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)

- Shah, R. Ve Waller, G. (2000). Parental Style And Vulnerability To Depression: The Role Of Core Beliefs. *Journal Of Nervous And Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-200001000-00004>
- Simpson, S. G., Morrow, E., Van Vreeswijk, M. Ve Reid, C. (2010). Group Schema Therapy For Eating Disorders: A Pilot Study. *Frontiers In Psychology*, 1(NOV), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. Ve Çakir, Z. (2009). Assessment Of Early Maladaptive Schemas: A Psychometric Study Of The Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turk Psikiyatri Dergisi*.
- Stallard, P. (2007). Early Maladaptive Schemas In Children: Stability And Differences Between A Community And A Clinic Referred Sample. *Clinical Psychology And Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.511>
- Stephen, E. M., Rose, J., Kenney, L., Rosselli-Navarra, F. Ve Weissman, R. S. (2014). Adolescent Risk Factors For Purging In Young Women: Findings From The National Longitudinal Study Of Adolescent Health. *Journal Of Eating Disorders*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-1>
- Stiles, W. B. (1980). Measurement Of The Impact Of Psychotherapy Sessions. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.2.176>
- Stiles, W. B. (2007). Theory-Building Case Studies Of Counselling And Psychotherapy. *Counselling And Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/14733140701356742>
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. Ve Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations Of Session Evaluations With Treatment Outcome. *British Journal Of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1990.tb00844.x>

- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early Alliance, Alliance Ruptures, And Symptom Change In A Nonrandomized Trial Of Cognitive Therapy For Avoidant And Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>
- Stronach, I., Garratt, D., Pearce, C. Ve Piper, H. (2007). Reflexivity, The Picturing Of Selves, The Forging Of Method. *Qualitative Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1077800406295476>
- Swift, J. K. Ve Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation In Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/A0028226>
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Brockman, R. Ve Simpson, S. (2015). Schema Modes In Eating Disorders Compared To A Community Sample. *Journal Of Eating Disorders*, 3(1), 2–5. <https://doi.org/10.1186/S40337-015-0082-Y>
- Thimm, J. C. (2010). Personality And Early Maladaptive Schemas: A Five-Factor Model Perspective. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/J.Jbtep.2010.03.009>
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L. Ve Westen, D. (2008). Personality Subtypes In Adolescents With Eating Disorders: Validation Of A Classification Approach. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry And Allied Disciplines*.
- Treasure, Janet Ve Schmidt, U. (2013). DBS For Treatment-Refractory Anorexia Nervosa. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60057-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60057-4)
- Uluç, S., Korkmaz, B. Ve Soygüt Pekak, G. (N.D.). Psikoterapi Süreçlerinde Danışan Ve Terapistlerin Seans Etkisi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi, Baskıda*.

- Van Der Ham, T., Van Strien, D. C. Ve Van Engeland, H. (1998). Personality Characteristics Predict Outcome Of Eating Disorders In Adolescents: A 4-Year Prospective Study. *European Child And Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/S007870050051>
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. Ve Bögels, S. (2010). Maladaptive Schemas And Psychopathology In Adolescence: On The Utility Of Young's Schema Theory In Youth. *Cognitive Therapy And Research*. <https://doi.org/10.1007/S10608-009-9283-5>
- Verschueren, M., Claes, L., Bogaerts, A., Palmeroni, N., Gandhi, A., Moons, P. Ve Luyckx, K. (2018). Eating Disorder Symptomatology And Identity Formation In Adolescence: A Cross-Lagged Longitudinal Approach. *Frontiers In Psychology*, 9(JUN), 1–11. <https://doi.org/10.3389/Fpsyg.2018.00816>
- Vitousek, K. Ve Manke, F. (1994). Personality Variables And Disorders In Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa. *Journal Of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147.
- Waller, G. Ve Kennerley, H. (2003). Cognitive-Behavioral Treatments. In J. Treasure, S. U. Ve E. Furth (Eds.), *Handbook Of Eating Disorders* (Pp. 233–252). Chichester, England: Wiley.
- Waller, G., Kennerly, H. Ve Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy For Eating Disorders. In L. P. Riso, P. L. Du Toit, D. J. Stein Ve J. E. Young (Eds.), *Cognitive Schemas And Core Beliefs In Psychological Problems. A Scientist/practitioner Guide* (Pp. 139–175). Washington, DC: American Psychological Association.
- Waller, Glenn. (1997). Drop-Out And Failure To Engage In Individual Outpatient Cognitive Behavior Therapy For Bulimic Disorders. *International Journal Of Eating Disorders*.

- Weaver, K., Wuest, J. Ve Ciliska, D. (2005). Understanding Women's Journey Of Recovering From Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732304270819>
- Wonderlich, S. A., Lilienfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S. Ve Mitchell, J. E. (2005). Personality And Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 37(SUPPL.), 68–71. <https://doi.org/10.1002/Eat.20120>
- Yıldırım, Y. D. D. T., Atlı, Y. D. D. A. Ve Çitil, C. (2014). Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Aramaya Gönüllülükleri İle Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişki/The Relationship Between High School Students' Willingness To Seek Psychological Help And Their Psychological Symptoms. *E-International Journal Of Educational Research*. <https://doi.org/10.19160/E-Ijer.97616>
- Yılmaz Cengiz, Ö. (2018). *Doktora Öğrencisi Psikoterapistlerin Şema Terapi Süpervizyonuyla İzledikleri Danışanlarıyla Olan İttifakta Kırılma Deneyimlerinin Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizi Ve Bu Deneyimlere Yönelik Sınırlı Yeniden Ebeveynlik İmgelemesi Uygulanması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy For Personality Disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. Ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: The Guilford Press.

## EK 1 KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BU GÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0.Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

	Hiç Yok	Biraz Var	Orta Derecede Var	Epey Var	Çok Fazla Var
1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4
13	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4
15	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4
17	0	1	2	3	4
18	0	1	2	3	4
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	4
21	0	1	2	3	4
22	0	1	2	3	4
23	0	1	2	3	4
24	0	1	2	3	4
25	0	1	2	3	4
26	0	1	2	3	4
27	0	1	2	3	4

28	Otobüs, metro, tren gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak durmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın 'bomboş' olması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

## EK 2 YEME TUTUM TESTİ (YTT)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen boşluğa (X) işareti koyunuz. Örneğin, “çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” ifadesinin altına (X) işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” yazılı ifadenin altına (X) işareti koyunuz. Her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima” yazılı ifadenin altına (X) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Açıldığımda yemek yemeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarından daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34. Yiyecek ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



## EK 3 YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORMU (YŞÖ-KF)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. \_\_\_\_\_ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. \_\_\_\_\_ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. \_\_\_\_\_ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. \_\_\_\_\_ Uyumsuzum.
5. \_\_\_\_\_ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. \_\_\_\_\_ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. \_\_\_\_\_ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. \_\_\_\_\_ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. \_\_\_\_\_ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. \_\_\_\_\_ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. \_\_\_\_\_ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. \_\_\_\_\_ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. \_\_\_\_\_ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. \_\_\_\_\_ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. \_\_\_\_\_ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. \_\_\_\_\_ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. \_\_\_\_\_ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. \_\_\_\_\_ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. \_\_\_\_\_ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. \_\_\_\_\_ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. \_\_\_\_\_ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissedirim.
22. \_\_\_\_\_ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. \_\_\_\_\_ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. \_\_\_\_\_ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. \_\_\_\_\_ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. \_\_\_\_\_ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. \_\_\_\_\_ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. \_\_\_\_\_ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. \_\_\_\_\_ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. \_\_\_\_\_ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. \_\_\_\_\_ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. \_\_\_\_\_ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. \_\_\_\_\_ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. \_\_\_\_\_ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. \_\_\_\_\_ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. \_\_\_\_\_ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. \_\_\_\_\_ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. \_\_\_\_\_ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. \_\_\_\_\_ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. \_\_\_\_\_ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. \_\_\_\_\_ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. \_\_\_\_\_ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. \_\_\_\_\_ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. \_\_\_\_\_ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. \_\_\_\_\_ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. \_\_\_\_\_ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. \_\_\_\_\_ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. \_\_\_\_\_ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. \_\_\_\_\_ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. \_\_\_\_\_ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. \_\_\_\_\_ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. \_\_\_\_\_ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. \_\_\_\_\_ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. \_\_\_\_\_ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. \_\_\_\_\_ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. \_\_\_\_\_ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersen çok kötü hissederim.
57. \_\_\_\_\_ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.
58. \_\_\_\_\_ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. \_\_\_\_\_ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. \_\_\_\_\_ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. \_\_\_\_\_ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. \_\_\_\_\_ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. \_\_\_\_\_ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. \_\_\_\_\_ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. \_\_\_\_\_ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. \_\_\_\_\_ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. \_\_\_\_\_ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. \_\_\_\_\_ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. \_\_\_\_\_ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. \_\_\_\_\_ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. \_\_\_\_\_ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. \_\_\_\_\_ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. \_\_\_\_\_ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. \_\_\_\_\_ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. \_\_\_\_\_ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. \_\_\_\_\_ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. \_\_\_\_\_ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. \_\_\_\_\_ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. \_\_\_\_\_ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. \_\_\_\_\_ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. \_\_\_\_\_ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. \_\_\_\_\_ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. \_\_\_\_\_ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyırıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. \_\_\_\_\_ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. \_\_\_\_\_ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. \_\_\_\_\_ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. \_\_\_\_\_ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. \_\_\_\_\_ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

## EK 4 TERAPÖTİK İTTİFAK ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU (TİÖ-GKF) - DANIŞAN

Aşağıdaki herbir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1. Terapistim ve ben sorunlarımın düzelmesi için terapide neler yapmam gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.							
2. Terapide yaptıklarım, bana sorunumla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor.							
3. Terapistimin bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
4. Terapistim terapide neye ulaşmak istediğimi anlamıyor.							
5. Terapistimin bana yardım edebileceğine inanıyorum.							
6. Terapistim ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
7. Terapistimin beni takdir ettiğini hissediyorum.							
8. Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
9. Terapistim ve ben birbirimize güveniyoruz.							
10. Terapistim ve ben sorunlarımın neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.							
11. Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.							
12. Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum.							

## EK 5 TERAPÖTİK İTTİFAK ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU (TİÖ-GKF) – TERAPİST

Aşağıdaki her bir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1. Hastam ve ben, sorunlarının düzelmesi için terapide neler yapması gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.							
2. Hastam ve ben, terapide yaptıklarımızın işe yaradığına inanıyoruz.							
3. Hastamın bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
4. Terapide neye ulaşmak istediğimiz konusunda şüphelerim var.							
5. Hastama yardım edebileceğime inanıyorum.							
6. Hastam ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
7. Hastamı takdir ediyorum.							
8. Ne tür değişikliklerin onun yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
9. Hastam ve ben birbirimize güveniyoruz.							
10. Hastam ve ben sorunlarının neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.							
11. Hastam için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.							
12. Hastam sorununu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyor.							

**EK 6 DUYGUDURUM DEĞERLENDİRME FORMU**

Şu anda kendinizi ne kadar kaygılı hissediyorsunuz?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Şu anda kendinizi ne kadar depresif (canı sıkkın, üzüntülü) hissediyorsunuz?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Şu anda kendinizi ne kadar iyimser hissediyorsunuz?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

## EK 7 SEANS DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-SIFATLAR FORMU (SDÖ-SF)

Bugünkü görüşme hakkında nasıl hissettiğinizi uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

### Bugünkü görüşme:

Kötüydü	1	2	3	4	5	6	7	İyiydi
Güvenliydi	1	2	3	4	5	6	7	Tehlikeliydi
Zordu	1	2	3	4	5	6	7	Kolaydı
Anlamlıydı	1	2	3	4	5	6	7	Anlamsızdı
Yüzeyseldi	1	2	3	4	5	6	7	Derindi
Dingindi	1	2	3	4	5	6	7	Gergindi
Nahoştu	1	2	3	4	5	6	7	Hoştu
Doluydu	1	2	3	4	5	6	7	Boştu
Etkisizdi	1	2	3	4	5	6	7	Etkiliydi
Özeldi	1	2	3	4	5	6	7	Sıradandı
Acıtcıydı	1	2	3	4	5	6	7	Yumuşaktı
Rahattı	1	2	3	4	5	6	7	Rahatsızdı

## EK 8 DANIŞAN DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ PROTOKOLÜ

**Hazırlık:** Görüşme çizelgesinin kopyası, görüşmeden bir hafta önce danışana verilmelidir. Böylece danışan görüşmeden önce yanıtları hakkında düşünme fırsatı bulabilir.

### Malzemeler:

Bu protokol,

- Değişim Görüşmesi Kaydını
- Kayıtların sürümünü (ilk orta tedavi ve tedavi sonrası görüşmeler)
- Ses kaydını içerir

**Notları ve Kayıtları Etiketleme:** Lütfen, notlarınızı ve kayıtlarınızı şu bilgileri içerecek şekilde etiketleyin: Danışanın adı ve soyadının ilk harfleri ve vaka numarası; görüşme tarihi; sizin adınız; görüşmenin tedavi ortası mı yoksa tedavi sonrası mı olduğu bilgisi (danışanın, terapistiyle daha önce kaç seans yaptığı bilgisi de dâhil edilmelidir).

**Görüşme Stratejisi:** Bu görüşme, görece yapılandırılmamış bir şekilde, danışanın terapi deneyimlerinin empatik keşfi olarak gerçekleştirilmelidir. Bu görüşmede kendinizi, danışanın terapi yaşantısına dair hikayesini anlatmasına yardım eden biri gibi düşünün. Gündeme gelen konularla ilgili olarak merak duyduğunuzu gösteren nazik bir tavrın benimsenmesi, açık uçlu soruların kullanılması ve danışanın deneyimlerine yönelik olarak empatik tepkilerin verilmesi izlenecek en iyi yoldur. Bu nedenle her soruyu görece yapılandırılmamış bir şekilde sormaya başlayın ve sadece ihtiyaç olduğunda yapılandırın. Her bir soru için birkaç alternatif sözcük önerilmiştir, ancak bu sözcüklere her zaman ihtiyaç duymayabilirsiniz

- Danışanı verebileceği en fazla ayrıntıyı vermesi konusunda yönlendirin.
  - “Başka herhangi bir şey” gibi ifadeler kullanabilirsiniz. (“Fark ettiğiniz başka herhangi bir değişiklik var mı?” gibi): talepkar olmayan bir şekilde, danışanın söyleyebilecek bir şeyi kalmayana kadar sorgulamaya devam edin.

**Danışanlar İçin Giriş/Tanıtım:** Görüşme Çizelgesi'nin başında yer alan tanıtımın basitleştirilmiş bir halini danışana sunun.



**DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ KAYDI**

Baş Harfler: \_\_\_\_\_ Vaka Kodu: \_\_\_\_\_  
Görüşmeci: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_  
Değerlendirme (Birini işaretleyiniz): orta tedavi sonrası takip/6ay  
takip/18ay  
Terapist Adı: \_\_\_\_\_  
Önceki seansların sayısı: \_\_\_\_\_

**Psikofarmakolojik İlaç Kaydı (bitkisel ilaçlar dâhil)**

İlaç Adı	Hangi belirtiler için?	Doz/Sıklık	Ne kadar süreyle?	Son Düzenlemeler

**Değişim Listesi (Aşağıda yer alan Danışan Değişim Görüşmesi İzlenesi'nin 4a, 4b ve 4c Maddelerine göre doldurulacaktır.)**

Değişim	Değişim: 1- beklendikti 3- ne beklendikti ne de şaşırtıcıydı 5- şaşırtıcıydı	Terapi dışı nedenler: 1- mümkün değil 3- ne mümkündü ne de mümkün değildi 5- çok olası	Önemi: 1- hiç önemli değildi 2- az seviyede önemliydi 3- orta seviyede önemliydi 4- çok önemliydi 5- oldukça/hayati seviyede önemliydi
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

## DANIŞAN DEĞİŞİM GÖRÜŞMESİ İZLENESİ

Tedavinin belli aşamalarından sonra danışanlar ile yaklaşık bir saat sürecek yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılması hedeflenir.. Bu görüşmelerde, terapi başladıktan sonra fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik olup olmadığı, bu değişikliklere neden olduğunu düşündüğünüz şeyler ve terapinin yardımcı olan ve olmayan yönleri ele alınır. Bu görüşmelerin amacı, terapi ve araştırma hakkındaki fikirlerinizi, kendi kelimelerinizle söyleyebilmenize imkan sağlamaktır. Bu bilgiler terapinin daha iyi nasıl fayda sağlayabileceğini anlamamıza ve terapi sürecini geliştirmemize yardımcı olacaktır.

Sizinle yapılacak bu görüşme de, daha sonra deşifre edilmek üzere kayıt altına alınmaktadır. Lütfen mümkün olduğu kadar ayrıntı vermeye çalışın.

### 1. Genel Sorular:

**1a.** Şu an hangi ilaçları kullanıyorsunuz? (görüşmeci doz, süre, ilaçla ilgili son düzenlemeler, doğal ilaçlar da dâhil olmak üzere forma kaydeder)

**1b.** Görüşmenin yapıldığı aşamanın doğru kaydedilmesini sağlayınız (başlangıç-orta-son-takip gibi)

**1c.** Terapi şu ana kadar sizin için nasıldı? Terapide olmak nasıl hissettirdi?

**1d.** Genel anlamda, şu anda/şu sıralar nasılsınız?

### 2. Kendini Tanımlama (Terapi Öncesi):

*Terapiye başlamadan önce,*

**2a.** "Kendinizi birine tanıtmak, anlatmak isteseydiniz, hangi özelliklerinizden söz ederiniz?" Eğer kısa/genel bir şeylerden bahsedilirse, bana bir örnek verebilir misiniz?

**2b.** "Yakınlarınız sizden nasıl bahsederlerdi? Sizi birine tanıttıkları olsalardı hangi özelliklerinizi öne çıkarırlardı?" (Başka neler olabilir?)

### 3. Kendini Tanımlama (Görüşme Sırasında):

*Şu anda,*

**3a.** "Kendinizi birine tanıtmak, anlatmak isteseydiniz, hangi özelliklerinizden söz ederiniz?" Eğer kısa/genel bir şeylerden bahsedilirse, bana bir örnek verebilir misiniz?

**3b.** "Yakınlarınız sizden nasıl bahseder? Sizi birine tanıttıkları olsalardı hangi özelliklerinizi öne çıkarırlardı?" (Başka neler olabilir?)

**3c.** Kendinizde bir şeyleri değiştirebilecek olsanız bunlar ne olurdu?

#### 4. Değişim:

**4a.**Eğer olduysa, terapi başladığından beri kendinizde ne gibi değişiklikler gördünüz? (Örneğin, Eskiden yaptıklarınıza/hissettiğinize ya da düşündüğünüze göre daha farklı şeyler yapıyor/hissediyor ya da düşünüyor musunuz? Eğer olduysa, kendinize ya da başkalarına dair şimdiye kadar terapide hangi bakış açılarını kazandınız? Diğer insanların dikkatini çeken, sizde gerçekleşen herhangi bir değişiklik var mı?) (Görüşmeci: Değişiklikleri sonrası için kaydeder)

**4b.** Terapi başladığından beri hayatınızda, kötü anlamda herhangi bir değişiklik oldu mu?

**4c.** Terapi başladığından beri, hayatınızda, sizin istediğiniz fakat gerçekleşmeyen değişiklikler var mı?

**5. Değişim Derecelendirmesi:** (Her bir değişiklik üzerinde durun ve bunları ölçek üzerinde puanlayın)

**5a.** Her bir değişim/değişiklik için, lütfen değişikliğin beklenirlik X şaşırtıcılık düzeyini puanlayınız. (Aşağıdaki derecelendirmeyi kullanınız)

- (1) Çok beklendik
- (2) Az da olsa beklendik
- (3) Ne beklendik ne de şaşırtıcı
- (4) Az da olsa şaşırtıcı
- (5) Çok şaşırtıcı

**5b.** Her bir değişim/değişiklik için, lütfen değişikliğin, eğer terapide olmasaydınız gerçekleşme ihtimalini değerlendirin. (Aşağıdaki derecelendirmeyi kullanınız)

- (1) Terapi olmadan gerçekleşmesi hiç mümkün değildi (açıkça, gerçekleşmezdi)
- (2) Terapi olmadan gerçekleşmesi, muhtemelen, mümkün değildi (muhtemelen gerçekleşmezdi)
- (3) Mümkün olabilirdi de olmayabilirdi de (açıklamanın bir yolu yok)
- (4) Terapi olmadan gerçekleşmesi, muhtemelen, mümkün olurdu (muhtemelen gerçekleşirdi)
- (5) Terapi olmadan da gerçekleşirdi (açıkça, terapi olmasaydı da bu gerçekleşirdi)

**5c.** Bu değişim/değişiklik, kişisel olarak size ne kadar önemli ya da anlamlı geliyor? (Aşağıdaki derecelendirmeyi kullanınız)

- (1) Hiç önemli değil
- (2) Çok az önemli
- (3) Orta derecede önemli
- (4) Çok önemli
- (5) Aşırı derecede önemli

**6. Yüklemeler:** Genel olarak, bu değişikliklere neden olan şey/şeyler sizce neydi/nelerdi? Başka bir ifadeyle, bu değişiklikler nasıl oldu da gerçekleşti? (Terapi ile ilgili olan ve olmayan değişiklikler dâhil)

**7. Yardım Edici/Yararlı Yönler:** Şimdiye kadar, terapide nelerin yardımcı/yararlı olduğuna ilişkin düşüncelerinizi aktarabilir misiniz? Lütfen örnekler veriniz. (Örneğin, süreç genel olarak nasıldı ve/veya bununla ilgili aklınıza gelen belirli olaylar var mı, varsa nedir/nelerdir?)

**8. Sorunlu Yönler:**

**8a.** Terapi ile ilgili ne gibi şeyler engelleyiciydi, fayda sağlamadı, olumsuzdu ya da hayal kırıklığı yarattı? (Örneğin, süreç genel olarak nasıldı ve/veya bununla ilgili aklınıza gelen belirli olaylar var mı, varsa nedir/nelerdir?)

**8b.** Zor ya da acı verici olduğu halde iyi olan/iyi gelen ya da yararlı olan şeyler var mıydı? Bunlar neydi?

**8c.** Tedaviniz ile ilgili olarak atlanan bir şeyler var mı? (Neler terapinizi daha etkili ya da faydalı, işe yarar yapardı?)

**9. Öneriler:** Araştırma ya da terapi ile ilgili olarak bize sunabileceğiniz önerileriniz var mı?

Bana anlatmak istediğiniz başka şeyler var mı?

**10. Terapi öncesi kendini tanımlamayı gözden geçirin** (eğer seans öncesinde böyle bir tanımlama istenmişse yapılır.)

Hastaya, terapi öncesi elde edilen bilginin özetini gösterin ve sorun: Bunu şimdiki siz ile nasıl karşılaştıracak olursanız neler söylersiniz? (Neler benzer? Neler farklı? Bu benzerlikler ve farklılıkları nasıl değerlendiriyorsunuz?)

## EK 9 VAKA KAVRAMSALLAŞTIRMA FORMU

### Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu

2. Baskı

Versiyon 2.22

Lütfen cevaplarınızı ilgili maddenin yanındaki mavi kutunun içine yazın.

Terapistin Adı:	<input type="text"/>	Tarih:	<input type="text"/>
Seans Sayısı:	<input type="text"/>	İlk seanstan bu yana geçen ay sayısı:	<input type="text"/>

#### I. Hastanın Demografik Bilgileri

Hastanın Adı-Soyadı	<input type="text"/>	Yaş/DT:	<input type="text"/>
Mevcut İlişki Durumu/Cinsel Yönelimi/Çocukları (Varsa):	<input type="text"/>		
Mesleği/Pozisyonu	<input type="text"/>		
Eğitim Durumu	<input type="text"/>		
Doğduğu Ülke/Dini İnanç/Etnik Kökeni	<input type="text"/>		

#### II. Hastanın Terapiye Başvurma Sebebi?

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

a. Başlangıçta	
b. Şu anda	

### III. Hasta Hakkındaki Genel İzlenim

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

a.	
b.	

#### IV. Mevcut Tanısal İzlenim

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

1.		2.	
3.		4.	

#### B. Başlıca Yaşam Alanlarında Mevcut İşlevsellik Düzeyi

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

TEMEL YAŞAM ALANI	MEVCUT İŞLEVSELLİK DÜZEYİNİ PUANLANDIRIN	AÇIKLAMA VEYA AYRINTILAR
Mesleki ya da okul performansı		
Yakın-, romantik-, uzun süreli ilişkiler		
Aile ilişkileri		



Arkadaşlar ve Diğer Sosyal İlişkiler		
Tek Başına İşlevsellik ve Yalnız Zaman Geçirme		

#### V. Temel Yaşam Sorunları ve Belirtiler

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

1. Yaşam Sorunu/Belirti:

--

2. Yaşam Sorunu/Belirti:

--

--

3. Yaşam Sorunu/Belirti:

--

--

4. *Diğer* Yaşam Sorunları/Belirtiler:

--

--

## VI. Güncel Sorunların Çocukluk ve Ergenlik Kökenleri

### A. Erken Dönem Öyküsünün Genel Tanımı

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

--

### B. Karşılanmayan Belirli Erken Dönem Temel İhtiyaçları

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

1. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı:	
--	--

Köken(ler)	
------------	--

2. Karşılanmamış Erken Dönem İhtiyacı:	
--	--

Köken(ler)	
------------	--

3 Karşılanmamış Erken Dönem  
İhtiyacı:

Köken(ler)	
------------	--

4. *Diğer* Karşılanmamış Erken  
Dönem İhtiyaçları:

Köken(ler)	
------------	--

### C. Olası Mizaca Bağlı/Biyolojik Etkenler:

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

--

#### D. Olası Kültürel, Etnik ve Dini Etkenler

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

#### VII. En İlişkili Şemalar (Güncel)

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

1. Belirli *Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:*

2. Belirli *Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:*

--

3. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:

--

--

4. Belirli Erken Dönem Uyum Bozucu Şema:

--

--

5. Diğer Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

(opsiyonel) :

--

--

--

### VIII. En Bağlantılı Şema Modları (Güncel)

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

#### A. Çocuk Modları

1. *Kırılgan Çocuk* Modu:

--

--

2. *Diğer Bağlantılı Çocuk* Modları:

--

--

**B. Uyum Bozucu Başetme Modları:****3. Teslimci Mod:**

--

**4. Kopuk/Kaçıngan Mod:**

--

**5. Aşırı Telafi Modu:**

--



**C. İşlev Bozucu Ebeveyn Modu:**

6. *İşlev Bozucu Ebeveyn Modu:*


**D. Diğer İlişkili Mod(lar)**  
(opsiyonel)


**E. Sağlıklı Yetişkin Modu**

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

--

## IX. Terapi İlişkisi

### A. Terapistin Hastaya Kişisel Tepkileri

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

### B. Terapinin Hedefleri ve Görevler Üzerine İşbirliği

#### 1. Terapideki Hedefler ve Görevler Üzerine İşbirliğini

Derecelendirme

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

#### 2. Hastayla işbirliği sürecini kısaca tanımlayın.

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

### 3. İşbirliği ilişkisi nasıl geliştirilebilir?

Terapist ve hasta bunu gerçekleştirmek için hangi değişiklikleri yapabilir?

### C. Yeniden Ebeveynlik İlişkisi ve Bağı

1. *Yeniden Ebeveynlik İlişkisini ve Bağını* Derecelendirme:

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

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

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

**3. Yeniden Ebeveynlik İlişkisi ve Bağı nasıl güçlendirilebilir?**

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

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

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



**2. Terapi Hedefleri:**

Hedeflenen şemalar ve modlar	
İlerleme ve engeller	İlerleme:  Engel:

**3. Terapi Hedefleri:**

Hedeflenen şemalar ve modlar	
İlerleme ve engeller	İlerleme:



Hedeflenen şemalar ve modlar	
İlerleme ve engeller	

XI. Ek Yorum veya Açıklamalar (*Opsiyonel*):

--



© February 7<sup>th</sup> 2018. International Society of Schema Therapy (ISST).

© Türkçe form telifi: Alp Karaosmanoğlu, Gonca Soygüt Pekak, Ayşe Esra Tuncer ve Sevinç Göral Alkan.

Not: Çeviri aşamasındaki katkılarından dolayı Güliz Şan ve İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerine teşekkür ederiz.



## EK 10 ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ERGEN RIZA FORMU

Çalışmanın Adı: Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerin Tedavisinde Şema Terapi Etkililiğinin Niteliksel Olarak İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

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

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

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'ın süpervize edeceği Uzman Psikolog Ece Ataman Temizel ile görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Ünitesi'nde bulunmanız, erteleme zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecektir. Şema terapi görece uzun süreli bir psikoterapi yöntemi olup ön görülen süre yaklaşık altı aydır.

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

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

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

### **(Katılımcı Beyanı)**

Sayın Doç.Dr. Sinem Akgül tarafından Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Ünitesi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

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

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

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

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

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

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası da bana verilecektir.

**Katılımcının;**

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

**Araştırmacının**

Adı, soyadı, ünvanı: Doç.Dr. Sinem Akgül

Adres: Hacettepe Üniversitesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Adolesan Ünitesi

İmza:

Tarih:

## **EK 11 ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Veli/vasi)**

Çalışmanın Adı: Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerin Tedavisinde Şema Terapi Etkililiğinin Niteliksel Olarak İncelenmesi

Sayın Veli/Vasi,

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

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

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'ın süpervize edeceği Uzman Psikolog Ece Ataman Temizel ile görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Ünitesi'nde bulunmanız, ertelemenin zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecektir. Şema terapi görece uzun süreli bir psikoterapi yöntemi olup ön görülen süre yaklaşık altı aydır.

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

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

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

### **(Katılımcı Beyanı)**

Sayın Doç.Dr. Sinem Akgül tarafından Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Ünitesi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra ben ve kızım böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildik.

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

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

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

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

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde kızımın ve kendimin yer almasının uygun olduğu kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası da bana verilecektir.

**Katılımcının;**

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

**Araştırmacının**

Adı, soyadı, ünvanı: Doç.Dr. Sinem Akgül

Adres: Hacettepe Üniversitesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Adolesan Ünitesi

İmza:

Tarih:

## EK 12 ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-770

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 08.07.2015 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2015/14  
**Proje No** : GO 15/433 (Değerlendirme Tarihi: 08.07.2015)  
**Karar No** : GO 15/433 – 13

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adolesan Ünitesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Sinem AKGÜL'ün sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Nuray KANBUR, Prof. Dr. Gonca Soygüt PEKAK ve Doç. Dr. Devrim AKDEMİR ile birlikte çalışacakları Uzm. Psk. Ece Ataman TEMİZEL'in tezi olan GO 15/433 kayıt numaralı ve "Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerin Tedavisinde Şema Terapi Etkililiğinin Niteliksel Olarak İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan)       | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye)         |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye)      | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)      |
| İZİNLİ                                    |  |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye)       | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)      |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Muftuoğlu (Üye)     | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)     |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye)        | İZİNLİ                                   |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye)   | 13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye)             |
| İZİNLİ                                    |  |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye)             | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye)              |



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 12 /07 /2019

Tez Başlığı : Anoreksiya Nervoza Tanısı Almış Ergen Hastaların Şema Terapi Süreçlerindeki Değişim Örüntülerine Yönelik Nitel Bir İnceleme

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 255 sayfalık kısmına ilişkin, 12/07/2019 tarihinde şahsım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 3'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1-  Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2-  Kaynakça hariç
- 3-  Alıntılar hariç
- 4-  Alıntılar dâhil
- 5-  5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

  
12.07.2019

**Adı Soyadı:** Ece Ataman Temizel

**Öğrenci No:** N11245935

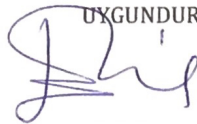
**Anabilim Dalı:** Psikoloji

**Programı:** Klinik Psikoloji

**Statüsü:**  Doktora  Bütünleşik Dr.

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.



Prof. Dr. Elif BARIŞKIN



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ece Ataman Temizel

Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara, 19.06.1986

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü,  
Klinik Psikoloji Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Volkan Gülüm, Gonca Soygüt ve **Ece Ataman**. Schema Therapy for Pervasive and Chronic Life Problems: A Hermeneutic Single Case Efficacy Design Study, International Journal of Psychotherapy, 22(1), 2018.

Orhan Derman, Sinem Akgül, **Ece Ataman** ve ark. (2017). The Rise of a Hostile Adolescent Population; The Syrian Refugee Problem, Adolescent Psychiatry.

Zeynep Tüzün, **Ece Ataman**, Sinem Akgül, Yasemin Düzçeker, Nuray Kanbur, Orhan Derman. Evaluation of Adolescents with Psychosocial problems within a pediatric hospital: The Hacettepe Experience, Poster sunum: 20th European IAAH Congress. September 14th-16th 2016. Prishtina, Kosova.

**Ataman E**, Tüzün Z, Akgül S, Kanbur N, Derman O (2015). Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalına Başvuran Ergenlerin Psikolojik Değerlendirme Açısından Özellikleri. 59. Milli Pediatri Kongresi. (Poster Bildiri).

Çuhadaroğlu F, Tüzün Z, Akdemir D, Foto Özdemir D, **Ataman E** (2015). Identity development of Turkish Adolescents. 16th International Congress of European Child and Adolescent Psychiatry (Sözlü Bildiri).

**Temizel-Ataman,E.** ve Dağ,İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. Klinik Psikiyatri (17):7-17.

## İş Deneyimi

Stajlar	: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ergen Psikiyatri Ana Bilim Dalı
Projeler	: Çuhadaroğlu F, Tüzün Z, Akdemir D, Foto Özdemir D, Ataman E. (2016) Ergen kimlik Değerlendirme Ölçeğinin Türk toplumuna Uyarlanması. Tübitak Projesi. (Araştırmacı.)
Çalıştığı Kurumlar	: Hacettepe Üniversitesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı  Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

## İletişim

E-Posta Adresi	: <a href="mailto:atamanece@gmail.com">atamanece@gmail.com</a>
Tarih	: 19.06.2019