

## **Psikoterapinin Temel İlkeleri ve Temel Bileşenleri**

Erdinç ÖZTÜRK ve Hülya AYHAN<sup>1</sup>

**Atıf/©:** ÖZTÜRK, Erdinç ve AYHAN, Hülya. Psikoterapinin Temel İlkeleri ve Temel Bileşenleri, Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi 2021/6 (1), 136-158.

### **Öz**

Psikoterapi, kişide var olan uyumsuz duygu, düşünce ve davranışların terapist tarafından bilimsel psikolojik teknik ve yaklaşımlar kullanılarak uyumlu duygu, düşünce ve davranışlara dönüştürülmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, terapistlerin ve danışanlarının birlikte yürüttükleri ve terapistlerin danışanlara onları anladıklarını, saygı duyduklarını ve yardım etmek istediklerini ilettikleri kişilerarası ve karşılıklı bir terapötik yapıdır. Psikoterapide, terapist danışanı tanımaya, anlamaya, formülize etmeye, danışanın ihtiyaçlarını belirlemeye ve bu ihtiyaçlara uygun müdahaleler geliştirmeye odaklanmaktadır. Zamanla farklı psikoterapi modelleri geliştirilmiş ve her birinin kendine özgü terapi ilkeleri oluşturulmuşsa da bu modellerin temel tedavi ilkeleri bazında azımsanmayacak düzeyde ortak noktaları bulunmaktadır. Bu ilkelerden bazıları, vaka formülasyonu, terapötik çerçeve, terapötik ittifak, direnç, aktarım ve karşı aktarım kavramlarıdır. Vaka formülasyonu, terapistin, danışandaki psikolojik, kişilerarası ve davranışsal sorunların nedenleri, tetikleyici ve sürdürücü faktörleri hakkında oluşturduğu hipotez olup tedavi sürecinde yapılması planlanan terapötik müdahaleler için temel bir unsurdur. Terapötik çerçeve, danışan ve terapistin tedavi süresince uyması gereken kuralları ve bu sürecin nasıl işleyeceğine ilişkin bilgileri içeren önemli bir enstrüman ya da kontrattır. Terapötik ittifak, terapist ve danışanın psikoterapi süresince oluşturduğu iş birliği olarak tanımlanmaktadır. Direnç ise terapötik ilişkinin içinde var olan danışanın sürece katılım açısından isteksizliğine işaret etmektedir. Aktarım, danışanın geçmiş ilişki deneyimleri üzerinden geliştirdiği tutum ve davranışlarının terapist ile ilişkisinde ortaya çıkması iken karşı aktarım ise terapistin danışanın aktarımına aktarımıdır. Bu çalışmanın amacı hem herhangi bir tedavi modeline bağlı kalmaksızın psikoterapinin temel ilkelerini ve temel bileşenlerini eklektik bir perspektifle değerlendirmek hem de psikotravmatoloji, psikiyatri ve klinik psikoloji alanında çalışan ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılacak kapsamlı bir bilimsel eseri literatüre kazandırmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Psikoterapi; terapötik ittifak; direnç; aktarım; vaka formülasyonu

### **Basic Principles and Basic Components of Psychotherapy**

**Atıf/©:** ÖZTÜRK, Erdinç ve AYHAN, Hülya. Basic Principles and Basic Components of Psychotherapy, Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi 2021/6 (1), 136-158.

### **Abstract**

Psychotherapy is defined as the process of transforming the nonadaptive feelings, thoughts, and behaviors of the person into adaptive feelings, thoughts, and behaviors by using scientific psychological techniques and approaches. This process is an interpersonal and reciprocal therapeutic structure that the therapists and their patients run together, and the therapists communicate to their patients that they understand, respect, and want to help them. In psychotherapy, the therapist focuses on getting to know the patient, understanding, formulating, determining the patient's needs and developing appropriate interventions for these needs. Although different psychotherapy models have been developed in the historical process and their own therapy principles have been created, these

<sup>1</sup>Prof.Dr. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, erdincerdinc@hotmail.com, 0000-0003-1553-2619/ Uzman Psikolog, [hulyaayhan85@gmail.com](mailto:hulyaayhan85@gmail.com), 0000-0002-2301-411X

**Geliş/Received:** 02.04.2021 **Kabul/Accepted:**04.07.2021

models have considerable common points based on basic principles. Some of these principles are case formulation, therapeutic framework, therapeutic alliance, resistance, transference, and countertransference. Case formulation is a hypothesis formed by the therapist about the causes, triggering and sustaining factors of psychological, interpersonal and behavioral problems in the patient and is an essential element for the therapeutic interventions planned during the treatment process. The therapeutic framework is an important instrument or contract that includes the rules that the patient and therapist must follow during the treatment and how this process will work. The therapeutic alliance is defined as the collaboration that the therapist and the client create and maintain during psychotherapy. Resistance, on the other hand, indicates the reluctance of the patient to participate in the therapeutic relationship. While the transference is the occurrence of the patient's attitudes and behaviors, which he/she developed over his/her past relationship experiences, in his/her relationship with the therapist, the counter-transference is the therapist's transference to the client's transference. The aim of this study is to evaluate the basic principles and basic components of psychotherapy with an eclectic perspective, without being bound to any therapy model, as well as to ensure that a comprehensive scientific work that can be used by mental health professionals working in the field of psychotraumatology, psychiatry, and clinical psychology is included in the literature.

**Keywords:** Psychotherapy; therapeutic alliance; resistance; transference; case formulation

*“Bakılıp da görülmemek, konuşup da duyulmamak ve hep yok farz edilmek! Yarı bedenimi ve ruhumu yok etti merhametsiz, yalancı ve istismarcı insanlar... Sanki başka biri oldum, kendime yapılan kötülükleri uzaktan seyreden ve sessiz kalan. En çok sizinle aynı dili konuşabilmek beni kendim yaptı. Bana iyi bir insan olarak ayakta kalabilmeyi ve psikolojik rotamda başrol olabilmeyi öğrettiniz. Hem değiştim hem de geliştim ve artık merkezindeyim yaşamımın...”*

*Bir Travma Sonrası Stres Bozukluğu Vakasının Cümleleri*

## Psikoterapinin Temel İlkeleri ve Temel Bileşenleri

### GİRİŞ

Psikoterapi, bireydeki uyumsuz düşünce, duygu ve davranışların psikolog unvanına sahip ve klinik psikoloji alanında “profesyonel” onayı bulunan bir terapist tarafından bilimsel psikolojik teknik ve yaklaşımlar kullanılarak uyumlu düşünce, duygu ve davranışlara dönüştürülmesi sürecidir (Öztürk ve Derin, 2020a: 229-234; Weiner, 1998: 5-8). Bu süreçte klinik psikologların yanı sıra psikiyatrlar da psikoterapist olarak çalışabilmektedir. Bu kapsamda özellikle psikiyatri kliniklerinde psikiyatrlar, klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ile toplum ve ruh sağlığı hemşireleri bir ekip halinde çalışabilmektedirler. Öztürk’e (2018a: 32; 2020a: 243) göre günümüzde modern psikotraumatoji paradigmaları çerçevesinde klinik açıdan “travma temelli” olarak yapılandırılan, “krize müdahale stratejileri” bulunan ve “terapötik karşılıklılık” süreci eşliğinde tedavisine aktif bir katılım sağlayabilen bireyler, hem “uyumsuz ve psikopatolojik yönlerinin tedavi edilmesi” hem de “travmatik yaşantılarının nötralize edilmesi” kadar “kişisel potansiyellerini daha iyi kullanabilmek”, “yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmek”, “kendilerini daha iyi tanıyabilmek ve geliştirebilmek” amaçlarıyla da psikoterapilere başvurabilmektedirler. Bu doğrultuda psikoterapi, bir danışan için en iyi olanı ona buldurup, yaşamını yeniden düzenlemek ve hem kendine ve çevresine hoşgörülü olma hem de kendi ve çevresi ile barışık olma yolunda desteklemek demektir (Kozacıoğlu, 1988: 126). Psikoterapi, psikopatolojik ve uyumsuz davranışların bırakılarak, uyumlu, ruhsal açıdan sağlıklı davranışların edinilmesi yolunda bir eğitim sürecidir. Aslında psikoterapi, insanın “en iyi kendisi” olabilmesi ve değişen çevre şartlarında, “en iyi kendisi olabileceği durumu koruyabilmesi” yolunda

gelişim odaklı bir eğitimidir. Bu süreç, terapistlerin ve danışanlarının (psikiyatrik tanısı olan veya olmayan vakalarının) birlikte yürüttükleri, terapistlerin onları anladıklarını ve onlara hem saygı duyduklarını hem de yardım etmek istediklerini ifade ettikleri karşılıklı bir terapötik etkileşim olarak yaşantılanmaktadır. Psikolojik açmazları ve sosyal işlev yetersizlikleri olan kişileri tedavi etmek için eğitilmiş profesyoneller tarafından kullanılan terapötik prosedürlerin çoğu, anlayış, saygı ve yardımseverliği içerir. Psikoterapi, terapistin danışanın zorluklarını anladığını ona iletme ve bu anlayışa onun katılmasına yardımcı olma yöneliminde yapılandırılmış psikolojik tedavi yaklaşımları açısından hem benzersiz hem de komplike bir süreçtir (Öztürk ve diğerleri, 2020a: 229; Weiner ve Bornstein, 2009: 3).

Geçmişten günümüze olan uzamda psikoterapi kavramı için birbirine benzeyen ancak aynı zamanda birbirinden ayrılan tanımlamalar yapılmıştır: Frank (1976: 48), psikoterapiyi “eğitilmiş ve sosyal onayı bulunan bir tedavici tarafından acı çeken ve yardım arayan kişi veya kişiler üzerinde uygulanan bir tür sosyal etki” olarak tanımlamıştır. Winnicott (1971: 41), psikoterapiyi, “birlikte oynayan iki kişi” olarak tanımlarken aslında etkili bir psikoterapinin ancak iki kişinin “eş zamanlı ve ortak çalışması” olduğuna vurgu yapmıştır. Yine aynı unsurlara vurgu yapan Butler ve Strupp (1986: 31) ise, psikoterapiyi “bir insan ilişkisinin terapötik amaçlar için sistematik kullanımı” olarak tanımlamıştır. Daha güncel bir tanımlamaya göre psikoterapi, terapistin rehberliğinde danışanların psikopatolojik durumlarını ve fonksiyonel bozukluklarını iyileştirmek için hem terapötik ilişkiye hem de danışanın sosyal bağlarına, psikososyolojik gelişimlerine, düşüncelerine, duygulanımlarına ve davranışlarına odaklanılarak çalışılan bir tedavi yöntemidir (Brent ve Kolko, 1998: 17). Psikoterapi ayrıca, danışanın olumsuz duygu, biliş ve/veya davranışlarını olumluya dönüştürmek için, klinik psikolojinin temel prensip ve bilimsel bulgularına uygun çeşitli yöntemlerin psikoterapist tarafından sistematik olarak uygulanması şeklinde de tanımlanabilmektedir (Prochaska ve Norcross, 2010: 24). Günümüzde özellikle son onlu yıllarda travma odaklı psikopatolojilerin tedavi edilebilmesine yönelik yapılandırılan psikoterapi modellerinin sayılarının artması ve birbirlerinden belirgin bir şekilde farklılaşması, bu psikoterapi modellerinin psikiyatrik tanıya uygunluğu adına olan temel terapötik bileşenleri açısından değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. Bu çalışma ile hem psikoterapinin temel ilkelerinin ve temel bileşenlerinin incelenmesine yönelik alanyazında yer alan sınırlı sayıda çalışmaya çok odaklı ve entegratif yönelimli bir alternatif kazandırılması hem de psikotravmatoloji, psikiyatri ve klinik psikoloji disiplinleri tarafından sık kullanılan güncel psikoterapi modellerinin optimal ve holistik bir değerlendirilmesini gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.

### **Psikoterapinin Temel İlkeleri ve Temel Hedefleri**

Psikoterapinin temel ilkelerini ve temel hedeflerini tanımlamak kolaydır, ancak her zaman ulaşılabileceği ya da en etkin şekilde uygulanabilmesi kolay değildir. Bu ilkeler ve hedefler arasında, danışanların duygusal sıkıntılarını gidermek, danışanların kendi yaşamlarındaki psikolojik açmazlarına çözüm bulmalarına yardımcı olmak, optimal çalışma potansiyellerini gerçekleştirmelerini engelleyen kişilik özelliklerini ve davranış kalıplarını değiştirmelerini sağlamak ve uyumlu kişilerarası ilişkileri ödüllendirmek bulunmaktadır (Weiner ve Bornstein, 2009: 8-9). Terapötik ilişkiyi içeren tedavi süreci; danışan açısından “istem ve güven”, terapist açısından ise, “sabır ve özveri” yönelimlidir. Eski psikopatolojik veya uyumsuz davranışların bırakılarak yeni uyumlu davranışların öğrenilmesi, disfonksiyonel uyum sağlama mekanizmalarının yerine, fonksiyonel olanların konularak sağlıklı bir kişilerarası ilişkinin kurulabilmesi ve danışanın “iç görü” kazanması, psikoterapi sürecinin temel amacı olmalıdır. İkili bir ilişkiyi kapsayan terapötik ortamda, psikoterapistin eğitiminin ve kişilik yapısının önemini vurgulamak gerekir. Öncelikle terapistin tedavi konusunda yetkin olması ve kendisinin belirli bir psikoterapi sürecinden geçmiş olması gereklidir. Kişilik yapısı açısından ise terapist, optimal düzeyde ego gücüne sahip,

sorumluluklarının bilincinde, tarafsız, özverili, meslek ahlâkına saygılı ve etik değerleri olan profesyonel bir kişi olmalıdır (Kozacıoğlu, 1988: 127).

Klinik psikoloji ve psikiyatri uygulamalarında bir “ruhsal tedavi yöntemi” olan psikoterapi, değişik ekollerde farklı yaklaşım ve yöntemlerle ele alınmaktadır. Görünürde birbirinden ayrı bilimsel yaklaşımlar içerisinde yer alan psikoterapilerde ortak olan temel özelliklerin ilki olan “tedavi uzlaşması”, terapist ve danışan açısından büyük önem taşımaktadır. Bu tedavi uzlaşması sürecinde vakanın düşüncelerinin veya geçmişinin hiçbir koşulda “yargılanmaması” en öncül özelliktir. Psikoterapi sürecinde danışanı bütün sorunları, hataları ve doğruları ile kabullenmek gerekir. Ondan yana olunmasa da veya danışanın tüm düşünceleri paylaşılmasa da kendisinin yanında olmak ve bunu yine kendisine hissettirmek oldukça güç ama yapıcı bir terapötik davranıştır. Psikoterapi sürecinde danışanın düşünce, duygu ve davranışlarının yanlış olduğu gösterilebilir ancak bunu bir yargı kavramı içerisinde gerçekleştirmemek, terapistin yeteneğine ve bilgi birikimine bağlıdır (Kozacıoğlu, 1988: 129; Öztürk, 2020a: 229). Aslında, farklı ekollerden gelen psikoterapistler, deneyim kazandıkça ve olgunlaştıkça tedavi uygulamalarında birbirine benzeme eğilimindedirler. Psikoterapistler ne kadar tecrübeli olurlarsa terapötik müdahaleleri arasındaki farklılıkları da o kadar azalmaktadır (Simon ve Brus, 2017: 45). Birbirinden farklı ancak bir o kadar da benzer özellikleri olan psikoterapinin geniş bir kullanım alanı bulunmaktadır. Psikoterapi, kuramsal dayanağı fark etmeksizin, psikiyatrik semptomların ve sendromların tedavisinde, bireylerin işlevsellik düzeylerinin iyileştirilmesinde ve diğer eş zamanlı tedavi modelleri ile uyumun güçlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ayrıca psikolojik destek arayışı, çalkantılı kişiler arası ilişkiler, stres, yaşlılık ve ergenlik gibi yaşamsal evreler olmak üzere belirli dönemsel sorunlara ya da özsaygı yitimi, takıntı, davranışsal uyumsuzluk ve öfke gibi bireysel psikopatolojilere bir müdahale yöntemi olarak da kullanılmaktadır. Tüm bu alanlara ilişkin psikoterapötik müdahale; bireyin yeniden yaşama uyum sağlamasını, iyileşmesini, ailesi ve toplumla bütünleşmesini kolaylaştırırken aynı zamanda onun “psikotoplumsal” dayanıklılığını da arttırmaktadır (Simon ve Brus, 2017: 45).

Terapötik ortamda danışana gösterilen ilgi, saygı ve onu kabullenme kadar önemli bir davranış da onu “gerçek anlamda” dinleyebilmektir. Seans boyunca danışanı optimal bir düzeyde değerlendirerek dinleyebilmek terapötik bir sanattır ve bu dinlemenin temelinde ilgi ve saygının yanı sıra özveri bulunmaktadır. Danışan kendisini hem gerçekten dinleyen hem de anlamaya çalışan terapistle birlikte geniş bir yelpazede pozitif yönde değişim kararları alır. Psikoterapi sürecinde anlatılanı değerlendirerek dinlemek, kişilerarası iletişime anlam kazandırıp konuşmayı güçlendirmektedir (Kozacıoğlu, 1988: 130). Öztürk (2009: 41; 2018a: 34; 2020a: 249), değerlendirerek dinlemenin, danışanın psikiyatrik tanısının klinik psikoloji açısından bir “sağlama yöntemi” olduğunu önemle vurgular ki özellikle travma ile ilişkili dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi “eşanlı” psikiyatrik vakaların tedavisinde değerlendirerek dinlemek, bir “optimal bilimsel şüphe” eşliğinde asıl tanının farkına varabilmek adına son derece önemlidir. Terapistin iyi bir dinleyici olması, danışanın duygularını ifade edebilmesinde çok önemli bir psikolojik katalizördür. Psikoterapi sürecinde ilgi, saygı, sevgi, kabullenme ve yargılanmadan dinlenme hem danışanın duygularını rahatça ifade edebilmesini, ruhsal açıdan gelişmesini ve olgunlaşmasını hem de kendinin, davranışlarının ve duygularının bilincine varmasını sağlar. Hatta psikoterapi sürecinde yeterince ilgi, sevgi ve kabullenme, danışanı zamanla semptomlarından uzaklaştırır (Kozacıoğlu, 1988: 131).

Öztürk’e (2020a: 11) göre psikoterapinin genel amacı, olumlu yönelimdeki “psikolojik dönüşümü” teşvik etmek veya “terapötik karşılıklık (therapeutic reciprocity)” eşliğinde kişideki uyumsal bağ kurabilme kapasitesini artırarak çözüm üretmek ve onu entegre etmektir. Bu dönüşüm veya değişimin nasıl gerçekleştirileceği terapi sürecinde belirlenen alt hedeflere bağlıdır. Bu alt hedefler; terapötik ilişki geliştirmek, terapötik müdahalelerde bulunmak, her danışan özelinde

bireyselleştirilmiş bir model oluşturmak ve karşı aktarımın farkında olmak şeklinde belirlenmiştir (Öztürk, 2020a: 249; Truant ve Lohrenz, 1993: 11). Terapötik ilişki kurmak, psikoterapi uygulamalarında çok önemli olmakla beraber tek başına yeterli değildir. Aynı zamanda, danışanın sorunlarına ve terapinin doğasına bağlı olarak çeşitli türlerde terapötik müdahaleler de yapılması gerekmektedir. Bu müdahalelerin etkili olabilmesi için ise, terapistin danışanın psikolojik işleyişinin bireyselleştirilmiş bir modelini oluşturması gerekmektedir. Danışanın psikopatolojisiyle ilgili olan uyumsuz davranış stilleri, psikoterapi süresince elde edilen yeni bilgiler ışığında sürekli olarak güncellenen ve yenilenen bireye özgü bu modelle tedavi edilmektedir. Psikoterapist, terapötik ilişki sürecine olan kendi katkısını kabul etmeli, farkında olmalı ve kendi duygusal tepkilerini mesleki hedef ve ilkelere uygun olacak şekilde yönetebilmelidir. Bu bağlamda psikoterapinin genel hedefleri etkili bir terapötik ilişki geliştirme, danışanın psikolojik organizasyonuna ilişkin bir çalışma modeli geliştirme, geliştirilen çalışma modeline ve terapötik ilişkinin durumuna göre müdahalelerde bulunma ve karşı aktarımı profesyonel bir şekilde kullanma olarak özetlenebilir (Truant ve Lohrenz, 1993: 11). Psikoterapist hem danışanın tanısına uygun ve yetkin olduğu psikoterapi yöntemini kullanarak hem de danışanın tedavisine aktif bir şekilde katılım göstermesini olanaklı kılarak onu mümkün olabilen en kısa sürede ruhsal açıdan sağlıklı bir hale getirmelidir (Öztürk, 2020a: 254).

### **Psikoterapinin Temel Bileşenleri**

Geniş bir yelpazeye yayılmış olan psikopatolojiye müdahale etmek için çok sayıda psikoterapi biçimi geliştirilmiş olup bu alandaki en büyük iki temel yaklaşım bilişsel davranışçı psikoterapi ve psikanalizdir. Bu iki kuramın entegrasyonuna yönelik artan teorik ve klinik çabalara rağmen, kısmi düzeyde farklılıklar var olmaya devam etmektedir (Simon ve Brus, 2017: 45). Zamandizinsel açıdan psikanalitik ekolle başlayan, davranışçı: “birinci dalga” ekol ve sonrasında bilişsel: “ikinci dalga” ekolle devam eden ve günümüzde ise, “üçüncü dalga” ekoller olarak adlandırılan farkındalığı ve kabullenmeyi içeren kabul ve kararlılık, diyalektik davranışçı, fonksiyonel analitik ve farkındalık temelli bilişsel-davranışçı modeller varlığını göstermektedir. Tüm bu modellerin tedaviye yönelik farklı bakış açıları bulunmakla beraber bu çalışmada psikoterapinin temel bileşenleri olarak hemen hemen tüm ekollerde kabul gören vaka formülasyonu, terapötik çerçeve, terapötik ittifak, direnç, aktarım ve karşı aktarım kavramları ele alınacaktır.

### **Psikoterapi Vaka Formülasyonları**

Vaka formülasyonunun psikoterapi planlamasında ve müdahalesinde oynadığı merkezi rolün kabulü yıllar içinde artış göstermiştir. Bu durumun oluşmasında vaka formülasyonuna odaklanan klinik çalışmaların artışı etkili olmuştur. “*Psikoterapi vaka formülasyonu*”, bir kişinin psikolojik, kişilerarası ve davranışsal sorunlarının nedenleri, tetikleyicileri ve sürdürücüleri hakkında oluşturulan hipotezdir. Vaka formülasyonu, kişinin çelişkili düşünce, duygu ve davranışlarının optimal bir ruhsal zeminde düzenlenmesine yardımcı olur. Bu formülasyon, terapistin hem danışandaki çelişkileri anlamasını hem de bütüncül bir bakış açısıyla ondan gelen önemli psikopatolojik bilgi kümelerini kategorize etmesini sağlar. Vaka formülasyonu ayrıca tedaviye rehberlik eden bir plan olup pozitif yönde psikolojik değişime hizmet eder. Bunlara ek olarak, terapistin danışanıla daha fazla empati kurmasına ve terapötik ittifaktaki olası kopmaları tahmin etmesine yardımcı olur (Safran vd., 2002: 248; Samstag vd., 2004: 192).

Danışanın travmatik yaşantıları, vaka formülasyonlarının yapılandırılmasında oldukça önemli bir işlev görür. Janet (1907: 13-17), travmatik yaşantılar, dissosiyatif reaksiyonlar ve kimlik arasındaki bağları ya da patolojik ilişki ve dinamiklerini, psikotravmatolojik açıdan büyük bir akademik ustalıkla ele almıştır. Dissosiyasyon kavramını hem ilk tanımlayan hem de travmatik deneyimlere karşı en doğrudan psikolojik savunma olduğunu açıkça ve sistematik olarak ilk gösteren kişi psikotravmatolojinin duayeni Pierre Janet’dir. Öztürk ise, modern psikotravmatoloji paradigmaları ve psikotarih modaliteleri ekseninde çoğu nevrotik hastalığın temel nedenlerinin

çocukluk çağı travmaları kadar yanlış çocuk yetiştirme stillerinin olduğunu önemle vurgular. Bu nedenle psikoterapi süreçlerinde bu yanlış çocuk yetiştirme stillerinin neden olduğu disfonksiyonel ve psikopatolojik yapılanmaların öncelikle çözüme kavuşturulmaları şarttır (Janet, 1907: 16; Öztürk, 2016: 25; 2018a: 32; 2020c: 2). Bir hipotez olarak vaka formülasyonu; erken çocukluk çağı travmaları, yanlış çocuk yetiştirme stilleri, psikopatojenik bir öğrenme geçmişi, genetik faktörler, sosyokültürel etkiler, kendine veya başkalarına ilişkin uyumsuz şemalar ve inançlar hakkında çıkarımlar içermektedir. Bu hipotezin doğası, terapistin kullandığı psikoterapi ve psikopatoloji teorilerine bağlı olarak büyük ölçüde değişebilir. Psikodinamik formülasyon, bilinçsiz zihinsel süreçlere ve çatışmalara (Öztürk, 2020b: 2; Perry vd., 1987: 549; Summers, 2003: 43); bilişsel terapi formülasyonu, benlik, değerleri, dünya veya gelecek hakkındaki uyumsuz düşünce ve inançlara (Beck, 1995:76; Freeman, 1992: 17); davranışsal formülasyon ise geleneksel olarak intrapsişik olayları vurgulamaksızın bireyin öğrenme geçmişine ve pekiştirmenin çevresel olasılıkları ile ilgili bir “işlevsel analize” ve “uyaran-tepki eşleşmeleri” hakkındaki çıkarımlara odaklanır. Psikoterapi için oluşturulan çalışma hipotezinin test edilmesiyle yeni bilgilerin ortaya çıkması ve terapistin danışanı alternatif bir teorik çerçevenin merceğinden görmesi gibi durumlarda ise, vaka formülasyonu revizyona tabidir (Ells, 2007: 5).

Vaka formülasyonunun hem içerik hem de süreç yönleri bulunmaktadır. İçerik yönü, bireyin psikopatolojisinin bütünsel resmini çizen bileşenlerden oluşur. Ayrıca, bu yön doğrudan önceki tanımlardan ve hipotezlerden yansıyan ve tedavi için bir plan öneren yapılandırılmış bileşenler içerebilir (Sperry vd., 1992: 61). Vaka formülasyonuna bağlı olarak oluşturulan tedavi planı, önerilen psikoterapötik müdahalelerin türü, seansların sıklığı ve süresi, terapi hedefleri ile bu hedeflere ulaşmanın önündeki engeller gibi ayrıntıları içerebilir. Vaka formülasyonunun süreç yönü ise, terapistin formülasyon içeriğini geliştirmek için gerekli bilgileri ortaya çıkarmasını amaçlayan faaliyetleri vurgular ve tipik olarak bu süreç öncelikle bir klinik görüşme yapmayı içerir. Formülasyon oluşturma görüşmesi sırasında iki genel bilgi kategorisi akılda tutulmalıdır. Bunlardan ilki, demografik bilgileri içeren açıklayıcı bilgi kategorisidir. Bu kategori mevcut psikopatolojiler karşısında danışan tarafından kullanılan başa çıkma stratejilerini ve hem ayrıntılı hem de çok yönlü anamnez bilgilerini kapsamaktadır. İkinci kategori ise, danışanın anlattığı yaşam olaylarını nasıl deneyimlediğini ve yorumladığını ifade eden kişisel anlam bilgisidir. Terapist bu bilgiyi ortaya çıkarmak için aktarılan yaşam olaylarının danışanın duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını nasıl etkilediğini araştırır ve gözlemler. Ayrıca, vaka formülasyonlarında danışanın anlattığı öyküden de kişisel anlam bilgisine ulaşabilir (Ells, 2007: 5).

Klinik psikoloji ve psikiyatri açısından vaka formülasyonu, bir bireyin psikopatolojisine en uygun tanıyı koyabilmek ve bu tanı odaklı bir psikoterapi uygulayabilmek için bilimsel ve etkin bir planlama sağlar. Aynı zamanda hem temel tedavi stratejileri hem de kişinin spesifik müdahale seçimine ilişkin “*terapötik taktikler*” açısından bir tanıyı psikoterapi planına dönüştürmek için bir araç işlevi görür. Vaka formülasyonu, bir yandan psikoterapi ve psikopatoloji teorileri ile bu teorilerin belirli bir kişiye uygulanması arasında bir bağlantı kurulmasını olanaklı kılar. Diğer bir deyişle, vaka formülasyonu klinik açıdan “*teorinin pratiğe aktarılmasını*” yansıtır (Ells, 2007: 5). Aşağıdaki bölümde psikanalitik, bilişsel davranışçı ve diyalektik davranış terapilerine göre vaka formülasyonları değerlendirilecektir:

**Psikanalitik Terapide Vaka Formülasyonu:** Psikanalitik ekolde, terapistin tipik olarak seansları kaydetmemesi ya da sözlü transkript hazırlamaması ve bu ekolün klinik eksenli geliştirilmemiş olması, vaka formülasyonunun travma temelli diğer yaklaşımlara kıyasla daha az sistematik olmasına neden olmuştur. Bu bağlamda psikanalitik vaka formülasyonu, bir danışanın psikopatolojisinin doğası, onun kişilik yapısı ve gelişimi hakkında hiyerarşik olarak organize edilmiş bir klinik çıkarımlar dizisi olarak tanımlanabilir. Psikanalitik olarak yapılandırılmış görüşme

sırasında ortaya çıkan bu çıkarımlar; semptomlar, rüyalar, fanteziler ve kişilerarası uyumsuz ilişki kalıplarına dair nedenleri içermektedir (Messer ve Wolitzky, 2007: 70).

Çağdaş, ana akım psikanalizde geleneksel Freudçu, nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi olmak üzere üç ana kavramsal model bulunmaktadır (Greenberg ve Mitchell, 1983: 31). Freudçu dürtüsel/yapısal modele göre, insan davranışı “kaynak”, “amaç”, “itici güç” ve “nesne” olmak üzere dört niteliğe sahip cinsel ve saldırgan dürtüler tarafından belirlenir. Dürtülerin kaynağı zihinde talep oluşturarak eyleme geçen somatik süreçlerdir. Dürtünün amacı, zihni deşarj yoluyla tatmin etmektir ve “itici güç”, dürtünün yoğunluğudur. Dürtünün nesnesi davranışın en değişken yönüdür; cansız bir nesneyle, başka bir kişi veya bir kişinin vücudunun bir parçası aracılığıyla tatmin aranabilir. Analitik ekolde zevk ilkesine göre çalışan psikojen sistemde egonun amacı, süperego ve id arasındaki psikolojik gerilimi optimum seviyeye düşürmek, bu gerilim anında yaşanan hoşnutsuzluğu en aza indirmek ve dürtüsel tatmini mümkün olan en üst düzeye çıkarmaktır. Egonun psikojen sistemdeki gerilimler adına optimal seviyede çözüm getirme çabası, gerçeklik prensibi kadar haz alma prensibini de içermektedir (Freud, 1953: 17). İsteklerin anında veya uzun vadede tatmin edilmesinin önündeki engeller intrapsişik çatışmalar yaratır. Yani, kişi dürtülerini tatmin etmeye çalışır, ancak aynı dürtülerin varlığı kaygı, suçluluk veya cezalandırılma korkusuna yol açtığında eşzamanlı olarak tatmin aramaktan kaçınır. Kısacası Freudçu teori, insan davranışını intrapsişik çatışma perspektifinden kavramsallaştırır ve vaka formülasyonu bu varsayımlar üzerine temellendirilir.

Nesne ilişkileri perspektifi, benlik ve ötekinin içselleştirilmiş zihinsel temsilleri ve bunların etkileşimlerine özellikle bu etkileşimlerin duygusal çeşitliliklerine odaklanmaktadır. Bu yaklaşım, kendini ve diğer temsilleri “iyi”ye karşı “kötü” olarak ayırma eğilimini ve bu temsilleri bütünleştirmenin zorluğunu vurgular. İçe dönüklük ve yansıtımlı özdeşleşim kavramları bu formülasyonlarda belirgin bir şekilde yer almaktadır (Messer ve Wolitzky, 2007: 72). Bu bakış açısında, danışanın kendilik ve ötekinin “iyi” ve “kötü” zihinsel temsillerini bütünleştirme zorluğunu vurguladığından, vaka formülasyonlarının, kişinin bağlı olduğu nesneyle bağımlı tehdit etmemek için danışanın ebeveyn figürlerine karşı bölünmesine ve öfkesini reddetmesine odaklanması beklenebilir.

Kohut (1984: 91) tarafından geliştirilen kendilik psikolojisi modeli, tutarlı bir benliğin gelişimi ve sürdürülmesiyle sağlıklı ve patolojik narsisizmi teşvik eden faktörlere odaklanır. Bu yaklaşımın odak noktası, ebeveynlerin çocuğun tutarlı bir benlik duygusu oluşturması ve onun hırs ve ideallerini sevinçle gerçekleştirmesi için gerekli deneyimleri sağlayamamasıdır. Analitik vaka formülasyonunda danışanın, çocukluğunda ebeveynlerini idealize edilmiş kendilik nesnelere olarak görmeleri veya görmemelerinin terapist açısından fark edilmesi oldukça önemli bir parametredir. Modern psikotraumatoji paradigmatları açısından ebeveynlerin idealize edilmiş kendilik nesnelere algısı, çocukluk çağı travmaları ile yakından ilişkilidir. Travmayla ilişkili psikiyatrik tanı gruplarında narsisistik süreçler oldukça ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Erken yaşta başlayan ve kronik çocukluk çağı travmaları ile karakterize olan travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozuklukların psikoterapilerinde bu narsisistik süreçler, vakaların psikiyatrik eş tanıları da dikkate alınarak çalışılmalıdır. Dissosiyatif narsisizm, normal narsisizm ile patolojik narsisizm arasında yer almakta olup her an patolojik narsisizme dönüşme potansiyeline sahiptir (Derin & Öztürk, 2018: 23; 2020: 30; Öztürk, 2020a: 71).

**Bilişsel Davranışçı Terapide Vaka Formülasyonu:** Bilişsel davranışçı terapide bu sürecin değerlendirme, formülasyon ve müdahale olmak üzere üç temel bileşeni bulunmaktadır. Klinik çalışmaya yönelik deneysel bir hipotez oluşturma, bu vaka formülasyonu için esastır. Değerlendirme sırasında elde edilen bilgiler, danışanın rahatsızlıklarının ve sorunlarının nedenleri hakkında yapılandırılan hipotezin ve müdahalenin temeli olarak işlev gören bir formülasyon geliştirmek için kullanılır. Tedavi ilerledikçe, terapist tekrar tekrar değerlendirme aşamasına geri döner, terapi

sürecini ve ilerlemeyi izlemek için veri toplar ve bu verileri formülasyonu ve müdahaleyi gerektiği gibi yenilemek için kullanır (Persons ve Tompkins, 2007: 292). Bilişsel davranışçı terapist vaka formülasyonunu, semptomları veya bozuklukları destekleyen ana mekanizmalar, epidemiyolojik bulgular ve randomize çalışmalar dahil olmak üzere çeşitli kontrollü çalışmalara dayandırır. Bilişsel davranışçı vaka formülasyonu, kısa bir diyagramda, danışanın tüm sorunlarına neden olan ve devam ettiren mekanizmaları, bu mekanizmaların kökenlerini ve şu anda sorunlara neden olan mekanizmaları harekete geçiren tetikleyicileri birbirine bağlayan bir hipotezdir. Formülasyon aynı zamanda sorunlar arasındaki ilişkileri de açıklamaktadır. Olgu, sendrom/sorun ve mevcut durum olmak üzere üç düzeyde vaka formülasyonu yapılabilir. Olgu düzeyinde danışanın problemleri, altta yatan şema ve ara inançlar gibi bilişsel mekanizmalar arasındaki ilişkiye odaklanarak formülasyon, vakayı bir bütün olarak yapılandırmaya odaklanır. Sendrom veya problem düzeyinde formülasyon, tanı grubu olarak kabul edilen bir durumun genel modelinin çıkarılmasıyla oluşturulur. Mevcut durum düzeyinde ise danışanın belli olaylar karşısında verdiği duygusal ve davranışsal tepkinin A-B-C (A-Olay, B-Düşünce, C-Tepki) modeline (kişide yaşadığı bir olaya yönelik ortaya çıkan temel inanç, ara inanç ve otomatik düşüncelere bağlı olarak duygusal, bedensel ve davranışsal tepkiler vermesi) uygun biçimde ve aslına eşlenik olarak yapılandırılması gerekmektedir (Koroğlu ve Türkçapar, 2009: 89).

**Diyalektik Davranış Terapisinde Vaka Formülasyonu:** Diyalektik davranış terapisi (DBT; Linehan, 1993: 26), başlangıçta sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler için bir ayaktan tedavi yöntemi olarak geliştirilmiş ve daha sonra diğer klinik popülasyonlar ve kapalı psikiyatri servisleri için uyarlanmış bilişsel-davranışsal bir modeldir. Diyalektik davranış terapisi, bilişsel davranışsal müdahaleleri farkındalıkla bütünleştiren ve psikodinamik, danışan merkezli, Gestalt, paradoksal ve stratejik yaklaşımlarla ortak unsurlar paylaşan kapsamlı bir terapi modelidir. Bu modelde, verimli ve etkili bir terapi süreci için vaka formülasyonu gereklidir ve tedavi için belirlenen teoriye dayalı vaka formülasyonu bu modelin temelidir (Heard ve Linehan, 1994: 61). Bu terapi modelinde vaka formülasyonu oluşturulurken göz önünde bulundurulması gereken beş alan bulunmaktadır. Bunlar; aşamalı tedavi teorisi, psikopatolojinin etiyolojisi ve sürdürülmesine ilişkin biyososyal teori, olumlu yönde ruhsal değişime ilişkin davranışçı terapi ilkelerini öğrenme, psikopatolojiye özgü ortak davranış kalıpları ve tedavinin diyalektik doğası tarafından yaratılan değişim çabalarına müdahaleler ve pozitif yöndeki ruhsal değişimi sağlayan diyalektik yönelimlerdir. Bu beş kavram dizisi, herhangi bir psikopatolojik davranışın görüntüleneceği mercekler olarak düşünülebilir. Bunlara bağlı olarak oluşturulan vaka formülasyonu, hem kompleks psikolojik yapının değerlendirilmesini hem de psikoterapötik müdahaleye rehberlik eden spesifik hipotezlerin oluşturulmasını sağlar (Koerner, 2007: 319).

#### **Terapötik Çerçeve: Terapist-Danışan Uzlaşması**

Terapötik çerçeve, danışan ve terapistin tedavi süresince uyması gereken kuralları ve bu sürecin nasıl işleyeceğine ilişkin bilgileri içeren bir enstrüman veya kontrattır. Genel olarak terapi sürecinin başlangıcında danışana gerek yazılı, gerekse sözlü olarak bildirilen kurallara “terapötik çerçeve” adı verilir (Gödeş, 2018: 135). Başka bir ifadeyle terapötik çerçeve, danışanın psikolojik açmazlarını nötralize etmek amacıyla birlikte çalışmak üzere danışan ve terapist arasında yapılan açık bir anlaşmadır (Weiner ve Bornstein, 2009: 81). Terapist için koruyucu özellikte olan terapötik çerçeve, danışanın zihninde ise süreçle ilgili bir yol haritası oluşmasını sağlamaktadır (Gödeş, 2018: 135). Terapistin ve danışanın kaygısız bir şekilde sürece dahil olması ve terapi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için iyi yapılandırılmış bir terapötik çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, terapi süreci ilerledikçe bu sürecin başında yapılandırılmış olan terapötik çerçevenin yeniden ve yeniden ele alınması, terapist ve danışanın ne yaptıklarını ve nasıl ilerlediklerini değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır (Stewart ve Joines, 1996: 53). Kernberg ve Clarkin (1992: 231), “tedavi kontratı” olarak adlandırdıkları terapötik çerçevenin terapist için seanslardaki



sınırların korunmasında yardımcı koşulları oluşturduğunu öne sürmüştür. Terapi sürecinin hangi koşullarda gerçekleşeceğine ilişkin kuralların belirlenmesi ve bu durumun iki tarafça anlaşılabilir onaylanması, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek aktarım ve karşı aktarım durumlarının fark edilmesinde önemli bir unsurdur.

Çoğu kontrattan farklı olarak, terapi kontratı genellikle yazılı değil sözlüdür. Ancak terapistler klinik vakalarda zaman zaman yazılı terapi kontratlarını da kullanmaktadır. Başarılı bir terapi kontratı, anlaşılır bir şekilde danışan ile terapist arasında karşılıklı olarak uzlaşımın sağlanmasıdır (Weiner ve Bornstein, 2009: 81). Yazılı kontratlar, özellikle kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri bulunan travma ile ilişkili dissosiyatif bozukluk vakalarında bu girişimleri “önleme stratejisi” olarak kullanılmaktadır (Öztürk, 2020a: 244). Bir terapi kontratının oluşturulabilmesi için ilk aşamada danışan ve terapist tarafından tedavi sürecinin bir gereklilik olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir. İkinci aşamada, terapinin hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için uygulanacak prosedürler üzerinde ortak bir uzlaşmaya varmaları gerekmektedir. Son aşamada ise yine danışan ve terapistin seansların yeri, sıklığı, zamanı ve ücreti gibi tedavi düzenlemeleri ile ilgili unsurlar hakkında da anlaşmaya varmaları gerekmektedir (Clarkin vd., 2004: 55; Gordon, 2006: 109; Weiner ve Bornstein, 2009: 81). Psikoterapi sürecinde seanslar resmi ya da özel fark etmeksizin mutlaka ve mutlaka kurumsal ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmelidir. Danışanın randevuları profesyonel bir sekreter tarafından verilmelidir. Özellikle hem travma hem de psikiyatrik tanı alan vakaların seansları kesinlikle mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmelidir. Bu konudaki diğer önemli husus ise kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri olan psikiyatrik tanı gruplarında hem danışana zarar vermemek hem de bir malpraktis davasına konu olmamak adına çevrimiçi ağ platformları destekli psikoterapilerin (online psikoterapi), mesleki etik ilkeler doğrultusunda objektif bir şekilde yürütülüp yürütülmemesine karar verilmelidir. Travma ile ilişkili tüm psikiyatrik tanı gruplarında krize müdahale özelliği bulunmayan ve vakanın tedavisine aktif katılım sağlamasına imkân tanımayan durağan psikoterapi yöntemlerinin kullanılması, danışandaki kendine zarar verme davranışlarını ve intihar girişimlerini artıracığından dolayı hiçbir koşulda uygun değildir. Travma vakalarının terapi sıklığı haftada bir olmak üzere en az bir saat olarak düzenlenmeli ve vakadan ödeyebileceği ücretler talep edilmelidir. Eğer vakada bitmeyen krizler yani ardışık kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri söz konusuysa ya süpervizyon alınmalı ya da vaka bu alanda uzman profesyonel bir terapistle yönlendirilmelidir. Bütün travma ile ilişkili psikiyatrik tanı gruplarında modern psikotraumatoji paradigmaları çerçevesinde klinik ve bilimsel zeminde yapılandırılmış olan “krize müdahale özelliği” bulunan “travma merkezli psikoterapi yöntemleri” kullanılmalıdır (Öztürk, 2018a: 33; Öztürk, 2020a: 249; Weiner, 1998: 5-8).

### **Psikoterapide Terapötik İttifak ve Terapötik Karşılıklık**

Terapötik ilişki kavramına ilk kez psikanalitik ekolde Freud’un aktarımla ilgili çalışmalarında rastlanmaktadır. Freud (1912: 101) aktarımı, terapist-danışan arasındaki ilişkinin bir tezahürü olarak değerlendirmiş ve bu nedenle ilişkinin aktarımsal yönüne önem vermiştir. Aktarımın oluşma şeklinin doğası ile bağlantılı olduğu varsayımından yola çıkarak aktarımın değerlendirilmesi üzerinden aslında terapist-danışan arasındaki ilişkinin değerlendirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Freud’un ardından terapötik ilişki ile ilgili yapılan çalışmaların iki farklı bakış açısıyla yürütüldüğü görülmektedir. Bunlardan ilki “İngiliz Nesne İlişkileri Kuramı” ve ikincisi “Ego Psikolojisi”dir. Ego psikolojisi perspektifinden terapist ve danışan arasındaki etkileşime odaklı bir çabanın sonucu olarak “ittifak” kavramı ön plana çıkmış ve “terapötik ilişki” yerine “terapötik ittifak” kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Safran ve Muran, 2000: 6).

“Terapötik ittifak” kavramı ise ilk kez Zetzel (1956: 371) tarafından terapist ve danışan arasındaki ilişkinin doğasını açıklamak amacıyla kavramsallaştırılmıştır. Zetzel’e (1956: 372) göre danışanın erken dönem çocukluk deneyimleri, terapötik ittifakı oluşturma kapasitesinin

belirleyicisidir. Bu nedenle, terapistin tedavi sürecine başlamadan önce danışanın terapötik ittifak geliştirme becerisini değerlendirmesi gerektiği öne sürülmektedir. Terapötik ittifakın, psikoterapötik müdahalelerin etkili olabilmesi için önemli bir faktör olduğunu ifade eden Zetzel (1956: 371) bu kavramı, danışanın terapistle olumlu ve güvene dayalı bir ilişki kurabilme becerisi olarak tanımlamıştır. Güvene dayalı ilişkinin sağlanması ve danışanın kendisini huzurlu hissedebilmesi için terapistin danışanın uyum odaklı dönüşümüne destek olması temel bir gerekliliktir. Zetzel'in ardından Rogers (1957: 97) da *"terapötik ittifak"* olarak adlandırmaya da *"terapötik ilişki"* kavramını çalışmış ve terapötik ilişkinin ruhsal iyileşme için gerekli ve yeterli bir etken olduğunu belirtmiştir. Rogers (1957: 97) terapötik ilişki kavramını tanımlarken danışanın sürece katkısından ziyade bu ilişkinin terapist tarafından oluşturulduğuna vurgu yapmış ve terapistin sağladığı empati ve koşulsuz kabul ile ancak terapötik ilişkinin kurulabileceğini öne sürmüştür.

İlerleyen yıllarda terapötik ittifak kavramı, Luborsky (1976: 93) ve Bordin (1979: 253) tarafından çalışılmıştır. Bu iki teorisyenin ortak yönü terapötik ittifak kavramını ekoller üstü bir bakış açısı ile ele almalarıdır. Luborsky (1976: 94) terapötik ittifakın iki aşamada oluştuğunu öne sürmüştür. Terapinin erken dönemlerinde oluşan ilk aşama (Tip 1 İttifak), danışanın bu tedavi sürecinin faydalı ve terapistinin destekleyici olacağına dair inancını kapsamaktadır. Terapinin ilerleyen dönemlerinde oluşan ikinci aşama (Tip 2 İttifak) ise danışanın süreç içinde karşılaşılabilecek zorluklar karşısında kendisine yönelik inançlarını kapsamaktadır. Bordin (1979: 254), terapötik ittifak kavramını üç bağımsız bileşeni olan bir bütün olarak değerlendirmiştir. Bu bileşenler Bordin (1979: 254) tarafından *"görev"*, *"amaç"* ve *"bağ"* olarak adlandırılmıştır. *"Görev Bileşeni"*, kullanılacak terapiye özgü yöntemleri içermektedir ve bu yöntemler ekollere göre farklılaşmaktadır. *"Amaç Bileşeni"*, terapi sürecinin sonunda ulaşılmak istenen noktayı yani genel bir terapi hedefini ve tarafların (terapist ve danışan) hedefle ilgili fikir birliğini içermektedir. Son bileşen olan *"Bağ Bileşeni"* ise, terapist ve danışan arasındaki karşılıklı güven ve kabule dayalı ilişkiyi kapsamaktadır. Genel bir tanımlama yapılacak olursa terapötik ittifak, görev, amaç ve bağ bileşenlerinin terapi sürecinde birbirleriyle süregiden bir etkileşim içinde olmasıdır.

Kozacıoğlu (1988: 132), danışan-terapist ilişkisini aslında iç yapısında özverili olmakla birlikte örnek bir ikili ilişki olarak değerlendirmektedir. Bu ikili ilişkide danışan, geçmiş yaşamının olumsuzluklarını terapötik ortama getirerek hem tedavi esnasındaki hem de tedavi sonrasındaki yaşamını ruhsal açıdan sağlıklı ve uyumlu geçirebilmek amacıyla terapistle ortak bir çalışmaya girmiştir. Sosyal çevredeki insanlar arası ilişkinin bir modeli olan terapötik ilişki, bu nedenle *"örnek ilişki"* niteliğini taşımaktadır. Kendisi için bugüne kadarki yaşamından farklı ve özel olan bu ortamda terapist; ilgi, saygı, sevgi, kabullenme ve yargılamama yönünden değişmezliğini korumakta, danışan ise regresyon, transferans ve rezistans mekanizmaları doğrultusunda kişilerarası ilişkilerin sağlıklı bir örneğini terapistle yaşamaktadır. Psikoterapi, tüm bu duygu alışverişi içinde deneyimlenir ve uyum odaklı değişimlere neden olur. Ancak bu psikoterapi sürecinin içeriğinden kaynaklanan ve danışan tarafından yaşanıp terapistle paylaşılan bazı mekanizmalar ortaya çıkması ise kaçınılmazdır. Regresyon, transferans ve rezistans adı altında geçen bu mekanizmalar danışan tarafından ifade edilmesine rağmen temelde psikoterapötik ortamın kendisinden kaynaklanmaktadır (Kozacıoğlu, 1988: 132). Menninger'e (1958: 139) göre tedavi içerisinde yaşanan regresyon, danışanın ihtiyaçlarının karşılanmasında onun geçmişte ailesiyle ya da sosyal çevresiyle kurduğu iletişime benzer şekilde yani bu kişilerden neler ve bu neleri nasıl talep ettiyse aynı örüntüyü terapisti için kullanması olarak tanımlanmaktadır. Danışan geçmişteki deneyimlerini terapi sürecinde tekrar yaşarken halen içinde bulunduğu anı da gözlemlerken; terapist ise danışanın sadece şimdiki zamanını yaşamalı ve geçmiş deneyimlerini gözlemlemelidir. Bu doğrultuda psikoterapide danışanın orada ve o andan, burada ve şimdiye getirilmesi gereklidir. Psikoterapide regresyon, olumsuz bir durum gibi görünse de aslında terapi süreci içerisinde danışanın ilerideki yaşamını yapılandırmasında gerekli bir mekanizmadır (Knafo, 2016: 87; Kozacıoğlu, 1988: 132).

Terapötik ilişkinin aktif bileşenlerinin kavramsallaştırılması olarak ittifakın belki de en önemli ve ayırt edici özelliği, iş ve fikir birliğine yaptığı vurgudur (Bordin, 1979: 255; Hatcher vd., 1995: 639). Terapötik ilişkinin önceki formülasyonları, terapistin ilişkiye katkılarını veya terapist ile danışan arasındaki ilişkinin bilinçsiz çarpıtmalarını vurgularken modern terapötik ittifak teorisi, katılımcılar arasındaki aktif iş birliğini vurgulamaktadır (Horvath ve Bedi, 2002: 43). Bordin'in (1979: 255) terapötik ittifak kavramını ekoller üstü bir bakış açısıyla ele almasıyla başlayan bu süreç daha sonra benzer bakış açısıyla yapılandırılan diğer çalışmaların da katkısı ile terapötik ittifakın psikoterapi ekollerinden bağımsız bir kavram olmasını sağlamıştır (Hintikka vd., 2006: 321; Stevens vd., 2007: 111). Terapötik ittifakın kurulmadığı terapist-danışan ilişkisinde değişim ve iyileşme zor hatta imkânsız olabilmektedir (DeRubeis vd., 2005: 177). Bir adım ileri giderek, terapötik ilişkiyi psikoterapi sürecinin merkezine koyan kuramlar da vardır. Bu kuramlara Bilişsel Terapi (Beck, 1995: 17), Şema Terapi (Weertman, 2012: 104), Kısa Süreli İlişkisel Terapi (Safran vd., 2011: 82) ve Travma Merkezli Alyans Model Terapi (Öztürk, 2018b: 33-34; 2020a: 336) örnek olarak gösterilebilir.

Günümüzde ise Öztürk (2018b: 33-34; 2020a: 336), özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu vakaları ile ilgili oldukça uzun dönemli klinik çalışmalarında terapötik ilişki olgusunu, “*terapötik alyans*” kapsamında ve dissosiyatif bir eksende ele almıştır. Terapist ve danışan arasındaki uyum ve iş birliğine odaklı olan “*terapötik ittifak (therapeutic alliance)*” terapist ve danışan arasındaki ilişkinin doğasını açıklayan bir olgudur. Terapötik alyansın, travma sonrası stres bozukluğu ve özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisinde önemli bir süreç olduğunu belirten Öztürk'e göre travmatize ve dissosiyatif bireylerle terapötik alyansın kurulamaması ya da kurulduktan sonra bozulması, tedavide ciddi dirençler ve sorunlar oluşturabilmektedir. Terapötik alyansın kurulması bütün tanı grupları için oldukça önemli olmakla beraber özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarındaki host ve alter kişiliklerin varlığı, terapötik alyansın bu tanı grubunun doğasına özgü olarak kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu tanı grubunda, sadece host kişilik ve terapist arasındaki terapötik alyans yeterli olmadığından bu iş birliğinin ya da karşılıklılığının pek çok temel eksen üzerinde kurulması gerekmektedir. Yani, terapist rehberliğinde ilk önce host-alter kişilikler ve terapist arasında, sonra alter kişiliklerin birbirleri arasında ve son olarak alter kişiliklerle host arasında üçlü bir terapötik alyansın kurulması psikoterapinin başarılı olması için önemli bir gerekliliktir. Bu üçlü terapötik karşılıklılık, Travma Merkezli Alyans Model Terapi'nin “*primer alyans*” sürecidir. Ayrıca bu terapi yönteminde zaman ve entegrasyon konusundaki terapötik karşılıklılık da “*sekonder alyans*” sürecini oluşturmaktadır (Öztürk, 2018b: 31). Öztürk (2018b: 33-34, 2020a: 336-338) kendi geliştirdiği ve “*krize müdahale psikoterapisi*” olarak tanımladığı “*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*” yönteminde dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında terapötik iş birliği konusunda “*terapötik karşılıklılık (therapeutic reciprocity)*” kavramını hem tanımlamakta hem de kullanmaktadır. Çok sayıda alter kişiliği bulunan dissosiyatif kimlik bozukluğu tanı grubunda “*terapötik karşılıklılık*” daha kapsamlı ve çok yönlü bir terapötik iş birliğine işaret etmektedir. Öztürk'e (2018b: 34, 2020a: 338) göre terapötik karşılıklılık; psikoterapist ve danışan arasında kurulması gereken hem stabil hem de dinamik yanları olan temel ve etik sınırlar dahilinde gerçekleşen düşünsel ve duygulanımsal bir bağ geliştirme yaşıntısı kadar bir tedavi uzlaşmasıdır.

### **Direncin Psikoterapötik Analizi**

Psikoterapide direnç, danışanın terapi sürecine katılma konusundaki paradoksal isteksizliğidir ve bu direnç, genelde danışanın terapötik ortamda kendi kendisiyle mücadelesinden kaynaklanır. Direncin psikopatolojik bir temeli olsa da aslında danışan için hayati öneme sahip alışkanlık ve gereksinimlerinden kopma güçlüğünün terapötik bir yansımasıdır (Kozacıoğlu, 1988: 136). Menninger (1958: 71) direnci (rezistansı), danışanın ruhsal yapısı içinde yer alan ve düzeltici değişikliklere karşı gelen bir güç olarak tanımlamıştır. Menninger (1958: 72) ayrıca, rezistansın

danışanın terapi sürecinde kendisini rahat hissetse de düşündüklerini söylemenin güç ve çaba gerektirmesi ile başladığını, geçmişte yaşanan bir olayı ya da bir düşünceyi tekrarlamının ürkütücü olabileceğini ve geçmişi hatırlayıp açığa çıkarmanın suçluluk duygusunu da beraberinde getirebileceğini öne sürmüştür. Danışanla aynı fikirde olmasa bile terapistin hem onun yanında olduğunu hissettirmesi hem de onu yargılamadan kabullenmesi, danışanın kendisiyle olumlu bir terapötik ilişkiye girebilmesini, düşüncelerini ve duygularını içinden geldiği şekliyle ifade edebilmesini ve rezistansının azalmasını sağlayarak psikoterapi sürecinin etkin bir şekilde fonksiyon görmesini olanaklı kılar.

Direnç gösteren danışanlar geçici olarak isteksiz veya terapi kontratının şartlarını yerine getiremez hale gelirler. Direnç gösteren danışanlar yardım istiyor ve terapinin potansiyel faydalarına inanıyor gibi görünseler de terapötik süreci baltalayabilecek şekillerde davranabilirler. Direnç, danışanların gerçekten istedikleri veya ihtiyaç duydukları tüm yardımı aldıklarını hissettiği veya psikoterapinin onlara sunabileceği çok az şey olduğu sonucuna varmak için yeterli temele sahip oldukları durumlardan farklıdır. Bahsi geçen bu durumda, terapi sürecinde iş birliği yapma konusundaki isteksizlik bir paradoks değil mantıklı bir kararı temsil eder ve direnç olarak yorumlanamaz. İki taraf için de uygun olan terapi kontratının hazırlanmasından sonra ortaya çıkan danışanın tedavi sürecine katılımındaki azalma, terapinin artık gerekli veya yararlı olmadığına dair gerçek bir inançtan ziyade tipik bir direnç şeklinde yorumlanmaktadır (Weiner ve Bornstein, 2009: 171).

Danışan tarafından birçok farklı şekilde yansıtılan direnç, psikoterapi sürecinde her zaman belirsizliği yansıtır (Arkowitz, 2002: 220). Danışanlar için yaşam olaylarını algılama, değerlendirme ve bu olaylara tepki verme süreçlerindeki alışılageldikleri yapıyı bırakmak ve değiştirmek korkutucu olabilmektedir. Danışanlar, yaşamlarında kendilerini tedavi arayışına iten zorluklardan rahatsız olsalar bile, genellikle bilinmeyenden korkan, tanıdık olana tutunan, belirsizlik yerine öngörülebilirliği tercih eden ve değişimi en aza indirmeye ya da engellemeye çalışan bir tutum sergileyebilmektedirler. Öztürk (2020a: 245) ise, dirençlerin terapistlerin mesleki yetersizliklerinden, danışanlarını ihmal etmelerinden ve travmatik yaşantıların onlar için hala devam ettiğinden de kaynaklanabileceğini önemle vurgulamaktadır. Bu nedenle direnç olgusunun psikoterapi sürecinin yanı sıra danışanın aktüel, iş ve aile yaşamlarına odaklı olarak çok eksenli düşünülmesi şarttır.

Direnç, geleneksel olarak bu bağlamda, danışanın bilinçli değişim arzusu ile statükoyu sürdürmeye dönük bilinçsiz ihtiyacı arasındaki çatışmayı yansıtan bir durum olarak görülebilmektedir (Gabbard, 2007: 270). Çaresizlik ve bağımlılık çağrışımlarıyla birlikte, uzun süreli ve rahat ilişki kalıplarını değiştirme isteksizliği veya çaresizlik ve hasta rolüne girme endişesi gibi unsurları içerebilen belirli bileşenleri ne olursa olsun her türden direnç, ister doğrudan ister dolaylı olarak ifade edilsin “kararsızlık” içermektedir (Beutler vd., 2002: 133). Klinik psikolojide yakın zamana kadar direnç, sadece danışan kaynaklı olarak algılanmıştır. Son yıllarda ise direnç olgusunda terapistin ve terapötik ilişkinin de majör bir rol oynadığı savunulmaktadır. Butler ve Bird (2000: 125), bu bakış açısıyla direnci, “*terapist-danışan mücadelesi*” şeklinde tanımlamıştır. Dryden ve Neenan (2011: 107) ise terapistlerin psikoterapi sürecinde ortaya çıkan sorunları danışana atfetme eğilimi gösterebileceklerini, bu nedenle farkında olmadan asıl kendilerinin terapi sürecini yönetmekte zorlanabileceklerini öne sürmüştür. Terapi sürecinde direnç olarak değerlendirilen zorluklar, danışan kaynaklı olmaktan ziyade terapistin kendi psikopatolojisinden ve mesleki yetersizliğinden kaynaklanan nedenlerden ötürü yaşadığı zorluklar da olabilir.

Psikoterapi sürecinde direncin neden önemli bir rol oynadığına ilişkin çalışmalar, dört temel öge öne sürmektedir. İlk öge, direncin terapistin danışan ile ilgili yaptığı yorumlara ve bu yorumların çıkarımlarına yönelik danışanın başa çıkma sürecine eşlik eden bir fenomen olarak değerlendirilmesidir (Boesky, 1990: 555). Bu durumun olduğu hallerde, terapistin danışandaki

direnci azaltma ya da ortadan kaldırma amacıyla yaptığı müdahaleler danışanların psikoterapi sürecinde daha rahat ilerlemesini sağlamaktadır (Dewan vd., 2004: 89). İkincisi, direnç olarak yorumlanan davranışların terapist tarafından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, danışanın kendisini anlama becerisini geliştirebilir. Üçüncü öge, tedavi sürecinde terapistin direnç ile ilgili yaptığı yorumların, danışanın terapiye getirdiği sorunlara yönelik hatırladığı deneyimlerin çalışılmasından daha verimli olabilmesidir. Bu durumun oluşmasındaki temel etken, direncin terapi seansı sırasında “*şimdi ve burada*” gerçekleşiyor ve doğrudan gözlemlenebiliyor olmasıdır. Danışan için terapötik bir malzemenin şimdi ve burada ilkesiyle çalışılması, hem onun kendisini devam eden bu psikanaliz süreci içerisinde gözlemleyip değerlendirmesini hem de terapistin bu tip durumlarda sergilediği sağlıklı tutum ve davranışlardan oluşan prototipini canlı bir şekilde deneyimlemesini olanaklı kılar (Weiner ve Bornstein, 2009: 173). Son neden ise, direncin ortaya çıktığı terapi ortamında terapistin danışanla ilgili araştırabileceği ve anlamaya çalışabileceği psikopatolojik materyaller vermesidir. Bu nedenle, terapi sürecinde direnci “*yok etmek*” değil onu “*anlamak*” önemli bir husus haline gelmektedir. Direnç danışan için bir paradokstur; çünkü direnç gösteren danışan aslında terapistine kendisi ile ilgili araştırılmaya değer bir alan hakkında önemli bilgiler de vermiş olur (Schlesinger, 1982: 28). Newman (1994: 52) da güncel yaklaşıma benzer şekilde direnci terapi süreci için bir engel olarak görmek yerine buradan elde edilen bilgiyi vaka formülasyonu ve müdahaleleri yönlendirmek amacıyla kullanılmasını önermektedir.

#### **Aktarımın Psikoterapötik Yansımaları**

Psikoterapide ortaya çıkması beklenen bir başka mekanizma, transferans yani aktarımdır. Freud transferansı danışanın terapistini bir terapist gibi değil de kendi geçmiş yaşamından bir kişiymiş gibi görerek ona tepki göstermesi şeklinde tanımlamaktadır. Yani, danışan geçmiş yaşamında önemli bir yeri olan bir kişiye karşı göstermiş olduğu davranış kalıplarını ya da reaksiyonları şimdi de terapistine göstermektedir (Kozacıoğlu, 1988: 134). Menninger (1958: 136), transferans kavramını psikoterapi sürecindeki regresyon bağlamında ele alarak danışanın bilinçaltı olarak terapistine aktardığı rollere karşı yine danışanın gösterdiği ancak temeli eski deneyimlerde yatan reaksiyonların yansımaları olarak tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre ise aktarım, kişinin çocukluk döneminde kendisi için önemli olan kişilerle yaşamış olduğu deneyimler aracılığıyla oluşturduğu duygu, düşünce ve davranış kalıplarını hayatının yetişkinlik döneminde etkileşimde olduğu kişi ya da kişilerle yeniden yaşaması ve bu kişi ya da kişilere çocukluk dönemindeki duygu ve düşünce kalıplarına göre tepki vermesidir (Gelderman, 1998: 42). Aslında aktarım, tüm insan ilişkilerinin bir parçasıdır, çünkü bir kişinin diğerine tepkileri her zaman önceki kişilerarası deneyimin etkisine tabidir. Daha önceki ilişkiler, kişilerin mevcut ilişkilerini yorumlamak için şablon görevi görür (Andersen ve Sarıbay, 2005: 17). Kişinin bilinçdışı süreçlerinin bir dışavurumu olan aktarım fenomeninin terapötik ilişkide çok daha güçlü ve görünür şekilde ortaya çıkması ise kaçınılmazdır (Gelderman, 1998: 42).

Aktarımın psikoterapideki rolü, ilk olarak bu tepkileri hem yararlı bir bilgi kaynağı hem de tedavide ilerlemenin önünde potansiyel bir engel olarak gören Freud (1912: 104; 1957: 146) tarafından açıklanmıştır. Psikoterapi süreci açısından aktarım, danışanın geçmiş ve şimdiki ilişkilerinin doğasına dair ipuçları sağlarken diğer yandan da bir direnç kaynağı olarak, danışanın tedavi kontratına olan bağlılığını bozabilir. Aktarımın altında yatan psikolojik süreçler karmaşıktır. Geçmiş ilişkilerdeki duyguların, tutumların ve dürtülerin şimdiki ilişkilerde tekrar ortaya çıkmasına ek olarak, çoğu aktarım tepkisi bir dereceye kadar yansıtma içerir. Danışanlar geçmiş iletişim deneyimlerine dayalı olarak terapistlerinin duyguları, tutumları ve düşünceleri hakkındaki çıkarımlarına, kendi iç dünyalarının bazı yönlerini yansıtırlar. Aktarım ile karakterize olan projeksiyonlar, neredeyse değişmez bir şekilde danışanın terapistine yönelik algılarında çarpıtmalar içerdiğinden danışanın terapisti ve terapötik ilişkiyi yanlış algıladığı bir tür yanlış atıf süreci olarak da düşünülebilir. Diğer yandan terapistin aktarıma verdiği yanıt, danışanın da kendi içsel süreçleri

hakkında iç görü kazanmasına ve pozitif yöndeki ruhsal değişim için neye ihtiyacı olduğu konusunda kendisine yol göstermesini sağlar (Weiner ve Bornstein, 2009: 215).

Terapötik ilişkide aktarım, olumlu ya da olumsuz yönde gelişebilmektedir. Olumlu aktarım, uyumsal tutum ve davranışların danışan tarafından terapistte aktarılmasıdır. Bu aktarım modeli terapötik ilişkide hayranlık, güven, saygı ve teslimiyet şeklinde kendisini gösterebilir. Olumsuz aktarım modelinde ise danışanlar terapistlerine karşı güvensiz bir tutum sergilerler, terapi sürecinden ve terapistten fayda görebileceklerine inanmazlar. Olumlu ve olumsuz aktarım bir arada bulunabilir ve aralarındaki ilişki değişkenlik göstererek zaman zaman biri diğeri için savunma mekanizması olarak işlev görebilir. Temel olarak aktarımın olumlu ya da olumsuz olmasından ziyade terapistin bu aktarıma verdiği yanıt, psikoterapi sürecinde en önemli unsurdur (Beutler ve Sandowicz, 1994: 99). Öztürk'e göre olumsuz aktarım süreci, psikoterapide tedavi süresi uzadığında kriz yaşantılarına dönüşebilmektedir. Özellikle travma merkezli ve kısa dönemli psikoterapi modellerinde, uzun dönemli olan yaklaşımların aksine olumsuz aktarım süreçleri genellikle yaşanmaz. Bu tedavi modellerinin çoğunda tedavinin kısa dönemli olmasıyla paralel olumlu aktarım süreçleri yaşanmaktadır. Bu nedenle aktarım süreçlerinde psikoterapi modelleri ve yaklaşımları da sorgulanarak özellikle bu olumsuz aktarımlarla ilişkili kriz yaşantılarını önleyen terapötik stratejiler geliştirilmeli ve gerekli olduğunda travma merkezli kısa dönemli psikoterapi modelleri kullanılmalıdır (Öztürk, 2018b: 35; 2020a: 246).

### **Karşı Aktarımın Psikoterapötik Dinamikleri**

Karşı aktarım, psikoterapi ve psikanaliz alanlarının kendisi kadar eski bir kavramdır. Psikoterapideki pek çok temel yapı gibi, bu kavram da Freud tarafından yirminci yüzyılın başından kısa bir süre sonra tanımlanmıştır. Freud (1957: 147) karşı aktarım kavramını, danışanın terapistin bilinçdışı duyguları üzerindeki etkisi olarak tanımlamıştır ve terapistin bu duyguları fark edip düzenlemesinin çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Psikanaliz modelleri klasik dürtü ve ego analitik teorisinin ötesine geçtikçe ve daha ilişkisel ve kişilerarası modellere doğru evrildikçe karşı aktarım kavramı da içeriksel olarak değişmiştir. Yıllar içinde yapılan klinik çalışmaların etkisiyle karşı aktarım, çoğu terapi modelinde önemli bir parça olarak kabul edilmektedir (Gelso ve Hayes, 2002: 134).

Karşı aktarım kavramı ile ilgili yapılan çalışmalara paralel olarak bu kavram, farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanmış ve açıklanmıştır. Epstein ve Feiner'in (1988: 286) bu tanımlarda odaklanılan noktaları “*klasik*”, “*totalistik*” ve “*tamamlayıcı*” görüş olarak adlandırılmıştır. Freud (1957: 147) tarafından yapılan tanımlama klasik görüşü yansıtmaktadır. Bu görüşe göre karşı aktarım, terapistin danışanın aktarımına karşı bilinçsiz ve çatışmaya dayalı reaksiyonudur. Yani karşı aktarım, terapistin danışanın aktarımına aktarımıdır. Bu bakış açısına göre karşı aktarım, istenmeyen bir durumdur ve oluşması durumunda terapist tarafından fark edilip ortadan kaldırılması gerekmektedir. Karşı aktarımın kaynağı, terapistin erken çocukluk döneminden kaynaklanan çözülmemiş çatışmalardır ve bunlar vakanın aktarımıyla tetiklenir ve terapistte belirli ölçülerde kendini gösterir. Böylelikle karşı aktarım, terapistin anlayışını bulanıklaştırmaya, terapistte danışanın ruhuna ve benliğine dair çarpıtmalar yaratmaya ve/veya terapistin anti-terapötik şekillerde davranmasına neden olabilir. Bu durumun ortadan kalkması ya da minimum düzeye indirilmesi için de gereken şey, terapistin çözülmemiş sorunları üzerinde çalışması olarak görülmüştür (Gelso ve Hayes, 2002: 134).

Karşı aktarıma yönelik totalistik anlayış, 1950'lerde ortaya çıkmıştır ve sonraki yıllarda geliştirilmeye devam etmiştir. Bu anlayışa göre karşı aktarım, terapistin danışanına yönelik tüm duygusal tepkilerini temsil etmektedir. Bu kapsamda, psikoterapi sürecinde tüm reaksiyonların hepsi hem çalışılmalı hem anlaşılmalı hem de bütüncül bir şekilde karşı aktarım altında değerlendirilmelidir. Totalistik görüş önem kazandıkça karşı aktarım, terapistin kendi iç tepkilerinin

danışanları üzerindeki etkisini fark etmesi ve bu fark etme sürecini danışanlarını daha iyi anlamak için kullanması üzerine odaklanmıştır (Heimann, 1950: 12).

Tamamlayıcı görüşe göre ise karşı aktarım, terapistin danışanın aktarımına veya tarzına kaçınılmaz olarak gösterdiği tepkidir. Yani, karşı aktarım danışanın aktarımının veya ilişki tarzının tamamlayıcısı veya karşılığıdır. Bu anlayışa göre, danışanın terapist üzerinde etkisi bulunmaktadır ve bu etkiye bağlı olarak her pozitif aktarım pozitif bir karşı aktarım, her negatif aktarım ise negatif bir karşı aktarıma sebep olmaktadır (Racker, 1957: 321). Günümüzde ise, karşı aktarım her türlü ilişki içinde olan iki kişi arasında kaçınılmaz olarak gelişen etkileşimsel bir fenomen olarak kabul edilmektedir. Terapist kaçınılmaz olarak ortaya çıkan bu durumun neden olacağı olumsuzluklara karşı dikkatli olmalı ve kendi içinde ortaya çıkan bu tepkilerin danışanın iç dünyasını anlamasını kolaylaştıracak bir yol gösterici olduğunu unutmamalıdır.

### **Psikotravmatoloji Perspektifinden Psikoterapi Yaklaşımları**

Geçmişten günümüze olan uzamda çok sayıdaki “*travma merkezli*” psikoterapi kuram ve yaklaşımları, psikotravmatoloji perspektifinden yapılandırılmaktadır. Psikotravmatoloji, klinik psikoloji, psikiyatri ve psikotarih disiplinleri ile yakından ilişkili bir çalışma alanıdır. Günümüzde psikotravmatoloji ile ilişkili bu disiplinlerde teorik ve klinik yönelimli bilimsel çalışmalar odak noktaları olmaya devam etmektedir. Psikotravmatoloji, insanların ya da toplumların travmatik durum ya da olaylarla ilişkili olarak verdikleri tepkileri, travmaya müdahale noktasında kullanılan psikoterapileri ve proaktif anlamda travma önleme uygulamalarını çalışan psikoloji temelli bir alandır. Öztürk’e göre ise psikotravmatoloji, kronik ya da akut travmatik yaşantıların insan psikolojisi üzerine etkilerini değerlendirir, bu etkilerin yaşam boyu psikopatolojilere dönüşümünü inceler ve travma kökenli psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi konusunda klinik temelli paradigmaları yapılandırır. Aynı zamanda psikotravmatoloji; depresyon, sel ve yangın gibi doğal afetler ile insan eliyle meydana gelen fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, göç, savaş, terör ve bölgesel çatışmalara bağlı olarak yaşanan travmatik stres ve travmatik dissosiyasyon konularında çalışmalar yapan bir bilim dalı olarak tanımlanabilir (Derin, 2020: 49; Everly, 1993: 272; Öztürk, 2018a: 92; 2018b: 33; 2020c: 2; Öztürk ve Derin, 2020a: 184, 2020c: 15; Öztürk vd., 2019: 215; Öztürk vd., 2021: 246). Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini ve dissosiyatif reaksiyonları kapsayan teorik ve klinik bilimsel faaliyetlerin bütünü olarak kabul edilen psikotravmatoloji, travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan hem kanıta dayalı psikoterapi uygulamaları hem de bu konudaki akademik çalışmalar olarak tanımlanabilmektedir (Bisson vd., 2013: 11; Öztürk, 2020a: 12).

Psikotravmatoloji çalışma alanının üç özgün özelliği bulunmaktadır (Maercker ve Augsburger, 2019: 5). Bunlardan ilki, psikotravmatolojinin klinik temelli bilimsel araştırmalara ve travmatik yaşantıların önlenmesine yönelik strateji ve tekniklerin geliştirilmesine sağladığı katkılarla giderek gelişen ve birçok bilim insanının önem verdiği bir bilim alanı olmasıdır. İkinci özgün özellik, bireysel ve toplumsal boyutlardaki hem yakın zamanda gerçekleşen travmatik olayların hem de çocukluk dönemindeki kronik olumsuz yaşam deneyimlerinin psikotravmatolojinin çalışma alanı olmasıdır. Üçüncü ve son özellik ise, günümüz dünyasındaki sosyal ve kültürel etkenlerin, psikotravmatoloji odaklı bilimsel araştırmaları ve psikoterapi yöntemlerini etkileyebilmesi ve hatta onlara yön verebilmesidir (Maercker ve Augsburger, 2019: 7-12).

Psikotravmatoloji ya da psikolojik travma çalışmaları, akademik alanda yürütülen bilimsel araştırmalar ve klinik alanda gerçekleştirilen travma kökenli psikiyatrik bozuklukların psikoterapisi olmak üzere iki farklı şekilde yürütülmektedir. Psikotravmatoloji, akademik bilimsel araştırmalara ek olarak psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi temel terapötik yaklaşımları desteklemekte ve ayrıca travmatik deneyimlerin nötralize edilmesi sürecinde bilişsel çarpıtmaların

psikoterapötik müdahalede uygun bir düzeyde kullanılmasını da sağlayarak travma odaklı tedavilerin hem başarıyla hem de optimum sürede bitirilmesine imkân tanımaktadır. Ayrıca psikotravmatoloji bireyin psikolojik yapısındaki temel unsurlardan biri olan kültürü, psikoterapi sürecinde vakaların travmatik doğasına uygun bir şekilde çalışır (Öztürk ve Derin, 2020a: 184; Öztürk vd., 2021: 246).

Psikotravmatoloji kapsamında klinik psikoloji perspektifinden travma kökenli psikiyatrik bozuklukların psikoterapisiyle ilişkili bilimsel çalışmalar yürütülmektedir. Psikotravmatolojik yaklaşıma göre olumsuz yaşam deneyimlerinin vakalar tarafından optimal bir seviyede işlenebilmesi için tanıya özgü, klinik yönelimli ve travma odaklı psikoterapi yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu kapsamda, vakaların travmatik doğasına uygun bir çalışma yapılması oldukça önemlidir. Psikotravmatolojik perspektiften çalışan bir terapistten vakanın ünük olan inanç ve tutumlarına gerçekten ilgi duyması, onu anlaması ve yargılamadan empatik bir zeminde terapi sürecini yönetmesi beklenmektedir. Bu anlamda, terapistin ve danışanın aktif katılımıyla yürütülen psikoterapilerde; bilişsel ve davranışçı müdahalelerin yapıldığı dinamik temelli, travma odaklı, entegrasyonu ve kendileşmeyi hedefleyen bir terapötik zeminin oluşturulması ve vakadaki travmatik yaşantıların nötralize edilmesi yoluyla tedavinin tamamlanması hedeflenmektedir (Öztürk, 2018b: 34).

### **Travma Odaklı Psikoterapi Uygulamaları**

Travma odaklı psikoterapi uygulamalarında bir semptom olarak kabul edilen danışanın getirdiği sorun, travmatik deneyime verilen bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Travmatik deneyimle baş etmeye çalışan danışanlarda duygulanım düzenlemede değişimler (inatçı disfori, kronik intihar düşüncesi, kendine zarar verme davranışları, patlayıcı ya da açığa vurulmamış öfke, takıntılı veya aşırı ketlenmiş cinsellik), bilinçte değişiklik (amnezi, travmatik olayın akıldan çıkmaması, kişilik çözümleri ya da dissosiyasyon, gerçekliğin algılanmasında kesintiler ve travmatik olayın intruzif biçimde zihinde yeniden yaşantılanması), kendilik algılamasında değişiklik (inisiyatif felci, çaresizlik, utanç, suçluluk ve kirlenmişlik duyguları, başkalarından psikolojik açıdan farklı olduğunu hissetme) gibi semptomlar görülebilmektedir (Herman, 2016: 154-155). Herman'a (2016: 155) göre ruhsal iyileşme üç evrede ele alınır. Bunlar, güvenliğin tesis edilmesi-sağaltıcı bir ilişkinin kurulması, hatırlama-yas tutma ve olağan hayatla yeniden bağ kurulmasıdır.

Courtois ve Ford'a (2009: 20) göre travma odaklı psikoterapi uygulamaları, üç aşamalı bir yapıdan oluşmaktadır. İlk aşamada, terapist danışanı sağlıklı bir terapötik ilişki/ittifak kurmalı, danışanın stabilizasyonunu sağlamalı, ayrıca danışanın travmatik deneyimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan semptomları yönetebilmesi ve duygu düzenleme becerisini arttırabilmesi için beceri geliştirme odaklı müdahaleler planlamalıdır. Danışanın sorunu çalışılırken asıl meselenin geçmişte yaşandığına, şu anda ise güvende olduğuna ilişkin farkındalığının artmasıyla psikoterapinin ikinci aşamasına geçilir ve travmatik yaşam olaylarının değerlendirilmesi psikoterapi sürecinin odağı haline gelir. Üçüncü ve son aşamada ise, danışanın entegre bir benlik yapısına sahip olmasının yanı sıra optimal düzeyde karşılıklı kurulabilen gelişmiş kişilerarası ilişkilerin olduğu bir hayat sürebilmesine yönelik beceriler kazandırılmasına odaklanılmaktadır. Psikoterapi sürecinin üç aşamalı olarak yapılandırılması önerilse de bu süreç genellikle doğrusal bir yol izlememekte ve sıklıkla önceki aşamalar tekrar gözden geçirilmektedir. Tüm bu müdahaleler yapılırken aslında travmanın çözümünün nihai olmadığı, ruhsal açıdan iyileşmenin büyük oranda sağlanabildiği ve travmatik bir olayın etkisinin mağdurun hayat döngüsü süresince yankılanmaya devam ettiği unutulmamalıdır. Öztürk'e (2020b) göre ise, bu travmatik olayın etkisinin bireyin hayat döngüsü süresince yankılanmaya devam etmesi, psikoterapi içerisinde terapötik karşılıklı sağlandıktan sonraki fazda gerçekleştirilen "travmanın nötralize edilmesi" yoluyla kırılabilen ve danışan tamamen sağlıklı ve entegre bir hale gelebilmektedir.



## SONUÇ

Klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerinde geçmişten günümüze olan uzamda bilim insanları tarafından psikoterapi kavramı için farklı ancak aynı zamanda da birbiriyle ortak noktaları olan tanımlamalar yapılmıştır (Brent ve Kolko, 1998: 17; Butler ve Strupp, 1986: 31; Frank, 1976: 48; Öztürk, 2018a: 33; 2020a: 229; Prochaska ve Norcross, 2010: 24; Winnicott, 1971: 41). Farklı ekoller perspektifinde yapılan çok sayıdaki bu tanımlamalar ve geliştirilen bu yöntemler, psikoterapinin temel ilke ve bileşenlerinin belirlenmesinde etkili olmuştur (Simon ve Brus, 2017: 45). Bu kapsamda, ekoller üstü bir bakış açısından değerlendirme yapıldığında vaka formülasyonu, terapötik çerçeve, terapötik ittifak ve terapötik karşılıklılık, direnç, aktarım ve karşı aktarım kavramları psikoterapinin temel ilkeleri ve temel bileşenleri açısından ortak bir kümeyi oluşturmaktadır. Ayrıca, hem azımsanmayacak sayıda psikoterapi kuramının psikotravmatoloji perspektifinden yapılandırılması hem de psikotravmatolojinin depresyon, sel ve yangın gibi doğal afetler ile insan eliyle meydana gelen fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, göç, savaş, terör ve bölgesel çatışmalara bağlı olarak yaşanan travmatik stres ve travmatik dissosiyasyon konularında çalışmalar yapan bir bilim dalı olarak işlev görmesi, günümüzde travma odaklı psikoterapi uygulamalarının klinik psikoloji alanında en fazla tercih edilen yaklaşımlar haline gelmesinin ana nedenlerini oluşturmaya devam etmektedir (Derin, 2020: 49; Everly, 1993: 272; Öztürk, 2018a: 92; 2018b: 33; 2020c: 2; Öztürk ve Derin, 2020a: 184; Öztürk vd., 2019: 215; Öztürk vd., 2021: 246).

Yeniden vurgulanacak olursa psikoterapi, bireydeki uyumsuz düşünce, duygu ve davranışların psikolog ünvanına sahip ve klinik psikoloji alanında “profesyonel” onayı bulunan bir terapist tarafından bilimsel psikolojik teknik ve yaklaşımlar kullanılarak uyumlu düşünce, duygu ve davranışlara dönüştürülmesi sürecidir. Öztürk’e göre günümüzde modern psikotravmatoloji paradigmatları çerçevesinde klinik olarak “travma temelli” olarak yapılandırılan, “krize müdahale stratejileri” bulunan ve “terapötik karşılıklılık” süreci eşliğinde tedavisine aktif bir katılım sağlayabilen bireyler hem “uyumsuz ve psikopatolojik yönlerinin tedavi edilmesi” hem de “travmatik yaşantılarının nötralize edilmesi” kadar “kişisel potansiyellerini daha iyi kullanabilmek”, “yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmek”, “kendilerini daha iyi tanıyabilmek ve geliştirebilmek” amaçlarıyla psikoterapilere başvurabilmektedirler (Öztürk, 2018b: 33; 2020a: 229). Bu doğrultuda psikoterapi, bir danışan için en iyi olanı kendisine buldurup onu, yaşamını yeniden düzenlemek ve hem kendine ve çevresine hoşgörülü olma hem de kendi ve çevresi ile barışık olma yolunda desteklemek demektir (Kozacıoğlu, 1988: 126). Psikoterapi, psikopatolojik ve uyumsuz davranışların bırakılarak uyumlu ve ruhsal açıdan sağlıklı davranışların edinilmesi yolunda bir eğitim sürecidir. Bu doğrultuda psikoterapi, insanın “en iyi kendisi” olabilmesi ve değişen çevre şartlarında, “en iyi kendisi olabilme durumunu koruyabilmesi” yolunda gelişim odaklı hem bir eğitim hem de pozitif bir psikolojik dönüşümdür (Öztürk, 2020a: 229; 2021a: 644; Öztürk & Derin, 2021: 11; Weiner ve Bornstein, 2009: 3).

Öztürk’e göre travma merkezli, etkin ve sistemli “krize müdahale psikoterapisi” yöntemlerini uygulayabilen klinisyenler daha kısa sürede vakalarını tedavi edebilmektedirler. Yineleyici intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları ile karakterize olan travma vakalarıyla çalışıyor olmak, bu alana özgü psikotravmatoloji ve suisidoloji odaklı temel bilgi birikimini gerektirmektedir. Travma vakalarında intihar girişimlerine ve kendine zarar verme davranışlarına müdahale edebilmek; bu tanı gruplarına yönelik travma merkezli psikoterapi tekniklerini ve krize müdahale stratejilerini uygulamadan mümkün değildir. Psikoterapi sürecinde terapötik karşılıklılık kadar travmanın metabolize ve nötralize edilmesi prosesleri de oldukça önemli bileşenlerdir. Travmanın nötralize edilmesi, terapötik karşılıklılık sonrasında çalışılan bir süreç olup travmanın metabolize edilmesini de kapsamaktadır. Öztürk, travmanın nötralize edilme sürecini, olumsuz yaşam deneyimleri karşısında birey ne kadar travmatize ve dissosiyasyon olsa da “sağlıklı tarafı” ile aktüel

hayatına olabildiğince fonksiyonel bir şekilde devam edebilmesine imkân tanıyan psikoterapötik bir işlem olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2018b: 33-34; 2020a: 230; 2021b: 8).

Sonuç olarak terapist hem danışanın tanısına uygun ve yetkin olduğu psikoterapi yöntemini kullanarak hem de danışanın tedavisine aktif bir şekilde katılım göstermesini olanaklı kılarak onu mümkün olabilen en kısa sürede ruhsal açıdan sağlıklı, işlevsel ve entegre bir hale getirmelidir. Bütün travma ile ilişkili psikiyatrik tanı gruplarında modern psikotraumatoji paradigmaları çerçevesinde bilimsel ve klinik bir zeminde yapılandırılmış olan “krize müdahale özelliği” bulunan “travma merkezli psikoterapi yöntemleri” kullanılmalıdır. Bu açıdan günümüzün psikoterapi ekollerinde, “kısa dönemli psikoterapi” yaklaşımları oldukça önem kazanmıştır. Danışanların psikoterapisi, vakanın travmaları ile baş edebilmesi, fonksiyonelliğini geri kazanabilmesi ve çevre ile uyumunun yeniden sağlanabilmesi adına var olan belirli ölçüdeki ruhsal bütünlüğüne de zarar vermeden mümkün olan en kısa sürede tamamlanmalıdır.

#### KAYNAKÇA

Andersen, S. M., & Saribay, S. A. (2005). The Relational Self and Transference: Evoking Motives, Self-Regulation, and Emotions through Activation of Mental Representations of Significant Others/Interpersonal Cognition (Ed. M. W. Baldwin). Guilford Press. s. 1–32.

Arkowitz, H. (2002). Toward an Integrative Perspective on Resistance to Change. *Journal of Clinical Psychology, C. 58*, s. 219–227.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.

Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance/Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients (Ed. J. C. Norcross). New York: Oxford University Press. s. 129–143.

Beutler, L. E., & Sandowicz, M. (1994). The Counseling Relationship: What Is This? The Counseling Psychology, C. 22, s. 98-103.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological Therapies for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. *Cochrane Database Systematic Review, C. 12*, s. 1-168.

Boesky, D. (1990). The Psychoanalytic Process and Its Components. *Psychoanalytic Quarterly, C. 59*, s. 550–584.

Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of The Psychoanalytic Concept of The Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, C. 16, S. 3*, s. 252-260.

Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1998). Psychotherapy: Definitions, Mechanisms of Action, and Relationship to Etiological Models. *Journal of Abnormal Child Psychology, C. 26, S. 1*, s. 17-25.

Butler, M. H., & Bird, M. H. (2000). Narrative and Interactional Process for Preventing Harmful Struggle in Therapy. *Journal of Mental and Family Therapy, C. 26*, s. 123–142.

Butler, S. F., & Strupp, H. H. (1986). Specific and Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Problematic Paradigm for Psychotherapy Research. *Psychotherapy, C. 23*, s. 30-40.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. *Journal of Personality Disorder, C. 18, S. 1*, s. 52-72.

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An evidence-based Guide*. New York: Guilford Press.

- Derin, G. (2020). Travma ve Göç: Bir Gözden Geçirme. *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi*, C. 5, S. 2, s. 46-55.
- Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Psikotarih Temelli Çocuk Yetiştirme Stilllerinin Kuşaklararası Travma Geçiş Açısından İncelenmesi/Turaz Akademi 2018 (Ed. O. Celbiş). 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. s. 16-30.
- Derin, G., & Öztürk, E. (2020). Ruhsal Travmanın Aktarımında Psikotarihsel Dinamikler. *Psikotarih* (Ed. E. Öztürk). Ankara: Türkiye Klinikleri p.22-32.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of The Nonspecific Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, C. 12, S. 2, s. 174-183.
- Dewan, M. J., Steenbarger, B. N. & Greenberg, R. P. (2004). *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A practitioner's Guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Dryden, W., & Neenan, M. (2011). *Working with Resistance in Rational Emotive Behaviour Therapy: A Practitioner's Guide*. Routledge: East Sussex.
- Ells, T. D. (2007). History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation/Handbook of Psychotherapy Case Formulation (Ed. T. D. Ells). New York: The Guildford Press. s. 3-33.
- Epstein, L., & Feiner, A. H. (1988). Countertransference: The Therapist's Contribution to Treatment/ Essential Papers on Countertransference (Ed. B. Wolstein). New York: New York University Press. s. 282-303.
- Everly, G. S. (1993). Psychotraumatology: A Two-factor Formulation of Posttraumatic Stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, C. 28, S. 3, s. 270-278.
- Frank, J. D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery/Evaluation of Psychotherapies: Behavioral Therapies, Drug Therapies and Their Interaction (Ed. R. L. Spitzer - D. F. Klein). Baltimore: Johns Hopkins University Press. s. 47-56.
- Freeman, A. (1992). Developing Treatment Conceptualizations in Cognitive Therapy/Casebook of Cognitive-Behavioral Therapy (Ed. A. Freeman - F. Dattilio). New York: Plenum Press. s. 13-23.
- Freud, S. (1912). The Dynamics of Transference/The Special Section: Therapeutic Alliance in Psychotherapy Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Ed. J. Starchey). London: Hogarth Press. s. 99-108.
- Freud, S. (1953). The Interpretation of Dreams/The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud Strachey (Ed. J. Starchey). London: Hogarth Press. Vol. 4-5.
- Freud, S. (1957). Future Prospects of Psychoanalytic Therapy/The Standard Edition of The Complete Works of Sigmund Freud (Ed. J. Strachey). London: Hogarth. s. 139-151.
- Gabbard, G. O. (2007). Unconscious Enactments in Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, C. 37, s. 269-275.
- Gelderman, W. A. (1998). *A Study of Transference in The Male to Male Counseling Relationship*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Canada: St. Stephen's College.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The Management of Countertransference/Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients (Ed. J. C. Norcross). New York: Oxford University Press. s. 129-143.

Gordon, P. (2006). The Therapeutic Frame in The Clinical Context: Integrative Perspectives. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organizations*, C. 12, S. 1, s. 106-108.

Gödeş, M. (2018). Psikoterapide Çerçevenin Önemi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, C. 1, S. 2, s. 134-153.

Greenberg, J., & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations and Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.

Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patient's and Therapist's Shared and Unique Views of The Therapeutic Alliance: An Investigation Using Confirmatory Factor Analysis in A Nested Design. *Psychoanalysis Quarterly*, C. 63, s. 636-643.

Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical Behavior Therapy: An Integrative Approach to The Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, C. 4, s. 55–82.

Heimann, P. (1950). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, C. 33, s. 9-15.

Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre*. İstanbul: Literatür Yayınları.

Hintikka, U., Laukkanen, E., Marttunen, M. & Lehtonen, J. (2006). Good Working Alliance and Psychotherapy Are Associated with Positive Changes in Cognitive Performance Among Adolescent Psychiatric Inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, C. 70, S. 4, s. 316-335.

Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). *The Alliance/Psychotherapy Relationships That Work* (Ed. J. C. Norcross). New York: Oxford Press. s. 37-70.

Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. Londra & New York: Macmillan. s. 2-92.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1993). *Developing A Disorder-Specific Manual: The Treatment of Borderline Character Disorder/Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (Ed. N. E. Miller - L. Luborsky - J. P. Barber - J. P. Docherty). Basic Books. s. 227–244.

Knafo, D. (2016). Going blind to see: The Psychoanalytic Treatment of Trauma, Regression and Psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, C. 70, S. 1, s. 79-100.

Koerner, K. (2007). Case Formulation in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder/ *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (Ed. T. D. Eells). New York: The Guildford Press. s. 317-348.

Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press.

Kozacıoğlu, G. (1988). Psikoterapötik Ortama Giriş. *Psikoloji Çalışmaları*, C. 16, s. 125-140.

Köroğlu, E. & Türkçapar, H. (2009). *Psikoterapi Yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri*. Ankara: HYB Yayınları.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Luborsky, L. (1976). *Helping Alliances of Psychotherapy/Successful Psychotherapy* (Ed. J. P. Claghorn). New York: Brunner/Mazel. s. 92-116.

Maercker, A., & Augsburger, M. (2019). Developments in Psychotraumatology: A Conceptual, Biological, and Cultural Update. *Clinical Psychology in Europe*, C. 1, S. 1, s. 1-18.

Menninger, K. (1958). Menninger Clinic Monograph Series. Theory of Psychoanalytic Technique. Basic Books.

Messer, S. B. & Wolitzky, D. L. (2007). The Psychoanalytic Approach to Case Formulation/Handbook of Psychotherapy Case Formulation (Ed. T. D. Ells). New York: The Guildford Press. s. 67-104.

Newman, C. F. (1994). Understanding Client Resistance: Methods for Enhancing Motivation to Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, C. 1, s. 47-69.

Öztürk, E. (2009). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. *Psikedergi*, C. 2, s. 39-49.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih Açısından Çocuk Yetiştirme Tarzları ve Çocuk İstismarı. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine-Special Topics*, C. 2, S. 3, s. 24-34.

Öztürk, E. (2018a). Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon/Turaz Akademi 2018 (Ed. O. Celbiş). 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. s. 92-106.

Öztürk, E. (2018b). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi/Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon (Ed. E. Öztürk). Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 31-38.

Öztürk, E. (2020a). Travma ve Dissosiyasyon: Psicotravmatoloji Temel Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E. (2020b). Psikotarih, Travma ve Dissosiyasyon: Çocukluk Çağı Travmaları, Savaşlar ve Dissosiyasyonun Anamnezi/Psikotarih (Ed. E. Öztürk). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s. 1-21.

Öztürk, E. (2020c). Siber Toplumlar ve Siber Hayatlar: Dissosiyojen Bir Ajan Olarak Dijital İletişim Araçları/Siber Psikoloji (Ed. E. Öztürk). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 1-13.

Öztürk, E. (2021a). Trauma Based Alliance Model Therapy. *Medicine-Science*, 10(2), 631-50.

Öztürk, E. (2021b). Disfonksiyonel Aile Modellerinden Fonksiyonel Aile Modeline: "Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili" /Aile Psikopatolojisi (Ed. E. Öztürk). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 1-39.

Öztürk, E., & Derin, G. (2020a). Psicotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*. C. 6, S. 2, s. 181-214.

Öztürk, E., & Derin, G. (2020b). Terör ve Travma: Psicotravmatolojik Bir Değerlendirme. /Uluslararası Güvenlik ve Terörizm (Ed. F. Aşıcıoğlu). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 14-24.

Öztürk, E., & Derin, G. (2021). Dissosiyatif Bozukluklarda Kendine Zarar Verme Davranışları ve İntihar Eğilimleri: Travma Perspektifinden Psicoterapötik Bir Değerlendirme. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 7(1), 9-31.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Çalıcı, C. (2019). Göçmenler ve Ruh Sağlığı Göçmenler ve Göç Süreci: Psicotravmatolojik Bir Değerlendirme/ Türkiye’de Göçmen Kapsayıcılığı: Sorundan Fırsata Dönüşüm Önerileri (Ed. H. Sakız - H. Apak). Ankara: Pegem Akademi. s. 213-226.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and Dissociation: A Theoretical and Clinical Approach. *Medicine Science*. C. 10, S. 1, s. 246-54.

Perry, S., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*. C. 144, s. 543–550.

Persons, J. B. & Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulation/ Handbook of Psychotherapy Case Formulation (Ed. T. D. Eells). New York: The Guildford Press. s. 290-316.

Prochaska, O. J., & Norcross, J. (2010). *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. 7. Baskı. USA: Cengage Learning Academic Resource Center.

Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*. C. 26. s. 303-357.

Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, C. 21, S. 2, s. 95-103.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

Safran, J. D., Muran, C. ve Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, C. 48, S. 1, s. 80-87.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures/Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients (Ed. J. C. Norcross). London: Oxford University Press. s. 235–254.

Samstag, L. W., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2004). Defining and Identifying Alliance Ruptures/ Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy: Advancing Effective Practice (Ed. D. P. Charman). Mahwah: Erlbaum. s. 187-214.

Schlesinger, H. J. (1982). Resistance as Process/Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches (Ed. P. L. Wachtel). New York: Plenum. s. 25-44.

Simon, A. B. & Brus, M. (2017). *General Principles of Psychotherapy/ Psychiatry* (Ed. A. B. Simon - A. S. New - W. K. Goodmann). Oxford: Wiley Blackwell. s. 44-51.

Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B., & Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric Case Formulations*. Washington: American Psychiatric Press.

Stewart, I., & Joines, V. (1999). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Nottingham: Lifespace Publishing.

Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S. & Winston, A. (2007). Levels and Patterns of The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. C. 61, S. 2, s. 109-129.

Summers, R. F. (2003). The Psychodynamic Formulation Updated. *American Journal of Psychotherapy*. C. 57, S. 1, s. 39–51.

Truant, G. S., & Lohrenz, J. G. (1993). Basic Principles of Psychotherapy: I. Introduction, Basic Goals, and the Therapeutic Relationship. *American Journal of Psychotherapy*. C. 47, S. 1, s. 8-18.

Weertman, A. (2012). The Use of Experiential Techniques for Diagnostics/The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice (Ed. M. Van Vreeswijk - J. Iroersen - M. Nadort). Wiley Blackwell. s. 101-109.

Weiner, I. B. (1998). Principles of Psychotherapy. 2nd edition. New Jersey: John Wiley & Sons. s.3-10.

Weiner, I. B. & Bornstein R. F. (2009). Principles of Psychotherapy: Promoting Evidence-Based Psychodynamic Practice. New Jersey: John Wiley & Sons.

Winnicott, D. W. (1971). Playing and Reality. London: Routledge.

Zetzel, E. (1956). Current Concepts of Transference. The International Journal of Psychoanalysis. C. 37, s. 369-376.