



Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi
Turkish Journal for the Spiritual Counselling and Care

Sayı: 7 • Haziran 2023 • 9-49
Issue: 7 • June 2023 • 9-49



Dini Takıntılar ve Şema Terapi: Manevi Danışmanlık Perspektifinden Analizler

Scrupulosities and Schema Therapy: Analysis from the
Perspective of Spiritual Counseling



Esmâ Zennure Kavurkacı

Doktora Öğrencisi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
E-posta: zen.kavurkaci@gmail.com
Orcid: 0000-0003-3529-6449
Eskişehir / Türkiye

PhD Student
Eskisehir Osmangazi University
Institute of Social Sciences
E-mail: zen.kavurkaci@gmail.com
Orcid: 0000-0003-3529-6449
Eskişehir / Turkey

<https://doi.org/10.56432/tmdrd.1275642>

Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi
Turkish Journal for the Spiritual Counselling and Care

Makale Türü • Article Type Araştırma • Research
Geliş Tarihi • Received 02 Nisan 2023 • 02 April 2023
Kabul Tarihi • Accepted 04 Mayıs 2023 • 04 May 2023

Özet

Dini takıntı, toplumun önemli bir kesimini etkileyen ve OKB'nin en yaygın görülen beş alt türünden biridir. Bu yüzden bu bozukluk üzerinde tam olarak etkili olabilen ve tekrar nüksetmelerini engelleyen başarılı bir tedavi yöntemi bulunmadığı için yaklaşık 20-30 senedir önemli gelişmeler kat eden ve diğer terapi yöntemleri ile bütüncül bir yaklaşım oluşturan şema terapinin teorik olarak mümkünatı tartışmalara konu olmaktadır. Şema terapinin geliştirdiği erken çocukluk dönemlerinde giderilmeyen ihtiyaçlar nedeniyle kendisine ve dünyaya karşı oluşan şemalara bakıldığı zaman, dini takıntının da pek çok tarafını açıkladığı görülmektedir. Dini takıntı üzerinde şema terapinin etkililiği hakkında herhangi bir çalışma olmasa da OKB üzerinde uygulanan şema terapi çalışmalarından yardım alınarak bu rahatsızlıkta etkili olan şemaların neler olduğu, nasıl açıklanabileceği daha iyi resmedilerek, tedavisi yönünde güçlü çıktılar elde edilebileceği düşünülmektedir. Bu yüzden yapılan literatür taramasından yola çıkılarak dini takıntıda etkili olabilecek şemalar olarak şunlar belirlenmiştir; terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, yetersizlik, dayanıksızlık, yapışıklık, bağımlılık, boyun eğcilik, kendini feda edicilik, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal baskılama, yüksek standartlar, cezalandırıcılık. Bu şemaların tespitine yönelik ölçek ve tedavinin etkililiği konusunda yapılacak çalışmaların bunu kanıtlayacağı düşünülmektedir. Bunlara ek olarak ise şema terapinin modlarını, dini takıntıda ve manevi danışmanlıkta kullanılabilecek biçimde değiştirmenin tedavi çıktılarını daha kolaylaştıracağı hedeflenmektedir. Bunlar; işlevsel olmayan ebeveyn modları, cezalandırıcı ve talepkâr Tanrı modları; sağlıksız çocuk modları, incinmiş ve kızgın/dürtüsel kul modları; sağlıklı modlar, sağlıklı dindarlık (ebeveyn) ve sağlıklı kul (çocuk) modu şeklinde uyarlanmıştır. Bu uyarılmanın nedeni manevi danışmanlığın konularına uygun bir biçimde kişilerin durumlarına isim vererek daha iyi görmelerine ve bunlarla daha iyi başa çıkma metotlarının geliştirilmesidir. Her ne kadar hali hazırda manevi danışmanlar bu tedavi yöntemini kullanma konusunda yeterli olmasalar da dini takıntılı kişiler inançlarına bir zarar gelebileceği endişesi ile dini konularda uzman olmayan kişilere gitme konusunda kaygılar yaşayarak modern terapi yöntemlerinden yardım aramadığı gerekçesiyle manevi danışmanlara bu konuda gerekli eğitimlerin verilmesi gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

A n a h t a r K e l i m e l e r

Manevi danışmanlık ve rehberlik • Şema terapi • Dini takıntı
Dini şemalar • Sağlıklı dindarlık

A b s t r a c t

Scrupulosity is one of the five most common subtypes of OCD and affects a significant part of society. Therefore, since there is no successful treatment method that can be fully effective on this disorder and prevent relapses, the theoretical possibility of schema therapy, which creates a holistic approach with other therapy methods and has made significant progress for about 20-30 years, has been discussed. Considering the schemas formed due to the needs that were not met in the early childhood periods developed by schema therapy, it was determined that it explained various aspects of scrupulosity. Although there is no study on the effectiveness of schema therapy specifically on scrupulosity, it is believed that insights can be gained regarding the schemas that are effective in this disorder, how they can be better explained, and how powerful outcomes can be achieved by drawing on schema therapy studies conducted on OCD. Therefore, based on the literature review, the following schemas were determined as effective in scrupulosity: abandonment, mistrust/abuse, insecurity, emotional deprivation, defectiveness, social isolation, dependence, vulnerability to harm/illness, enmeshment, failure, subjugation, self-sacrifice, approval/recognition-seeking, negativity, emotional inhibition, unrelenting standards, punitiveness. Research studies aimed at identifying these schemas and determining the effectiveness of the treatment are thought to provide evidence in this regard. In addition, it is aimed to facilitate treatment outcomes by adapting the modes of schema therapy so that they can be used in scrupulosity and spiritual counselling. They have been adapted as follows: dysfunctional parental modes, punishing and demanding God (adult) modes; unhealthy child modes, abandoned and angry/impulsive servant (child) modes; healthy modes, healthy religiosity (parent), and healthy servant (child) mode. The reason for this adaptation is to provide a better understanding for individuals in accordance with the topics of spiritual counselling and to develop better coping methods. Although spiritual counsellors are not currently adequately equipped to use this treatment method, it has been concluded that they should be given the necessary training on schema therapy since scrupulous individuals are hesitant to seek help from therapists who are not knowledgeable in religious matters and modern therapy methods due to the fear of harming their beliefs.

K e y w o r d s

Spiritual counseling and care • Schema therapy • Scrupulosity
Religious schemas • Healthy religiosity

Giriş

Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) en çok karşılaşılan bir alt türü olan dini takıntı; günah, ilahi cezalandırma gibi dini ve ahlaki konulardaki korkuları içeren takıntı ve bunları yaptığında kötü bir insan olacağı endişesini veya buna yönelik sürekli olarak ısrarcı şüpheler taşıma olarak tanımlanmaktadır (Huppert vd., 2007: 921; Inozu vd., 2012: 190). OKB ile bağı sanıldığından daha güçlüdür. Çünkü tarihsel olarak bakıldığında takıntının ilk tanımı orta çağda, uygunsuz bir şekilde kilisede konuşmaya zorlanma şeklinde yapılmıştır (Greenberg & Huppert, 2010: 282).

Toplumdaki yaygınlığı %2-3 oranında görülen dini takıntı (Thiel vd., 2016: s. 59), buna sebep olacak şüpheler, kaygılar nedeniyle zihinlerinde ve aşırı düzeyde sergilenen ibadet ve ritüellerle kişilerin günlük hayatını oldukça güçleştiren, sosyal, mesleki ve dini hayatın bozulmasına neden olan bir bozukluk türüdür (Abramowitz & Clinic, 2001: 79).

Dinlere ve kültürlere göre yaygınlığı değişen dini takıntı, Müslüman toplumları da bir hayli etkilemektedir. Bunun yanı sıra bu bozukluğun tedavisinde OKB'nin diğer türlerinde olduğu kadar başarılı olunamamıştır. Bilişsel terapiler, maruz bırakma teknikleri, kabul ve kararlılık terapisi, farmakoloji gibi alanlarla tedavi edilmeye çalışılsa da diğer türlerden farklı olarak düşüncelerin büyüsel gücüne olan inancın daha fazla olması, daha zayıf iç görünümün bulunması, katı ve değişmez bir inancın olması ve soyut bir alana dair şüphelerin ve kaygıların bulunması bu yöntemlerin gücünü oldukça zayıflatmaktadır (Besiroglu vd., 2014: 8; Miller & Hedges, 2008: 1051; Rosmarin vd., 2010: 932). Bu yüzden dini takıntının kökeninde yer alan ana unsurları daha iyi tespit edebilecek ve bunları gidermek adına daha etkili olabilecek başka yöntemlerin denenmesine ihtiyaç vardır.

“Şema terapi, 1960’larda Dr. Aaron Beck tarafından geliştirilen Bilişsel Terapinin bir uzantısıdır” (Young & Klosko, 2018: 32). Giderek büyüyen araştırmalarla kapsamı gelişen, özellikle kaygı ve depresyon üzerinde oldukça etkili olan ve hastaların düşüncelerini kontrol etmesini sağlayarak ruh hallerini de kontrol etmeleri yönünde aktif bir yaklaşım olan bilişsel terapi ile davranışçı tekniklerin rahatlatma, atılganlık, kaygı yönetimi, sorun çözme, zaman yönetimi ve sosyal alanda pratik beceriler kazandırarak bilişsel-davranışçı teknikler yıllardır etkin bir şekilde kullanılmıştır. Ancak bunların tek başlarına, hayat boyu süren örüntüleri değiştirmek konusunda yetersiz kaldıkları görülmüştür. Bu yüzden BDT teknikleri ile psikanalitik ve yaşantısal teknikler birleştirilerek bu yeni yaklaşım türü geliştirilmiştir (Young & Klosko, 2018: 33).

Kişilerin, çocukluk yıllarında giderilmeyen ihtiyaçlarının uygun bir şekilde karşılanmasına yardımcı olan şema terapi (Rafaeli vd., 2018: 13); bilişsel-davranışçı, bağlanma, gestalt, nesne ilişkileri, psikanalitik gibi pek çok alanı içeren bütüncül bir tekniktir (Young vd., 2013: 17). Bu yüzden tek bir tekniğin etki edemediği pek çok bozukluğu iyileştirmek için zengin bir alanı oluşturmaktadır. Dini takıntı gibi normal BDT tekniklerinin ve diğer terapilerin etki etmediği daha çok dini ve soyut konuları içeren bozuklukların tedavisinde ve hastalığın etiyojisini anlamlandırmada oldukça etkili olacağı düşünülmektedir. Bu yüzden mevcut çalışmada, dini takıntı ve şema terapinin oldukça kuvvetli olabilecek ilişkisine değinmek ve bunun manevi danışmanlık içerisinde nasıl kullanılabileceğini açıklamak hedeflenmektedir.

Manevi danışmanlığın en geniş tanımı “bireyin hayatında kutsal/aşkın bir boyut olduğunu kabul eden uzmanların yürüttüğü, sözel ya da sözel olmayan, doğrudan veya dolaylı, literal ya da sembolik iletişim biçimlerini kullanarak, danışanların temelde stres ve kaygıyla başa çıkma problemlerini sağlamaya yönelik tüm yardım etme aktivitelerini kapsayan özel bir danışmanlık türüdür.” (Lartey, 1993, akt., Koç, 2012: 203) şeklinde yapılabilmektedir. Bir nevi dinsel materyallerle danışanların sorunlarını çözebilmelerine yardımcı olan, gerektiğinde yönlendirme ve destekleme yapan bir danışmanlıktır (Ayten, 2012: 26).

Türkiye’de danışanların inanç dünyalarıyla ilgili sorunlarıyla başa çıkma problemlerinde, dini ve manevi yöntemlerle modern teknikleri bütüncül bir yaklaşımla kullanan ve bunlarla danışanların hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olan manevi danışmanlık (Mesleki Yeterlik Kurumu, 2019), ilk olarak orduda başlamış, hastanelerde devam ederek, günümüzde huzurevleri, cezaevleri, yurtlar gibi pek çok kurumda etkin olarak hizmet vermektedir (Karaaslan, 2018: 282-283). Mevcut çalışmada bahsedilen manevi danışmanlıkta şema terapinin kullanılması, adı geçen tüm kurumlarda uygulanması mümkündür. Önemli olan danışanın bu tekniği kullanmadaki yeterliliğidir. Bu terapi çeşidi, psikoloji bilgisi ve terapi becerisi gerektirmektedir. Bu yüzden manevi danışmanlara bu yönde eğitim verilmeli ve konuyla alakalı genel bilgilere sahip olmaları önerilmektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları ve varsayımları bulunmaktadır. Sınırlılıkları şu şekilde toparlamak mümkündür:

1. Bu çalışma, sadece literatürde yer alan bilgilerden derlenerek oluşturulmuştur. Burada iddia edilen kavramların ve tekniklerin uygulamaya dönük çalışmaların denenmesi ve bunun geçerliliklerinin tespit edilmesi gerekmektedir.

2. Şema terapi, Türkiye’de sadece psikiyatrist ve klinik psikologlar tarafından sertifika eğitimlerinin alınmasıyla uygulanabilen bir terapidir.

Yurtdışında verilen eğitimlerde tüm ruh sağlığı uzmanlarının alabileceği bir sertifika programı uygulanmaktadır (Schema Therapy Accreditation, 2023). Ülkemizde de manevi danışmanların bu alanlarda uygulama yapabilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada dini takıntılar üzerinde uygulanacak şema terapinin sadece manevi danışmanlık üzerinden uygunluğu değerlendirilmiştir.

3. Manevi danışmanlıkta kullanılması hedeflenen şema terapinin etkililiği sadece dini takıntı üzerinden tartışılmıştır. Bu tekniğin manevi danışmanlıkta ele alınan diğer bozukluklar üzerinde ne kadar etkili olabileceği yönünde daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

4. Bu çalışma, alanda özgün ve ilk araştırmayı oluşturduğu için burada iddia edilen terapi, teknik ve bunların uygulanması yönünde gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu araştırma bahsi geçen yönüyle tek bir çalışma olarak literatürde sınırlı kalmıştır.

Bu çalışmanın varsayımları şunlardır:

1. Bu çalışma, şema terapinin manevi danışmanlar tarafından kullanılabileceği varsayımından hareketle gerçekleştirilmiştir.

2. Bu çalışma, dini takıntılı kimselerin manevi danışmanlara başvuracağı varsayımıyla oluşturulmuştur.

3. Bu çalışma, şema terapiyle dini takıntının daha iyi tedavi edilebileceği, bu bozukluğun anlaşılmasında daha etkili olabileceği varsayımıyla meydana getirilmiştir.

Bahsedilen sınırlılık ve varsayımlarla birlikte bu çalışmada öncelikle dini takıntı tanımlanacak, ardından şema terapiye, sahip olduğu özelliklerine ve kavramlarına yer verilecek, manevi danışmanlığa uyarlanmasını netleştirmek adına uygulama protokolünden bahsedilecek ve daha önce yapılmış çalışmalardan hangi rahatsızlıklar üzerinde etkili olduğu konusunda bilgiler aktarılacaktır. Bunun ardından OKB özelinde hangi özellikler üzerinde söz sahibi olduğu ele alınarak dini takıntıda bu özelliklerin neler olabileceği ve bunu ele alması gereken uzmanların kimler olması gerektiği üzerinde tartışma yürütülecektir. Son olarak manevi danışmanlıkta dini takıntıyı tedavi ederken şema terapinin nasıl kullanılabileceği, hangi kavramlarının bu rahatsızlık üzerinde etkili olduğu, bunların manevi danışmanlıkta uyarlanarak nasıl kullanılabileceği ve sürecin nasıl ilerleyeceğinden bahsedilecektir.

a. Dini Takıntı

Dini takıntı, obsesif-kompulsif bozukluğun bir alt tipi olarak yer almaktadır. Zihne ısrarcı bir biçimde giren, istenmeyen ve kendini yineleyen düşünce, dürtü ve imge olarak tanımlanan obsesyon yani takıntının

(APA, 2013: 235) dini ve ahlaki konularda kendini göstermesi dini takıntıları oluşturmaktadır. Başka bir çalışmaya göre dini takıntının kısaca, durduk yere günahtan korkma olarak tanımlanabileceği yer almaktadır (Abramowitz & Hellberg, 2020: 71). Kompulsiyon ise bir obsesyona tepki olarak mutlaka uygulanması gereken ve kurallara uygun gerçekleştirilmek zorunda olunan tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013: 235). Buna göre dini kompulsiyonlar yani zorlantılar dini takıntıların uyandırdığı olumsuz hisleri gidermek adına yapılan eylemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Karşılaşılan yaygın durumlara yer vermenin bu tanımları daha anlamlı kılacağı düşünülmektedir. Yaygın dini takıntılar; (1) yanlışlıkla veya farkında olmaksızın günah ve ahlaki durumları çığnediğine dair tekrarlayan bir biçimde zihinde uyanan şüphelerdir; (2) dine bir küfür içeren düşünce ve imgelerin zihinde sürekli olarak uyanmasıdır; (3) yeterince sadık, ahlaklı ve dindar olmadığı hissidir; (4) bir ibadeti gereğince yerine getirememeye korkusudur; (5) 'Tanrı'nın sonsuz azabından sürekli olarak korkup endişe duymaktır. Daha açık örnekler yer vermek gerekirse Müslüman örneklemede; abdestin ya da namazın bozulduğu, gusül abdestin tam ve doğru bir şekilde alınmadığı, namazda yanlış bir hareketin yapıldığı veya söylendiği, ibadetlerin eksik yapıldığı gibi yineleme ve yıkama temalarında kendisini göstermektedir (Memiş, 2012: s. 33).

Yaygın kompulsiyonlar ise kişiyi yıpratıcı derecede aşırı dua etmek, mükemmel olana kadar dini ibadetleri ve metinleri okumak, dini liderlerden öteki dünya hakkında kendini güvene alacak bilgiler edinme, uygunsuz ve aşırı düzeyde günah çıkarmayı içermektedir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 71).

Yukarıdaki bilgilerle uyumlu olarak Abramowitz ve Jacoby (2014: 141), dini takıntının dört tezahürünü şu şekilde açıklamışlardır; (1) dini bir bakış açısıyla yorumlanan benliğe yabancı ve müdahaleci düşünceler (düşünce dini olmasa bile yorum dini temalar içermektedir), (2) dine bir küfür olarak algılanan dini bir benliğe yabancı düşünceler ve dini temalar olsun olmasın yapılan ritüeller ve etkisizleştirme stratejileri (kompulsiyon), (3) takıntıya dönüşen dini özellikli benliğe uyumlu düşünceler ve ritüellerin uygun olmasını kontrol etme ve güven bulma (güvenlik arayışı), (4) dini emirlere ve kurallara doğru bir şekilde uyup uymadığı ya da yeterince sadık olup olmadığı konusunda takıntılı düşünceler (kontrol etme).

Çeşitli tezahürlere sahip dini takıntı, toplum arasında “iyi bir dindar” veya “dikkatli bir dindar” şeklinde yorumlanma riskini barındırmakta, bu davranışların değerli görülerek pekiştirilme tehlikesini içer-

mektedir. Bazı dini takıntıların temeli ise geleneksel dini inançlarda görülebilmektedir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 73). Burada sağlıklı dindarlık anlayışının yerleştirilmesinin (psiko-eğitim), dini takıntının tedavisinde önemli ve kritik bir aşama olacağı öngörülmektedir. Geliştirilen tedavi metotlarında buna yer verilmesi hastalığın tedavisinde öncü bir yaklaşım oluşturacaktır. Bu yüzden sağlıklı dindarlık ve dini takıntı ayrımının yapılması başat unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Abramowitz & Clinic, 2001: 79).

Kişinin bağlı olduğu kültürün özellikleri, bireysel farklılıklar, kişisel özellikler ve dini hükümlerin bireyler tarafından algılanış biçimleri gibi nedenlerle bazı insanlar diğerlerinden daha çok dini takıntıya meyil taşımaktadır. Bu kişiler zihninde uyanan rahatsız edici düşüncelerden dolayı kaygılarından kurtulmak için her türlü dini sembolden, metinlerden, ibadetlerden, vaazlar gibi dini durumlardan ve uyarılardan kaçınma eğilimi göstermektedir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 71-72). Başlangıç olarak daha çok dine uygun davranma yönünde bir titizlik ve dikkatli olma ile başlayan bir durum, dinden soğuma ve uzaklaşmayla sonuçlanmaktadır. Bu gibi durumlar araştırmacıları, dini takıntıya sahip kişilerin daha zayıf bir içgörüyü, algısal çarpıtmalara ve düşüncelerin büyüsel gücü olduğu sonucuna ulaştırmıştır (Tolin vd., 2001: 501).

Yapılan pek çok çalışmada OKB ve dini takıntıya eşlik eden temel etmenin kaygı olduğu görülmüştür (DSM-V, 2013: 242; Kavurkacı, 2021: 110; Shafran vd., 1996: 388). Hatta DSM-IV'te kaygı bozukluklarının yedi temel bozukluklarından biri OKB idi. Kaygı rahatsızlıklarından biri olarak kabul edilen OKB, DSM-V'de ayrı bir bozukluk olarak kategorize edilmiştir. Kişilerde kabul edilemez derecede ahlaksız düşünceler oluştuğunda ilk girişim olarak bunları bastırmaya çalışılmakta ve içlerinde oluşan sıkıntının giderilmesi amacıyla belirli davranışlarda (kompulsiyon) bulunmaktadır. Yapılan belirli eylemler, düşüncelerinde oluşan eylemlerin sıkıntısını içlerinden atıp bir nevi temizlenme sağlasa da o düşüncenin belirli eylemler (ritüeller) olmadan da geçebileceğinin ve bunun aslında tahammül edilebilecek bir durum olduğunun görülmesine engel olmaktadır. Bunlara ek olarak paradoksal bir şekilde birey sürekli istenmeyen düşünceden rahatsız olduğu için bu tür düşüncelerin sıklığı artarak kişiye geri dönmektedir. Dini konularda kesinlik ihtiyacında (şüpheden uzak olma ihtiyacı) olan bu bireyler, belirsizlikten asla kurtulamayacağı ve kesinliği asla elde edemeyeceği için içlerinde oluşan sıkıntıyı etkisiz hale getirme girişimleri, belirsizlik içerisinde bir döngü hale gelmektedir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 75)

Dinin ve dindarlığın hangi yönünün dini takıntının gelişmesine neden olduğunun bilinmesinin, bu kişilerin tedavisinde önemli bir perspektif oluşturacağı düşünülmektedir. Genel olarak “işlevsiz inançlar” (dini katılık gibi) ve dinin “belirsiz” bazı durumları içermesi (gaby gibi belirsizlikler) takıntıya meyilli kimselerin rahatsız hissetmesine neden olmaktadır. Birtakım kimseler için düşünceler davranışlara denk sayılmakta (düşünce-eylem kaynaşması), günah olmaması için düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine inanılmakta (kontrol davranışı), azap ve ceza korkusu dini takıntıların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Elbette ki her dindar birey bu sebeplerden ötürü dini takıntıya sahip değildir. Ancak belirsizliğe tahammül ve takıntıya meyilli olup olmama bu insanları ayıran en temel özelliktir. Bu sebeple dini takıntıya sahip kimselerin “imana olan inançlarını kaybettikleri” belirtilmiştir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 75). Vurgulanan bu nokta geliştirilecek tedaviler için üzerinde önemle durulması gereken bir durumu içermektedir. “İman” kavramının, belirsizliğin ağır yükünü hafifleterek bu kişilerin rahatlamasına yardımcı olacağı düşünüldüğü için terapilerde mutlaka ele alınması gerekmektedir.

Şu ana kadar dini takıntıları yüksek oranda tedavi edilebilecek etkin bir tedavi yöntemi tam olarak bulunamamıştır. Çünkü dini takıntı; OKB'nin diğer alt türlerinden farklı olarak daha fazla düşüncelerin büyüsel gücü olduğuna inanma (sadece düşünerek onların gerçekleşeceğine inanmak) ve daha zayıf iç görü dezavantajına sahiptir. Ayrıca böyle bir durumun rahatsızlık içerdiğini kabul etmemeleri ve tedavi arayışına girmemeleri de hastalığın iyileştirilmesinin önüne geçen etmenler arasındadır. BDT ve seratonin geri alım inhibitörlerine de (farmakoterapi) daha az yanıt verdiği görülmüştür. Bunun için maruz bırakma ve tepki önleme gibi yöntemlerin etkililiği denenmiştir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 74). Bu konuda yapılan çalışmaların sayısı oldukça az olduğu için dini takıntı üzerinde tam olarak etkili bir yöntem olduğu iddiasına varılamamaktadır. Buna rağmen daha sonra geliştirilecek tedavilere örnek olması açısından bu çalışmaların sonucuna kısaca yer vermek gerekmektedir.

Dini takıntı üzerinde uygulanan maruz bırakma yönteminin genel amacı; dini değerler ve kimlikle tutarsız olan uyumsuz inanışları zayıflatmak, şüphe ve belirsizliğe dair olan toleransı arttırmak, bunu engelleyen kompulsif ritüellere, kaçınma girişimlerine ve etkisizleştirme tepkilerine duyulan ihtiyacı azaltmaktır (Abramowitz & Hellberg, 2020: 76). Uygulanan maruz bırakma yöntemi sonrasında; zihne izinsiz giren düşüncelerin korkusunun, ritüeller ve kaçınma davranışlarının kullanımının azaldığı görülmüştür. Bu kişilerin sağlıklı dindarlık ile sağlıksız olan arasında ayırım yapmaları kolaylaştırılarak dini takıntıdan ayrılan yönlerini öğrenmelerine yardımcı olunmuştur. Yapılan ibadetlerin ya da davranışların

belirli kaygı ve korkulara yönelik yapıldığı sorularak takıntı olup olmadığı öğrenilmektedir. Bu şekilde danışanların dini takıntı hakkında ayrıntılı bir şekilde fonksiyonel değerlendirme yapması mümkün kılınmaktadır. Bu noktada maruz bırakma yöntemi gerektiği gibi verilmezse din karşıtı olarak algılanma tehlikesi içermektedir. Son olarak maruz bırakma yönteminde uygulanan ev ödevleri ile danışan aktif hale getirilerek yeni bilgi ve beceri öğrenmeleri sağlanmaktadır. Bu şekilde uygulanan tedavide danışan aktif bir şekilde değişime katılmaktadır. Ancak bilişsel süreçler ve semptomlardaki değişimin yakından gözlemlenebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Abramowitz & Hellberg, 2020: 84-85).

Dini takıntı üzerinde uygulanan bir diğer yöntem Kabul ve Kararlılık Terapisidir. Bu teknik; düşüncelere ve duygulara çok fazla önem verilmesinin önüne geçerek onları güçsüzleştirmeyi, farkındalık ve değere dayalı kavramların öğrenilmesini, uygulamalar ile takıntıların oluştuğu durumları ele almaktadır. Danışanlara bu yönde alıştırmalar ve tartışmalar yaptırılarak metaforlar kullanılmakta ve böylelikle beceriler kazandırılmaktadır. Haftalık ev ödevleri verilerek, seansta öğrenilenlerin gerçek hayata ve onun problemlerine uygulanmasına yardımcı olmaktadır. Bu tedavi sonrasında ulaşılan sonuçlar arasında şunlar vardır: Tedavi sonrasında %70, 3 aylık takip sürecinden sonra %80 oranında kompulsiyonlar azalmıştır. Bu yöntem özellikle tedaviyi reddetme, yarıda bırakma ve cevap vermeme oralarının düşük olduğu dini takıntılı danışanlara uygundur. Metakognitif bir yöntem olduğu için dini bir içeriğe hitap etmesi gerekmediği gibi terapistin dini bilgilere ihtiyacı yoktur. Bu şekilde danışanların zararlı bir şekilde yöneldiği dini içeriklere takılıp kalmasının önüne geçmektedir. Dini içerikler yerine danışanların hayatı nasıl yaşadığına odaklanarak “anlamli faaliyetler” kullanılmaktadır. Kısa süre içerisinde dini takıntı üzerinde elverişli sonuçlar elde ettiği belirtilmektedir (Dehlin vd., 2013: 411-426). Ancak bu yönde yapılan çalışmaların sayısı yine oldukça sınırlıdır.

b. Şema Terapi

“Karmaşık uyaran ve deneyimler kümesi içinde bir düzen yaratmaya yardımcı olan kalıp veya düzenleyici çerçeve” (Rafaeli vd., 2018: 17) anlamına gelen şema, organizmayı etkileyen uyarıların incelenme, kodlanma ve değerlendirme sürecini sağlayan bilişsel bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (Beck, 1967, akt., Gör vd., 2017: 199). Yani bilişsel psikolojide şema, veriyi yorumlayan ve karşılaşılan problemleri çözmek için rehber alınan soyut bir bilişsel plandır (Rafaeli vd., 2018: 17).

Bilişsel düzlemde şemaları ilk kez tanımlayan Beck (1976, akt., Kapçı & Hamamcı, 2010: 128), depresyona eğilimli kişilerin bilişsel özelliklerini inceleyerek, insanlardaki değiştirilmesi güç şemaları fark etmiş, bu kişilerin kendileri ve dünya hakkında olumsuz tutumlardan oluşan bilişsel yapılara-şemalara sahip olduklarını gözlemlemiştir. Buna göre; farkında olunmadan aşırı genellenmiş ve katı ifadeleri içeren şemalar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bazı stres anlarında aktifleşmekte ve doğrudan bireyin nasıl tepki vereceğini etkilemektedir (Kapçı & Hamamcı, 2010: 128). Olumsuz düşünceleri ortaya çıkaran bu şemalar, bilişsel çarpıtmalara neden olmakta ve böylece duygusal sorunlara zemin hazırlamaktadır (Riskind & Alloy, 2006, akt., Gör vd., 2017: 199).

Temelini aile bireylerinden ya da aile içi problemlerden alan olumsuz şemalar -daha sonra erken uyumsuz şemalar olarak kullanılacaktır- çocukluk yıllarında giderilmiş olması gereken temel ihtiyaçların karşılanmamasından ya da eksik karşılanmasından kaynaklanmaktadır (Rafaeli vd., 2018, s. 20). Bu temel ihtiyaçlar ise şunlardır; (a) güvenlik, (b) istikrar, (c) kabul edilme, (d) diğerlerine güvenli bağlanma, (e) özerklik, yetkinlik ve kimlik algısı, (f) duyguların ve ihtiyaçların ifade edilmesi, (g) kendiliğindenlik, (h) oyun ve gerçekçi sınırlar (Young vd., 2003, akt., Gör vd., 2017: 199–200), (ı) akılcı sınırlar ve (i) özdenetim (Young vd., 2013: 29). Bu temel ihtiyaçlar gerektiği gibi giderilmezse, çocukluk, ergenlik ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde önemli derecede işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir.

Ruhsal sağlık, bireyin ihtiyaçlarını uyumlu bir şekilde karşılama becerisidir (Rafaeli vd., 2018: 13). Geçmişte eksik kalan ihtiyaçların, uygun bir şekilde karşılanmasına yardımcı olmak adına geliştirilen şema terapi (Rafaeli vd., 2018: 13), Young ve arkadaşları tarafından bilişsel-davranışçı, bağlanma, Gestalt, nesne ilişkileri, yapılandırmacı ve psikanalitik yaklaşımlarını kapsayan bütüncül bir teknik oluşturulmuştur (Young vd., 2013: 17). Bireyin karşılaştığı her türlü olay ve yaşantıyı anlamlandırma sürecindeki tutum, duygu ve davranışların oluşmasında rol alan bilişsel örüntüler incelenerek (Beck, 1967; Beck vd., 1979, akt., Gör vd., 2017: 199) klasik BDT yaklaşımının etki etmediği bireylerde olumsuz şemalar ortaya çıkarılmıştır (Rafaeli vd., 2018: 14).

Çocukluk yıllarında yaşanan olumsuz olaylarla ortaya çıkan bu olumsuz şemalar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde benzeri sorunlarla karşılaşıldığında tetiklenmekte ve kişi benzer duygularla yüzleşmek durumunda kalmaktadır. Bu bireylere yardımcı olmak adına, yaşamını güçleştiren ve değiştirilmesi güç olan bu olumsuz şemalar üzerinde çalışan Young ve arkadaşları, BDT yaklaşımından farklı olarak danışan ve tera-

pist arasındaki ilişkiye, çocukluk döneminde anılara, temel duygusal ihtiyaçlara odaklanmakta, bunlara uygun ilişkisel, bilişsel, davranışsal duygu odaklı teknikler kullanmaktadır (Rafaeli vd., 2012, akt., Erdem, 2018: 14).

“Kronik yaygın problemleri anlamlandırmak ve anlaşılabilir bir tarzda onları organize etmek için hastalara ve terapistlere yardım eden” (Young vd., 2013: 23) şema terapide, problemlerin temelini teşkil eden ve yaşamını güçleştiren olumsuz şemaların ezici etkisini en aza indirmek ve bu şemaları oluşturan anıların yoğunluğunu azaltmak hedeflenmektedir. Ancak bu terapi tekniği uygulandığında, anılar yok edilemediğinden şemaları büsbütün ortadan kaldırmak imkansızdır. Bunun yerine olumsuz şemaları tetikleyen bir durum meydana geldiğinde, oluşan duygusal durumun etkisinin daha az yıkıcı olmasına ve üstesinden gelinmesinin daha kolay olmasına yardımcı olunmaktadır. (Young vd., 2013: 59).

b.a. Şemaların Özellikleri

“Bilişsel uyumluluk” (Young vd., 2013: 25) olarak da nitelendirilen şemalar, ilk etapta kişinin çevresi ile uyumunu kolaylaştırmak ve bilişsel istikrarın sürdürülmesine yardımcı olmak üzere meydana çıkmaktadır (Erdem, 2018: 14). Ancak gerçekte kusurlu ve çarpık olan bu şemalar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde uyumsuzluğa neden olabilmektedir (Young vd., 2013: 25). Aynı zamanda kişinin benlik algısına ve çevreyle ilişkilerine zarar verici hale gelerek yaşamı güçleştirmektedir (Eyüpoğlu, 2018: 9).

Bireyin hayatını güçleştiren bu şemaların özellikleri şöyle özetlenebilir; (a) koşulsuz bir şekilde inanılmaktadır; (b) çevreyle ilişkili bir şekilde kendisi hakkında oluşan duygulardır; (d) kendi kendine varlığını sürdürebilmektedir; (e) değişime oldukça dirençlidir; (f) oldukça tekrarlayıcı bir biçimde işlevsellikten uzaktır; (g) genellikle yüksek düzeyde duygulanımla ilişkilidir; (h) mizaçla, erken dönem ebeveyn, kardeşler ve akranlarla yaşanan işlevsel olmayan yaşantıların etkileşimi sonucuyla oluşmaktadır (Gör vd., 2017: 200).

b.b. Şemalar ve Modları

Young ve arkadaşlarının (2013: 55) geliştirmiş olduğu Şema terapinin ilk amacı, psikolojik olarak farkındalık sağlamaktır. Bu farkındalıkla danışanın şemalarını saptaması, çocukluk anılarını, bundan kaynaklanan duygularını ve şemalarıyla baş etme biçimlerini keşfetmeleri beklenmektedir. Danışanın bu farkındalığı geliştiği zaman tepkileri üzerinde kontrol kurması kolaylaşmakta ve böylece özgür iradesi gelişmektedir.

Bu farkındalığı sağlamak adına psikolojik rahatsızlıkların temelinde bulunan 18 şema belirlenmiştir. Belirlenen bu 18 şema 5 kategori altına toplanarak aşağıdaki gibi açıklanmıştır (Young vd., 2013 33-44).

(i) *Kopukluk ve Reddedilme*: Bu kategori altındaki şemalara sahip kişiler, diğer insanlarla güvenli ve tatmin edici bir bağlanma kuramamaktadır. Temel ihtiyaçlardan olan istikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma gibi ihtiyaçların giderilemeyeceğine inanmaktadır. Kişiyeye oldukça çok zarar veren bu şemaların altında çoğunlukla travmatik bir çocukluk bulunmaktadır. Bu kategorideki şemalar şunlardır; (a) terk edilme/istikrarsızlık, (b) güvensizlik/istismar edilme, (c) duygusal yoksunluk, (d) kusura luluk/utanç, (e) sosyal izolasyon/yabancılaşma.

(ii) *Zedelenmiş Özerklik ve Performans*: Bu şemalara sahip kişilerin çocukluk yaşantılarına bakıldığında ya aşırı ilgilenme ya da hiç ilgilenmeye maruz kaldığı görülmektedir. Bu yüzden bireyde özgüven sıkıntıları görülmektedir ve kişi kimlik kurma, bağımsız hareket edebilme kabiliyetlerinden mahrumdur. Yeterlilik ve beceri konularında uzmanlaşmayan bu kişilerin sahip olduğu şemalar şunlardır: (a) bağımlılık/yetersizlik, (b) hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, (c) yapışık-lık/gelişememiş benlik, (d) başarısızlık.

(iii) *Zedelenmiş Sınırlar*: Kişisel öz disiplin hakkında yeterli içsel sınırlar geliştirememiş insanların oluşturduğu bu kategorideki şemalara sahip bireylerde genellikle bencillik, şımarıklık, sorumsuzluk ve narsistik özellikler belirgindir. Ayrıca bu kişiler başkalarının haklarına saygı gösterme, iş birliği yapma, verdiği sözleri yerine getirme ve gelecek hakkında koyulan hedeflere ulaşma konusunda güçlük yaşamaktadır. Aynı zamanda kurallara uyma ya da özdenetim gerçekleştirmede sıkıntı yaşayan bu bireyler genellikle fazla müsamahakâr ailelerde büyüyen kişilerdir. Bu özelliklere sahip bireylerde gelişen şemalar şunlardır: (a) hak görme/büyüklenmecilik, (b) yetersiz öz denetim/öz disiplin.

(iv) *Başkalarına Yönelimlik*: Bu kategoriyi, çocukken sevgi ve onaylanma elde edebilmek için kendi istek ve arzularından önemli ölçüde kısıtlamak zorunda kalan bireylerin sahip olduğu şemalar oluşturmaktadır. Bu bireyler, kendi ihtiyaçlarını karşılamaktan çok başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya oldukça önem vermektedir. Yetiştigi ortamda koşullu kabullenilmeye alışkın olan bu kişiler, öfkelerinin ve isteklerinin farkında değildir. Bu özelliklere sahip olan bireylerde gelişen şemalar şunlardır: (a) boyun eğicilik, (b) kendini feda, (c) onay arayıcılık/tanınma arayıcılık.

(v) *Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme*: Bu son kategorideki bireyler, yaşamda katı ve içselleştirilmiş kurallara sahiptir, kendiliğinden gelişen duygular ve dürtüleri baskı altına almaya çalışmaktadır. Bunun

nedeni ise yetiştikleri aile ortamında sert, baskıcı ve kuralcı tutumların oldukça baskın olmasıdır. Çocuğun oyun oynamasına ve mutluluğu izlemesine teşvik edilmemekte, buna karşın hayata soğuk bakması teşvik edilmektedir. Bu kategoriye giren şemalar ise şunlardır: (a) olumsuzluk/karamsarlık, (b) duygusal baskılama, (c) yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik, (d) cezalandırıcılık (Young & Klosko, 2018).

b.b.a. Uyumsuz Başa Çıkma Biçimleri

Yukarıda kısaca anlatılan şemalar aktifleştigi zaman korku, öfke, üzüntü vb. güçlü duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu olduğu zaman bireyler ortaya çıkan duygu ve durumlarla yüzleşmek adına uyumsuz baş etme biçimleri geliştirmektedir. Bu baş etme biçimleri Young ve arkadaşlarının (2013: 59-64) araştırmaları tarafından üç kategoriale ele alınmaktadır. Bunlar; teslim, kaçınma ya da aşırı telafi biçimleridir. Bu başa çıkma biçimleri şemalarla o anlık sadece geçici bir şekilde başa çıkmayı, açığa çıkan duyguların verdiği acıları geçiştirmeyi sağlamak ve kaçınmayı kolaylaştırmaktadır. Buna karşın şemaları asla tedavi etmediği gibi şemayı güçlendirmekte ve devamlılığını sağlamaktadır. Ancak uyumsuz başa çıkma biçimleri, şemalar gibi kalıcı değildir, sergilenen davranışlar şemaların değil, başa çıkma tepkilerinin bir parçasıdır ve şemalara göre bu tepkileri değiştirmek nispeten daha kolaydır.

Teslim başa çıkma biçimi, şemaya boyun eğmek anlamına gelmektedir. Birey, teslimiyetçi bir tavırla şemaların uyandırdığı acıları hissetmekte ancak bunlarla savaşmamaktadır. Kaçınma başa çıkma biçimi ise, şemaları tetikleyen durumlardan kaçmayı içermektedir. Bu başa çıkma biçimi edimsel koşullanma ile pekiştirildiği için değiştirilmesi en güç olan başa çıkma biçimidir. Aşırı telafi başa çıkma ise, şemadan kaynaklı hislerinin ya da düşüncelerinin tam tersi biçimde davranmak, şemaya karşı aşırı bir telafi biçimi geliştirmektir. Bu başa çıkma biçimini en iyi açıklayan rahatsızlıklardan biri narsistliktir. Narsist bireylerin aşırı telafi biçimi, kendi içlerinde hissettiği duygunun tam tersini dışarıya yansıtmaktadır. İçlerindeki aşağılık duygusunun aşırı telafisi biçimini yani büyülenmeci bir tutum içerisine girmektedirler.

b.b.b. Modlar

Şemalar ve bunlarla başa çıkma biçimleri kısaca tanıtıldıktan sonra, bu başlıkta Rafaeli ve arkadaşlarının (2018: 53-75) çalışmasından şemaların modları açıklanacaktır. Şemaların bir nevi günlük hayata yansıyan durumları olan modlar, şemalar tetiklendiği zaman geçici ve anlık bir biçimde tepki vermektir. Bir nevi kendisini, çevresini ve yaşadığı durumları algılama ve anlama biçimini etkileyip, onlara karşı bir tepki ge-

liştirmektedir. Aslında bu durum insanlar için normal bir süreçtir, yaşadıkları süre boyunca dünyayı öğrendikçe ve deneyimledikçe belirli tepkiler geliştirmektedir. Ancak bu durumu sağlıklı olmaya iten, gösterilen bu tepkilerin ya da ruh halinin sağladığı modlar arasındaki aşamalı bir geçiş yapamamak ve bunlar arasında denge kuramamaktır.

İnsanlar, içlerinde pek çok çeşit mod barındırabilmekte ve farklı durumlarda bu modları sergilemektedir. Oldukça çok çeşidi olan bu modlar dört temel kategoride toplanmaktadır. Bunlar; (a) çocuk modları, (b) uyumsuz başa çıkma modları, (c) işlevsel olmayan içselleştirilmiş ebeveyn modları, (d) sağlıklı yetişkin modu.

b.b.b.a. Çocuk Modları

Çocuk modu, kişilerin bazı durumlara karşı kendilerini çocukmuş gibi hissettiği ve tepki verdiği moddur. İncinmiş çocuk modu, kızgın/dürtüsel çocuk modu olmak üzere iki tür sağlıklı çocuk modu tipi vardır. Kaybolmuş ve yaralanmış bir çocuğa benzetilen incinmiş çocuk modunda, kişiler kendilerini korumasız, çaresiz, yalnız hissetmektedirler. Bakım, koruma ve güven ihtiyaçlarının eksikliğinden kaynaklanan şemalar tetiklendiğinde bu mod kişinin duygularında ve tepkilerinde etkin hale gelmektedir (Erdem, 2018: 19).

Kızgın/dürtüsel çocuk modunda ise, kişinin yaşadığı olaylara ve durumlara karşı verdiği tepkilerde aşırı bir öfke bulunmaktadır. Bu modu sergileyen kişi mahrum kaldığı temel ihtiyaçlarını uygunsuz bir biçimde gidermeye çalışmakta ve bunu karşılayamadığında ise diğerlerine karşı yoğun bir öfke sergilemektedir. Bunun yanında yaşanan haksızlıklara ve adaletsizliklere aşırı bir şekilde tepki gösterme biçimi de olan kızgın çocuk modunun temelinde, adalet duygusu giderilmemiş bir çocuk yatmaktadır. Dürtüsel çocuk moduna sahip bireylerdeki bu durum daha çok, engellemeyle karşılaştığında ortaya çıkmaktadır ve kişi bir çocuk gibi dürtüsel bir biçimde karşılık vermektedir. Yapmak istediği şeyi yaptırısına kadar etrafındakilere yoğun bir öfkeyle tepki göstermektedir (Erdem, 2018: 19-20). Dürtüsel çocuk modu, genellikle net ve tutarlı sınırların çizilmediği ailelerde yetişen bireylerde görülmektedir ve böyle çocukluklarında genellikle ebeveyn gözetimi ve kontrolünden mahrum kalmışlık görülmektedir.

b.b.b.b. Uyumsuz Başa Çıkma Modları

İkinci çeşit modumuz, uyumsuz başa çıkma modlarıdır. Kopuk korungan, söz dinleyen teslimci ve aşırı telafi edici mod olmak üzere üç çeşit tipi bulunan uyumsuz başa çıkma modları, daha önce anlatılan uyumsuz başa çıkma biçimleri ile benzeşmektedir. Ancak uyum bozucu başa çıkma biçimi, bireyin hayatının genel yüzeyine yayılan bir davranış

biçimidir yani yerleşmiş bir tepkidir. Buna karşın, uyumsuz başa çıkma modu daha anlık ve geçicidir. Şemayı tetikleyen bir durum olduğunda, şemaya karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepki alanlarındaki duygu durumları etkinleşerek uyumsuz bir başa çıkma modu geliştirilmektedir.

Kopuk korungan, kaçınma başa çıkma biçimi gibi duygusal bir kaçınmayı içermektedir. Kişiyi karşılaştığı durum ve zorluğa karşı hissizleştirmektedir. Bu mod, karşılaşılan duruma mesafeli yaklaştırıp aşırı bir rasyonelleştirme yapmaya itmektedir. Söz dinleyen teslimci mod ise tetiklenen şemaya ve uyandırdığı duygulara uyum gösterme biçimdir. Pasif ve çaresiz biçimde şemalara ve diğer insanlara boyun eğen bu mod, kişiyi kendi ihtiyaçlarını gözetmekten alıkoymakta bunun yerine diğer insanların beklentilerini ve isteklerini yerine getirmeye itmektedir. Aşırı telafi edici mod, aşırı telafi etme biçimi gibi narsist bir tavrın altında yatan durum gibidir. Yani şemalardan kaynaklanan acı verici duygulardan kaçınmak için onların tam tersini yapmaktır. İçlerinde yer alan aşağılık ve yoksunluk duygularını inkâr ederek tam tersine diğerlerine daha baskın ve yüksekteymiş gibi bir tavır takınma modudur.

b.b.b.c. İşlevsel Olmayan İçselleştirilmiş Ebeveyn Modları

Uyumsuz ve işlevsiz modların sonuncusu, içselleştirilmiş ebeveyn modlarıdır. İnsanlar, yetiştiği aile bireyleri aracılığıyla dünyayı öğrenmektedir. Bu gözlemedikleri ve öğrendikleri tavırlar, kişinin içselleştirilmiş ebeveyn modu olarak yerleşebilmektedir. Bu modlar cezalandırıcı ebeveyn modu ve talepkâr ebeveyn modlarıdır. Bireylerin içindeki ses, eleştiren veya kötileyen bir tavır sergiliyorsa bu, cezalandırıcı ebeveyn modunun aktif olduğu anlamına gelmektedir ve bu aktifleşme kişide yoğun suçluluk ve depresif duygular uyandırmaktadır. Aynı zamanda yine şemaların tetiklendiği bazı durumlarda bu ses neredeyse imkânsız taleplerde bulunuyorsa, bu kişinin içindeki talepkâr ebeveyn modunun aktifleştiği anlamına gelmektedir ve böyle olduğun zaman kişi yoğun suçluluk ve değersizlik duyguları ile boğuşmaktadır. Aynı zamanda bu sağlıksız ebeveyn modları aktifleştiğinde birey, sürekli azarlanıyormuş gibi hissetmektedir.

b.b.b.d. Sağlıklı Modlar

Bu sağlıksız modların yanında, insanlarda uyumlu ve onları daha iyi olmaya teşvik eden sağlıklı modlar da bulunmaktadır. Bunlar sağlıklı yetişkin modu ve mutlu çocuk modudur. Sağlıklı yetişkin modu, becerikli, güçlü ve iyi işlevlere sahip bir benlik anlamına gelmektedir. Aynı zamanda sorumluluk alabilme, sadık kalabilme, çalışabilme ve ebeveynlik yapabilme kabiliyetlerine de sahiptir. Danışanları daha iyi bir duruma

getiren yetişkin ebeveyn modu, terapilerin nihai hedefini oluşturmaktadır. İçselleştirilmiş bir terapist de benzeyen sağlıklı yetişkin modu, az veya hiç olmayan hastalara kazandırılmaya çalışılmakta ve hastanın tek başına bu modu aktif kılabilme kabiliyeti kazandırılmaktadır. Bunun yanında sağlıklı yetişkin modunun işlevsiz modları iyileştirebilme ve yatıştırabilme özelliği de vardır (Young vd., 2013: 75). İkinci sağlıklı modu oluşturan mutlu çocuk modu ise, çocukken karşılanması gereken bütün temel ihtiyaçların karşılanmış olması halidir ve birey bundan dolayı huzurlu, tatmin dolu, kendinden emin, iyimser, kendi benliğinden emin ve memnuniyet duygularına sahiptir. Yani bir bakıma bu mod herhangi bir şema aktifleşmesi olmadığında ortaya çıkan bir mod olarak kendisini göstermektedir.

b.c. Şema Terapi Uygulama Protokolü

Şema terapiyi daha iyi anlamak için genel anlamda uygulama sürecine değinilmesi gerekmektedir. (1) Değerlendirme, (2) eğitim ve (3) erken dönem uyumsuz şemaları değiştirme aşamalarından oluşan şema terapidde öncelikle değişime direnen düşünce örüntüleri ele alınmaktadır. Bu örüntülerden yola çıkarak kişinin hayatını güçleştiren uyum bozucu şemalar belirlenmektedir. Daha sonra bu uyum bozucu şemaların bireyin hayatının hangi yönlerinde ortaya çıktığı, hangi durumlarda tetiklendiği ve tetiklenen şema modlarının farkına varılması sağlanmaktadır. Bilişsel, deneysel, kişilerarası ve davranış teknikleri kullanarak şemalarla adeta savaşıırken baş etme stilleri üzerinde de çalışmalar yapılmaktadır (Tunçel, 2019: 6-7). Böylece işlevsel olmayan bilişsel örüntüler işlevli hale getirilmeye çalışılmakta ve terapi dışında da yüzleşilen güçlüklerle ihtiyaçlarının uyumlu bir şekilde karşılanması hedeflenmektedir (Erdem, 2018: 14).

Şema terapi modelinin teorik çerçevesini aktardıktan sonra Rafaeli ve arkadaşlarının (2018) yazdığı Şema Terapi ve Ayırıcı Özellikler kitabından, uygulama bölümünün bir özeti sunulmaya çalışılacaktır.

İlk seansta danışanın sorunları, terapi hedefleri ve karşılanmamış duygusal ihtiyaçları hakkında konuşulmaktadır. Böylece sorunlar ve hedefler netleştirilirken şema terapinin danışan için uygun olup olmadığına karar verilmektedir. Daha sonra danışanın şemalarını ve başa çıkma biçimlerini belirlemek amacı ile Young Şema Ölçeği gibi çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Yaklaşık 2-4 seans içerisinde gerçekleştirilen ve seansların genellikle ilk aşaması olan değerlendirme kısmının amacı şunları kapsamaktır: (a) Danışanın sahip olduğu işlevsiz yaşam örüntüleri hakkında bilgi almak; (b) bunların oluşmasında ve sürdürülmesinde etken rol alan erken dönem uyumsuz şemaları, başa çıkma biçimlerini ve baskın olan modları tespit etmek; (c) gelişimsel olarak bunların kökenlerini

öğrenmek; (d) son olarak danışanın karakteristik mizacını değerlendirmek ve bunun diğer gelişimsel etkenlerle etkileştiği yerleri tespit etmek.

Bu amaçları gerçekleştirmek için genellikle değerlendirme aşamasında, şemaları aktifleştiren “Yönlendirilmiş İmgelem” tekniği uygulanmaktadır. Bu teknik danışandan belirli bir sahneyi, tecrübeyi veya anyı gözünde canlandırması istenerek gerçekleştirilmekte ve danışandan bu canlandırmanın tamamen içine girebilmesi için sesli bir şekilde bunu dile getirmesi istenmektedir. Şemaları aktifleştiren bu canlandırma sayesinde hem şemaların çocukluktaki kökenleri tespit edilmekte hem de şemalar güncel sorunlara bağlanabilmektedir.

İlk seanslardaki değerlendirme aşaması; uygulanan ölçekler, yönlendirilmiş imgelem, günlük kayıtları ile terapistin seanslarda elde ettiği bilgileri bütünleştiren yazılı bir kavramsallaştırma ile bitmektedir. Bunun ardından açık bir dille elde edilen verilerle şemalar, başa çıkma biçimleri ve modlar kavramsallaştırılarak vaka formülasyonunun yapıldığı eğitim bölümüne geçilmektedir. Bu formülasyon yapılırken BDT’ye benzer bir biçimde belirtiler ve sorunlar tanımlanmakta, sürdürücü mekanizmalar belirlenmekte, bunun şimdiki zamanı etkilemesine neden olan tetikleyiciler bulunmakta ve bunların kökeni tespit edilmektedir. Bunun ardından danışanla karşılıklı iş birliği içerisinde formülasyonu tamamlamak için bilişlere, davranışlara, deneyimlere ve imgelemlere, sorunun yansıdığı ilişkisel yönere ve danışanın karakteristik mizacına dikkat çekilerek danışanın öyküsü veya sorunu tamamlanmaktadır. Böylece danışanın ve mevcut sorunlarının kökeni, sürdürücüsü ve çözümü hakkında bütüncül bir öykü oluşturulmaktadır. İyi oluşturulmuş bir kavramsallaştırma, danışan üzerinde anlaşılma ve onaylanma etkisi yaratabileceği gibi terapi için de iyi bir rehber hizmeti görmektedir. Bu kavramsallaştırma danışana güçlü bir eğitim sağladığı için, kişiler şemalarına ve sorunlarına dışarıdan, bütüncül bir gözle bakma fırsatı yakalamış olmaktadır ve böylece kendisini de değerlendirmeye başlamaktadır.

Vaka kavramsallaştırması süreci aslında hem değerlendirme hem de müdahale aşamasında yer almaktadır. Yani bu kavramsallaştırmanın tamamlanması, değerlendirme ve eğitim aşamalarının sona erdiği anlamına gelmemektedir. Daha sonraki süreçlerde de bu kavramsallaştırma yeniden yapılarak değişikliğe ya da genişletilmeye gidilebilmektedir.

Danışanın daha uyumlu bir yaşama sahip olabilmesi için uygulanan şema terapi modelinde belirli teknikler kullanılmaktadır. Öncelikle bu teknikler içerisinde bilişsel teknikler yer almakta ve bunlar, hastanın şemalarıyla ve bundan kaynaklanan duygusal ihtiyaçlarının üstesinden gelebilmesi için mantıksal bir yaklaşımı içermektedir. Bunun için BDT

ve diğer tekniklerin veri toplama, şema başa çıkma kartları, şema diyalogları ve yeniden çerçeveleme gibi bilişsel tekniklerinden de yararlanmaktadır. Daha sonra Gestalt yaklaşımından alınan bazı tekniklerle danışanın duygusal düzlemini değiştirmek ve şemaları aktifleştirmek için çeşitli deneysel teknikler kullanılmakta ve bunun yanında şemaların aktifleştirdiği ve aktarımın gerçekleştiği durumlarda da kişilerarası teknikler kullanılmaktadır ve böylece danışan ile şemaları arasında etkileşim sağlanmaktadır. Ve son olarak şemaların sağladığı uyumsuz davranış biçimlerinin yerine sağlıklı ve uyumlu olanları koymak için davranışsal teknikler kullanılmaktadır (Tunçel, 2019: 7).

Bu son deneysel teknikler ile danışanda kalıcı değişiklikler sağlanması amacıyla daha önce anlatılan sağlıklı ebeveyn modu ve sağlıklı çocuk modunun kullanılması ve yerleştirilmesi gerekmektedir. Terapistin bunu sağlayabilmesi için kullandığı temel iki yöntemi vardır: Empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik. Sınırlı yeniden ebeveynlik tekniği, danışanın erken çocukluk döneminde karşılanmamış ihtiyaçlarını yeniden karşılamak üzere terapi seanslarında sınırlı bir şekilde terapistin ebeveynlik rolünü üstlenmesidir ve bu gerçekleştirilirken danışanın sahip olduğu şemalara ve bunları devam ettiren örüntülerine dikkat çekilerek terapist tarafından şefkatli, objektif ve samimi bir şekilde empatik bir yüzleştirme sağlanmaktadır (Yakın, 2014: 5).

b.d. Şema Terapinin Etkili Olduğu Rahatsızlıklar

Birçok Eksen I-II bozuklukların tedavisi için uygun olan şema terapi, daha önce bahsedildiği gibi BDT'nin tedavi etmekte yetersiz kaldığı rahatsızlıkların kronik karakterolojik kısımlarını tedavi etmek için geliştirilmiştir (Young vd., 2013: 23). Bunun yanında kaygı, depresyon gibi kronik Eksen I semptomlarının altında erken dönem uyumsuz şemalar ve uyumsuz başa çıkma yolları yatmaktadır ve aynı zamanda bu rahatsızlıklar; bağımlılık, kaçınma, ilgi arayıcılık veya mükemmeliyetçilik gibi kronik Eksen II semptomlarının da zeminini oluşturmaktadır (Rafaeli vd., 2018: 23). Karakterolojik bozukluğa sahip hastalara uygulanan şema terapi, erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasına sebebiyet veren merkezi çekirdek psikolojik alanlara değinerek, kişide yaygın olan problemlerini anlamlandırmaya ve anlaşılabilir tarzda bunları organize etmeye çalışmaktadır ve bunun için çocukluktan şu ana kadar olan şemalar izlenmekte, hastaya yaşamını güçleştiren bu karakterolojik problemleri görebilme yetisi kazandırılmaya çalışılmaktadır (Young vd., 2013: 23-24).

c. Şema Terapide Obsesif Kompulsif Bozukluk

Dini takıntılar üzerindeki şema terapinin etkisine değinmeden önce, OKB üzerindeki etkisine kısaca değinmek faydalı olacaktır. Basile ve arkadaşları (2017: 411-412) OKB'nin özünde, çocukken takıntıya dönüşürebilecek derecede belirli duygusal ve bilişsel içeriklere karşı bir duyarlılığın gelişmesinin yattığını ifade etmektedir ve bu rahatsızlığa sahip bireylerin, yaşamının ilerleyen dönemlerinde kendine zarar verebilecek durumlardan kaçınarak bu kaçınmayı takıntı haline getirdiğinin altını çizmektedir. Basile ve arkadaşlarına göre kişi, aşırı telafi başa çıkma biçimleri ile kendini kontrol altına aldığı zannetmektedir. Bu süreçte ise sağlık, mutluluk ve diğer insan ilişkilerinin yerine ritüeller, ruminasyonlar, batıl düşünceler, kurallar ve düzen yer almakta ve bunlara aşırı odaklandığından bahsetmektedir.

Bu gibi hatalı değerlendirmeler sonucunda çocuklukta oluşan kalıcı bilişsel yapılarla (erken dönem uyum bozucu şemalar) OKB'nin etiolojisini açıklayan şema terapi, çocuklukta zedelenmiş özerklikten kaynaklanan şemaların bu hastalık üzerinde etkin olduğu ifade edilmiştir (Young vd., 2003, akt., Akbaş, 2020: 3). İlerleyen yıllarda ise bu şemalar, OKB'de beklenen tehdit algısı gibi aşırı duyarlılığın geliştirilmesine neden olmaktadır (Foa & Kozak, 1995, akt., Akbaş, 2020: 3). Belirli ritüeller ile uğraşma, şema kaçınması olarak görülürken; kontrol, eleştiriye tahammül edememe gibi durumlar ise şema aşırı telafisi olarak tespit edilmiştir ve kontrol grubuna nazaran OKB hastalarında bu kaçınma ve telafi biçimleri daha yüksek bulunmuştur (Kızılağaç & Cerit, 2019, akt., Akbaş, 2020: 4).

Son olarak OKB üzerinde uygulanan maruz bırakma seansları ve farmakoterapi yöntemlerinin, hastaların %50'sinde tatmin edici bir yanıt veremediğı, çoğu OKB vakasında standart tedavilerin semptomları tam olarak azaltamadığı ve devam ettiği görülmüştür (Gross vd., 2012: 173). Gross ve arkadaşlarının (2012: 179) OKB vakaları üzerinde uyguladığı şema terapide; modlar, terapötik ilişki, imgeleme ve sandalye çalışmaları ile müdahaleler yapılmıştır. Bu müdahaleler, hastaların maruz bırakma seanslarında daha çok ilerlemelerine yardımcı olmuş ve daha güçlü bir sağlıklı yetişkin modu oluşturulmasını sağlamıştır.

En nihayetinde denilebilir ki, şema terapi geleneksel BDT uygulaması ile birleştirildiğinde, OKB tedavisinde semptomların nedenleri ve gelişmesini daha iyi anlaşılabilir kıldığı için beraber oldukça güçlü bir tedavi modeli oluşturması mümkündür (Basile vd., 2017: 413).

c.a. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Etkin Olan Şemalar ve Modlar

Basile ve arkadaşlarının (2017: 411) yaptığı araştırmaya göre sağlıklı bireylere göre OKB rahatsızlığı olan bireylerin, erken dönem uyum bozucu şemalardan ve işlevsiz modlardan oldukça yüksek puan aldıkları görülmüştür. Özellikle yoksunluk, kusurluluk/utanç, yapışıklık/gelişmemiş benlik, yüksek standartlar, hak görme ve onay arayıcılık şemalarının aktif olduğu saptanmıştır. Basile ve arkadaşlarının aktardığı başka çalışmalarda da, sağlıklı bireylerle karşılaştırılan OKB hastalarında; zarar görme ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık, terkedilme, kusurluluk ve utanç, bağımlılık, duygusal yoksunluk, yetersiz öz disiplin gibi erken dönem uyumsuz şemaların ve incinebilirlik, kızgın çocuk modu, kopuk korungan uyumsuz başa çıkma modu, üzgün ve incinmiş çocuk modu, kopuk korungan uyumsuz başa çıkma modu, cezalandırıcı veya talepkâr ebeveyn modlarının da yer aldığı görülmüştür (Voderholzer vd., 2014, akt., Basile vd., 2017: 411). Özetle OKB’de en etkili karakteristik şemalar olarak sosyal izolasyon, zarar görmeye karşı dayanıksızlık, olumsuzluk/karamsarlık, başarısızlık, yüksek standartlar, kusurluluk, duygusal yoksunluk; başa çıkma stratejileri olarak ise eleştirel/cezalandırıcı ve talepkâr ebeveyn modu ile kopuk korungan başa çıkma biçimleri karşımıza çıkmaktadır (Akbaş, 2020, s. 1; Basile vd., 2017: 412).

c.b. Obsesif Kompulsif Bozukluk Üzerinde Şema Terapinin Uygulanması

Bu bölümde Gross ve arkadaşlarının (2012: 178-179) 2 OKB hastası üzerinden gerçekleştirmiş olduğu şema terapi tekniğine değinmek istiyoruz. Bunun, şema terapinin tam olarak hangi konularda etkin ve başarılı olduğunu daha iyi gözler önüne sereceğine inanmaktayız.

İlk vakadaki OKB’li danışanın, uygulanan maruz bırakma sürecinde duygusal bir konuya girilmediğinde dahi duygusal olarak hissizleştiği, ara sıra disosyatif ve öfkeli hissettiği, sadece terapist için maruz bırakmayı tamamladığı, bazen ise planlanan egzersizleri yapmayı kesin bir şekilde reddettiği gözlenmiştir. Bu durumlar danışanda; öfke, benliğinde değer kaybı, üzüntü ve acizlik duygularını uyandırmıştır. Bu duygular ise şema terapi yaklaşımındaki şu şema ve modlarla açıklanmıştır. Duygusal olarak hissizleşme ve öfke, kopuk korungan mod; benliğine karşı hissettiği değersizlik, cezalandırıcı ve talepkâr mod; yoğun bir şekilde hissedilen üzüntü ve korku, incinmiş çocuk mod ile ilişkilidir. Maruz bırakmayı çıkmaza sokan bu durumdaki şema terapi uygulanarak işlevsiz modların keşfedilmesi ve sandalye çalışmaları gibi yüzleşme tekniklerinin kullanılması ile yalnız ve incinmiş çocuk modunun ihtiyaçları belirlenmiş, üzün-

tüsünü gidermesine destek olunmuş, imgeleme teknikleri ile sınırlı yeniden ebeveynlik yapılarak oluşan duygular yatıştırılmıştır. OKB davranışlarını sergileme konusunda danışanın; kontrolü tekrar eline alması, özsaygısını yeniden kazanması, kendini koruması ve desteklemesi için güçlü bir sağlıklı yetişkin modu geliştirilmiş ve böylece maruz bırakma tekniğine devam edebilecek cesaret ve motivasyon kazanması sağlanmıştır.

İkinci vakada ise aktif olan şemalar ve modlar şunlardır: Kusurluluk, cezalandırma, karamsarlık, duygusal yoksunluk ve terk edilme şemaları; güvenlik ve duygusal sıcaklık ihtiyacı ile savunmasız çocuk modu; temel ihtiyaçların giderilmemesindeki kızgınlık durumu ile kızgın çocuk modu; karamsarlık, nefret ve kendine zarar verme ile cezalandırıcı ebeveyn modu; caydırıcı duygularını engellemesini sağlayan Tik bozukluğu ile kopuk korungan modu; her şeyi aşırı kontrol ederek güvenlik duygusunu sağlaması (OKB) ile mükemmel bir aşırı telafi modunun etkin olduğu görülmüştür. Uygulanan şema terapi ile hasta, OKB davranışlarını, bunların mantığını ve işlevlerini anlamış, sınırlı yeniden ebeveynlik ile terapötik ittifak sağlanarak, incinmiş çocuk modu ile desteklenmiş, kızgın çocuk modu sakinleştirilmiş ve güçlü bir cezalandırıcı mod ile savaşılmıştır.

İlk etapta uygulanan maruz bırakma yaklaşımında, cezalandırıcı ebeveyn modu, savunmasız modun ihtiyaçlarını önemsiz görmüş, onu değersizleştirmiş ve sağlıklı yetişkin modunun korkutmasına neden olmuştur. Bu ise tedaviyi güç bir duruma sokmuştur. Bu yüzden şema terapide, cezalandırıcı ebeveyn modunun etkisinin azaltılması için sandalye diyalogları ile imgeleme teknikleri kullanılarak sağlıklı yetişkin modu aktifleştirilmiştir ve birkaç seans içerisinde geliştirilen bu sağlıklı modların kontrolü yeniden kazanılmış; kopuk korungan ve mükemmeliyetçilik başa çıkma biçimleri aşamalı olarak azaltılmış, maruz bırakma tekniğine daha etkin bir şekilde devam edilmiştir.

c.c. Obsesif Kompulsif Bozukluk Üzerinde Uygulanan Şema Terapinin Etkisi

Akbaş'ın (2020) OKB üzerindeki erken dönem uyum bozucu şemaları incelediği bir çalışmada, çocuklukta karşılanmamış ve OKB'ye neden olan temel ihtiyaçların seanslarda karşılanmasına yönelik yapılan müdahalelerin oldukça yararlı olacağı ifade edilmektedir. Ayrıca OKB üzerinde, maruz bırakma ile şema terapiyi birleştiren yaklaşımların geliştirildiğinden ve bu yaklaşım sayesinde maruz bırakmaya cevap vermeyen 10 OKB hastasında, tedavi sonunda şikayetlerinde önemli ölçüde azalma gözleendiğinden, maruz bırakma tekniğinin hastaların sağlıklı yetişkin modunda iken yapılmasının tedavi çıktılarını arttıran bir durum

olduğundan bahsedilmektedir (Thiel vd., 2016; Akbaş, 2020: 5-6). Bu sağlıklı yetişkin modunun etkin hale gelebilmesi, kırılğan çocuğun temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanması, telafi edici modların farkındalığının kazanılması, terapötik ilişki ve sınırlı yeniden ebeveynlik yolu ile etkili olabildiğinin altı çizilmiştir. Son olarak şema terapide kullanılan boş sandalye ve flaş kart tekniklerinin kullanılmasının, OKB’de mevcut olan şemaların (başarısızlık, dayanıksızlık gibi) bu terapinin yaşantısal teknikler ile birleştirilmiş BDT tedavisinde OKB semptomlarını azaltıcı bir işlev gördüğü belirtilmektedir (Akbaş, 2020: 5-8)

d. Dini Takıntılar ve Şema Terapi

Araştırmamız göstermektedir ki, dini takıntılar ve şemalar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırma mevcut değildir. İster İngilizce ister Türkçe olsun bu konuda yapılan bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle konuyu aydınlığa kavuşturmak amacıyla OKB ve kader algısından oluşan uyumsuz şemaları inceleyen Angın ve Kızılgeçit’in (2020b: 84-86) çalışmasından bir özet sunmaya çalışacağız. Daha sonra, dini takıntılarda aktif olan ya da olması muhtemel şemalar ve modlar üzerinde duracağız. Ardından yapılan bazı araştırmalar yardımı ile şema terapinin, bu rahatsızlık üzerindeki muhtemel etkisini inceleyeceğiz.

Erken dönem uyumsuz şemalar ile kader algısını inceleyen Angın ve Kızılgeçit (2020b: 84) kader algısını, bireylerin hayatlarında karşılaştıkları olaylara dair yaptıkları atıflar olarak ele almakta ve bunu, kişilerin sorumluluklarını ne kadar üstlendiğine dair yükleme teorisi çerçevesinde incelemektedir. Tutarlı ve orantılı bir dünya görüşüne sahip olup çevreyi kontrol altında tutan yükleme teorisi ile kişiler, öngörülebilir bir dünyada güvenle yaşamaktadır ve dinler bu konuda insanlarda bilişsel şemalar sağlamaktadır.

Kişinin yaşadığı olayları anlamlandırma noktasında, Tanrı ve kaderle ilişkili bilişler, yükleme teorisi ile açıklanmaktadır. Buna göre kişiler içsel ve dışsal olmak üzere iki tip atıf biçimine sahiptir ve bunların kadere ilişkin yükleme biçimleri üzerinde etkisi vardır. Dışsal atıf biçimlerinin, ruh ve beden sağlığı üzerinde anlamlı negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (Lawrence vd., 2015, akt., Angın & Kızılgeçit, 2020b: 85). Bu atıf biçimi ile Tanrı ve kader konularında nedensel yüklemeler yapmak daha çok psikiyatrik hastalarında gözlenmiştir. OKB üzerinde de bu dışsal atıf biçimlerinin sıkça kullanıldığı tespit edilmiş ve bu rahatsızlığın sebebiyet verdiği durumları olumsuz bir kader inancına bağladıkları, katı bilişsel şemaların ve başa çıkmak zorunda kaldıkları olayların nedensel olarak değişmez olduğuna inandıklarına görülmüştür (Olson vd., 2019; Piri & Kabakçı, 2007, akt., Angın & Kızılgeçit, 2020b: 86). Bunun yanında hem kendi yaşamının sorumluluğunu alan hem de Tanrı’nın iradesine yönelik

olumlu yüklemeler yapan kişilerin, karşılaştığı güç durumlarda, kader inancı ile başa çıkma konusunda Allah'a tevekkül ettiği ve bunun ruh sağlığına olumlu katkıda bulunduğu görülmektedir (Kandemir, 2006; Karaca, 2006; Kilit, 2019; Aydın, 2019, akt., Angın & Kızılgeçit, 2020b: 85).

d.a. Dini Takıntılarda Aktif Olan Şemalar ve Modlar

OKB üzerinde kadere ilişkin yapılan olumsuz ve dışsal atıf biçimlerinin, kişilerin şemaları üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların, bağımlılık/yetersizlik, yetersiz öz denetim, onay arayıcılık, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, kusurluluk ve boyun eğme şemalarının olduğu görülmüştür (Angın & Kızılgeçit, 2020b: 95-99). Başarısızlık, dayanıksızlık, kusurluluk gibi şemalara sahip katılımcılarda, hayatta ve kaderinde yalnız bırakıldığı düşüncelerin yer aldığı ve istikrar, sevgi ve ait olma gibi ihtiyaçların çocuklukta karşılanmadığı ve diğer otorite figürlerinden de karşılanmayacağına dair bir kader inancının geliştiği gözlenmiştir. Bu kişiler içten içe başkalarını suçlama eğiliminde oldukları için dışsal ve olumsuz bir Tanrı ve kader inanışlarına sahiptirler.

Bu çalışmada ayrıca kutsal olan şeylerle ilgili kabul edilemez düşüncelere sahip olan bazı katılımcılarda da dini birtakım takıntıların var olduğu tespit edilmiş ve kusurluluk şemasına sahip olduğuna ve bunun çocukluk dönemindeki aile ortamındaki ilişkisiyle açıklanması gerektiğine de değinilmiştir. Buna göre dini takıntılara ilişkin kusurluluk şemasının yanında boyun eğcilik şemasının da olduğu görülmüş ve bu şema cezalandırılmamak ve terk edilmemek için otoriteye boyun eğmek, kendi istek ve arzularını bastırmak zorunda kaldıkları ile açıklanmıştır.

Tanrı ile ilgili kabul edilemez düşüncelere sahip katılımcılarda, otoriteye karşı kızgınlığın yanı sıra hata yaptıklarında katı bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanıldığı da gözlemlenen durumlar arasındadır. Cezalandırıcılık şemasının mevcut olduğunu gösteren bu durumun, katı ve baskıcı bir aile yapısından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durumu oluşturan aile bireylerinin ise soğuk ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamayan kişilerden olduğu görülmüştür. Bu tespitten sonra çocuklukta yerleşen uyumsuz şemaların, sonraki yıllarda oluşan Tanrı ve kader inançlarını etkilediğinin tekrardan altı çizilmiştir.

Böyle kişilerin başlarına olumsuz bir durum geldiğinde, çocuklukta giderilmeyen ihtiyaçlar dolayısıyla yerleşen olumsuz bilinç sayesinde hemen karamsarlık şemaları aktif olmaktadır. Yine aynı şekilde bu ihtiyaçlar zamanında giderilmezse, terk edilme şemaları da yerleşecek ve bu durum Tanrı ile kurduğu ilişkiye de yansıtacaktır. Sonuç olarak bu

çalışmada çocuklukta giderilmeyen bu ihtiyaçların uyumsuz şemaların gelişmesine ve bunun da adalet, ceza ve ilahi lütuf gibi kadere ilişkin değerlendirmeleri oluşturduğuna ulaşılmıştır.

Dini takıntılar üzerindeki, takıntılı inanışları, düşünce kontrol stratejilerini ve suçluluğu inceleyen bir çalışmaya göre, bu takıntılı suçluluk duygularını tetikleyip, zihin üzerinde kontrol çabalarını ve kendini cezalandırma yöntemlerini aktif hale getirdiği gözlemlenmiştir (Inozu vd., 2020: 959). Paradoksal olarak takıntılı yine arttıran bu uyumsuz iki yöntem, katı dini kurallara sahip bireylerde, istenmeyen düşünceler meydana geldiğinde kullanılmaktadır. Özellikle cezalandırma kontrol yönteminin, endişe yöntemine nazaran daha fazla olduğu görülmüş ve aşırı özdenetim sergileyen ve kendilerini suçlamaya ve cezalandırmaya yatkın kişilerde dini takıntılıların yoğunluk kazandığı sonucuna ulaşılmıştır (Abramowitz vd., 2003; Moore & Abramowitz, 2007; Jacoby vd., 2016, akt., Inozu vd., 2020: 13). Müslüman örnekleme içeren bu çalışmada ise, zihin kontrolleri üzerindeki kendini cezalandırma yöntemlerinin, İslam'daki Tanrı'nın cezalandırması imajının bir uzantısı olabileceğine değinilirken bunun daha önce belirtildiği gibi Müslümanlardaki korkunun öneminden kaynaklandığının altı çizilmiştir.

Buna göre uyumsuz şemalar ve OKB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, hatalı değerlendirmelerden kaynaklanan mükemmeliyetçiliğin, başarısızlık, yüksek standartlar, yetersiz öz denetim, cezalandırıcılık ve karamsarlık şemalarını tetikleyip talepkâr ebeveyn modunu ve kopuk korungan modunu aktifleştirdiği, belirsizliğe tahammülsüzlük inançları ile bağımlılık, yetersizlik şemalarının mevcut olduğu görülmüştür (Akbaş, 2020: 5-6). Buradaki şema ve modların aslında dini takıntılarda da aktif olacağı varsayılmaktadır.

Yine dini takıntılı inceleyen başka bir çalışmada (Greenberg & Huppert, 2010: 287), dini takıntılı bireylerin tedavisindeki güçlükleri ortadan kaldırırken, motivasyonunu sağlamak amacıyla yaklaştığı yöntemlerde şemaların kullanılmasının, bu motivasyonu kazandırmada kolaylık sağlayabileceği düşünülmüştür. Öncelikle oluşan rahatsız edici düşüncelerin veya davranışların günahtan kaçmak için gerekli olduğunu düşünmeleri, belki bunların başlarına gelen ve çekmek zorunda oldukları bir ceza olduğuna inanmaları ya da mevcut ritüellerin engellenmesinin (kompulsiyonların azaltılması) dini coşkunun azalmasına sebebiyet vereceğinden çekinmeleri, dini takıntılı insanların tedavi aramalarına engel teşkil edebilmektedir. Bu engelleri kırabilmek için çeşitli yollar ve sorgulamalar önerilmektedir.

Bunlardan ilki; dinlerin, inananlarından mükemmeliyetçilik beklemediklerinin altı çizilerek gerçekleştirilmektedir. Greenberg ve

Huppert'ın (2010) önerdiği bu yöntemde, hastaların mükemmeliyetçilik inanışlarından kaynaklanan yüksek standartlar, kusurluluk ve başarısızlık şemalarının mevcut olabileceği varsayılmakta; eğer bunlar tespit edilebilirse ve üzerinde çalışılabilirse, tedavi arayışlarına karşı oluşan engellerin aşılabileceğine inanılmaktadır. Yine Greenberg ve Huppert, insanların elinden gelenin en iyisini yapmak istediği ama bazen bunda bir azalma görülebileceğinin altını çizerek bunun için enerjilerinin çoğunu kullanmasının gerekliliği sorgulatılarak bu konuda yüksek standartlar şeması ile çalışılmasının tedavi çıktılarını arttırabileceği düşünülmektedir.

İkinci olarak danışanın kasıtlı olmadığı düşüncelerinden sorumlu olup olmayacağı konusu da ele alınması gereken bir noktadır. Dini metinlerin desteği ile bunlardan sorumlu olmadığına altı çizilirse danışanın tedavi motivasyonu gerekli ölçüde artabileceği bu çalışmanın sonuçları arasında yer almaktadır (Greenberg & Huppert, 2010: 287). Bu konuda yine yüksek standartlar, başarısızlık ve cezalandırıcılık gibi mevcut olabilecek şemalar ile çalışmak kişilerin bu aşırı sorumluluk hissini azaltılmasına, tedaviye karşı olumlu motivasyon geliştirmesine yardımcı olabileceği mevcut çalışmanın varsayımları arasındadır.

Son olarak, kişinin sadece günahtan kaçması veya tek bir eylemi mükemmel yapmasının yeterli olmadığı, Tanrı'ya hizmet edebilmek için başka pozitif dini ibadetlerin de yapılması beklendiğinin altı çizilmiştir. Bu ise şema terapideki sağlıklı yetişkin modu gibi, sağlıklı olan yöntemlerin danışana kazandırılmasını anımsatmaktadır. Yine danışma sürecinde bu konu hakkında danışana şema terapi eğitimi verilirse ve üzerinde çalışılırsa, her türlü tedaviye karşı oluşan direncin kırılmasına ve tedavi çıktılarının daha da artmasına yardımcı olabileceği öngörülmektedir.

Başka bir çalışmada ulaşılan şu sonuç dini takımda aktif olabilecek başka bir şemaya ışık tutmaktadır. Dini takımlara sahip bireylerin genellikle benimsediği Tanrı imajı affetmeyen, hoşgörüsüz, katı ve cezalandırıcı görünümündedir. Bu kişiler Merhamet kısmını önemsizleştirip Tanrı korkusuna aşırı vurgu yapmaktadırlar (Yağcı, 2006: 53). Bu durum, cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şeması üzerinde çalışılması gerektiğini göstermektedir.

e. Dini Takımları Çalışan Alan Profesyonelleri

Bu bölümü, konu hakkında tartışılan bir konu ile bitirmek istiyoruz. Konumuz dini takımlar olduğu için bu rahatsızlığı ele alabilecek kişilerin terapistler mi yoksa manevi danışanlar mı olduğu konusunda literatürde tartışmalar mevcuttur. Konu psikolojik bir rahatsızlığı içerdiği için tedavi eden kişinin klinisyenler olması gerektiği belirtilmiştir.

Dini takıntılı bireyler Türk toplumunda öncelikli olarak bir imama ve Kuran kursu hocasına başvurmaktadır. Bunun nedenleri arasında sahip oldukları belirtilen bir mental rahatsızlık olduğunu bilmemeleri, farkında olsalar bile herhangi bir tedavi arayışına girmemektir (Abramowitz & Clinic, 2001: 84). Daha net olmak gerekirse dini ve ahlaki sıkıntılar din adamları ile, dini olmayan problemleri ise klinisyenlerle konuşulmaktadır (Polard vd., 1989; Witzing, 2005; Greenberg & Shefler, 2002, akt., Altın, 2009: 36).

Ancak bu iki durumda kendi içerisinde pek çok sıkıntı taşımaktadır. İmam ve Kuran kursu hocaları mental bir rahatsızlık üzerinde herhangi bir bilgiye sahip değildir. Hastalık hakkında bilgisi olmadığı için yetkili bir kişiye havale etmek konusunda sıkıntı yaşamaktadır. Bilgisi olsa bile çekinceler yaşayabilmektedir (Abramowitz vd., 2002: 827). Bu konuda imam ve Kuran kursu hocaları yerine manevi danışmanlara yönlendirilmeleri önerilmektedir. Ancak hali hazırda bu danışmanların hastalık dini içerikli olsa bile yeterli eğitime sahip olmadıkları için kendilerini yetersiz hissettikleri ulaşılan sonuçlar arasındadır (Hepwoth vd., 2010, akt., Greenberg & Huppert, 2010: 288).

Bunun yanında Greenberg ve Huppert'in (2010: 286) çalışmasında klinisyenlerin de dini takıntılar ile dini ibadet ve inanışları ayırt etme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı veya ayırt etmekte güçlü çektğine değinilmektedir. Bu yüzden klinisyenlerin, bu iki durumu birbirinden ayırt edebilecek düzeyde dini bilgiye sahip olması önerilmektedir. Özellikle dindar bir kişinin, dinin her alanında dikkatli davrandığını, dini takıntılı bireylerin ise özellikle bir alanda ileri düzeyde dikkatli ve buna karşı aşırı derecede endişeli olduğunun bilinmesi gerekmektedir.

Görüldüğü üzere her iki danışman tipinde de tedavi konusunda eksiklikler bulunmaktadır. Bu konu hakkında yapılan bazı çalışmalar, tedavi edebilecek yeterlilikte olan klinisyenlerin, dini danışmanlarla işbirliği içerisinde tedaviyi yürütmesi gerektiğini belirtmektedir (Abramowitz & Clinic, 2001, s. 84; Greenberg & Huppert, 2010: 287-288). Kabul edilebilir dini davranışların sınırlarını anlamak ve dini sınırlara zarar vermeden takıntuların sınırlarını aşabilmek için de dini liderlerle çalışması gerektiği de belirtilmektedir (Huppert vd., 2007: 932).

Ancak bu durum dini takıntının tedavi edilmesinde güçlük doğurabilmektedir. Çünkü dini konuda hassasiyeti olan kişiler bazı teknikler dolayısı ile dinden uzaklaştırılmış hissedebileceği gibi psikolojinin dine karşı duruşundan dolayı onlara zarar verebileceği endişeleri taşıdığı bilinmektedir. Bu yüzden hem dini konuda bilgi sahibi hem de bu gibi dini rahatsızlıklar konusunda yeterli danışmanlık eğitimi almış kişilerin bu hastalığı tedavi etmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmada manevi

danışmanların mental rahatsızlıklar üzerinde daha yetkin olabileceği yeni metotların mümkün olup olmadığı incelenmektedir.

f. Manevi Danışmanlık Perspektifinden Dini Takıntılar ve Şema Terapi

Manevi danışmanlık son yıllar içerisinde tüm dünya çapında oldukça hızlı gelişmelerin yaşandığı bir alandır. Pek çok dini rahatsızlığa sahip kişilerin başvurduğu bu alan pek çok psikolojik tedavi metotlarının uyarlanması ile oldukça gelişmiş ve gelişmeye devam etmektedir (Gürsu, 2022: 89). Bu son bölümde çok fazla dini içeriğe sahip ve tedavisinde tam olarak başarılı olunamayan bir bozukluk üzerinden ve bunun manevi danışmanlıkta kullanılabilir bir terapi biçiminin uygulanmasından bahsedilecektir. Bunun için ilk olarak dini takıntı üzerinde aktif olduğu düşünülen şemalar, manevi danışmanlık sürecinde kullanılabilir şekilde bir uyarlamaya tabii tutulacaktır. Dini konular içerdiği için bu şemalar dini içeriklere ve durumlara oldukça uygun olduğundan bu tarz bir uyarlamanın manevi danışmanlıkta kullanılmasının daha etkin olacağı düşünülmektedir.

f.a. Manevi Danışmanlıkta Dini Takıntılar Üzerinde Kullanılacak Şema Terapinin İmkânı

Psikolojik farkındalık kazandırma noktasında oldukça güçlü olan şema terapi (Young vd., 2013: 55), dini takıntılar üzerinde uygulandığında yine çocukluk anılarına ve o dönemlerde yerleşen konuyla ilgili şemaların saptanmasına, hastaların bunlarla baş etme biçimlerine ulaşmayı mümkün kılan bir yöntemdir. Bu nedenle OKB'nin diğer alt rahatsızlıklarına nazaran tedavi edilmesi daha güç olan dini takıntının iyileştirilmesinde şema terapinin nasıl işe yarayabileceği, hangi şemaların aktif olduğu ve bu yöntemin manevi danışmanlıkta nasıl kullanılabilirliği bu bölüm altında açıklanacaktır. Bu araştırma literatürde yer alan çalışmaların bir derlemesinden oluştuğu için burada varsayılan ve geliştirilen konuların nicel ve nitel araştırmaları yürütülerek bunların doğruluğu kanıtlanıp daha etkin kullanılabilir şekilde geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Gelecek çalışmaların bu yönde araştırmalar yapması tavsiye edilmektedir.

Dini takıntılı kimseler, çocuklukta yerleşen erken dönem uyum bozucu şemalar nedeniyle günlük hayatının pek çok alanında güçlükler yaşamaktadır. Şema terapi sayesinde danışanlar bu problemleri fark ederek otomatik gelişen tepkileri üzerinde kontrol kurabilmesi ve korkuların ve dürtülerin etkisinden kurtularak özgür iradelerinin gelişmesi oldukça mümkündür. Şema terapinin belirlemiş olduğu ve dini takıntı rahatsızlığının üzerinde aktif olması beklenen kategori ve şemalar aşağıdaki gibidir:

Kopukluk reddedilme: Diğer insanlarla güvenilir ve tatmin edici ilişkiler yaşayamayan kişilerin temel ihtiyaçlardan istikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma gibi ihtiyaçlarının giderilmediği koşullarda yetişmiş kimselerde oluşan şemalardır (Young vd., 2013: 33). Travmatik bir çocukluk yaşayan bu kimseler, dünyaya karşı olduğu kadar ona güven ve sevgi verecek bir Tanrı inancı da geliştirememekte ve bir dine ait olma konusunda sıkıntı yaşamaktadır. Bu yüzden tehlikelerle dolu dünyada güvenlik ve istikrar gibi duygulardan mahrum bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu kategorideki şemalar şu şekildedir; (a) terk edilme/istikrarsızlık, (b) güvensizlik/istismar edilme, (c) duygusal yoksunluk, (d) kusurluluk utanç, (e) sosyal izolasyon/yabancılaşma.

OKB üzerinde yapılmış çalışmalar göstermektedir ki bu kişilerde özellikle terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk şemaları oldukça yüksek seviyededir (Akbaş, 2020: 1; Basile vd., 2017: 412). Dini takıntının doğası gereği belirsiz bir dünya görüşü bu şemaları dini alanlarda etkilemesi oldukça beklenen bir durumdur. Bu açıdan din beklenen tehdit algısına, ceza ve şeytanın ayartmalarına her daim açıktır. Bu durum takıntıyı geliştiren ve geliştirmeye meyilli kimselerde aşırı duyarlılığın oluşmasına neden olmaktadır. Eğer bu konu çocuğa güvence içerisinde verilmezse ve tehlikeli bir dünya görüşü ile çocuk korkutulursa bu kategorideki uyumsuz şemaların oluşması mümkündür. İleride bunlar tetiklendiği zaman kişilerin şema kaçınma (dini kompulsiyon-ritüel) ve şemanın aşırı telafisi (sürekli kontrol etme ve eleştiriye tahammül edememe) gibi başa çıkma biçimlerine başvurması (Akbaş, 2020: 4) dini takıntının tedavisini oldukça kilit hale getiren durumlardandır.

Zedelenmiş özerklik ve performans: Çocuklukta ya aşırı ilgilenilmiş ya da hiç ilgilenilmemiş kimselerde görülen özgüven eksikliği bu kişileri; kimlik kurma, bağımsız hareket edebilme kabiliyetinden mahrum bırakarak yeterlilik konularında beceri geliştiremeyen şu şemalara sebebiyet vermektedir: (a) Bağımlılık/yetersizlik, (b) hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, (c) yapışıklık/gelişmemiş benlik, (e) başarısızlık (Young vd., 2013).

Yine OKB üzerinde yapılan araştırmalar, özellikle bu başlıktaki şemaların bu kişilerde oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Hayatta yalnız bulunduğu düşüncesi buna sebebiyet verebilmektedir. İstikrar ve sevgi verilmemiş çocukların, içten içe hep başkasını suçladığı, dışsal ve olumsuz Tanrı imajı geliştirdiği görülmüştür (Angın & Kızılgöçer, 2020a: 96). Sürekli kendisinin yetersiz olduğunu düşünen dindarlık türünün de bu durumu tetikleyebileceği düşünülmektedir. Dünyadaki kötülüklerden ve şeytanın ayartmalarına karşın yeterli güvenin verilmemesi

çocuklarda dayanıksızlık şeması olabileceği gibi bunlara karşın kendini yeterli hissedemeyen dindarlık türünün de tamamen Tanrı'ya yapışık bir dindarlık biçimini geliştirmesi mümkündür. Kendi benliğini, iradesini ortadan kaldıracak derecede ona dayanan, dışsal bir Tanrı anlayışının oluşması da muhtemeldir.

Yine bu kişilerin her yaptığı işin başarısızlıkla sonuçlanacağına dair inancı, ibadetleri hep eksik yapmış gibi hissetmesine neden olacağı için onu rahatlatacak tekrarcı kompulsiyonlar sergilemesi, dini takıntının kökenlerini açıklayıcı bir bakış açısını oluşturmaktadır. Aynı şekilde kendisini tamamen yetersiz hissetmesi de dini takıntının özünde yer aldığı için bu şemanın dini takıntılı kimselerde yüksek çıkma ihtimali büyüktür. Yine dini takıntıya sebebiyet veren belirsiz dünya görüşünün bağımlılık şeması ile açıklanması mümkündür.

Başkalarına yönelimlik: Çocukken sevgi ve onaylanma elde edemeyen çocukların, istek ve arzularından büyük ölçüde feragat etmesi ile oluşan bu şemalar kendi ihtiyaçlarından çok diğerlerini önemsemeleri ile kendilerini göstermektedir. Koşullu kabullenmeye alışık oldukları için de öfke ve isteklerinin farkında değildirler. Bu şemalar: (a) Boyun eğicilik, (b) kendini feda, (c) onay arayıcılık (Young vd., 2013). Yine çocukken verilmeyen sevgi ihtiyacı kendini dini alanda gösterip Tanrı'ya karşı kendi iradesini yok saymakla aşırı boyun eğici, kendini feda edici ve ona karşı sürekli bir onay arayıcılık gösteren dindarlık türlerine neden olabilmektedir. Aslen bunlar toplum arasında onaylanan davranışlar olduğu için toplum arasında çok yaygın durumlardır. Ancak bunu sağlıklı duruma getiren, giderilmemiş sevgi ihtiyacının, sağlıklı olmayan bir biçimde iradeyi yok sayarak kişiyi yoran ve bıktıran bir tarzda sergilenmesidir. İçlerinde gizli bir öfke yattığı için günün birinde kişiyi dinden soğutabilecek bir tehlikeyi içermektedir. Bu yüzden sağlıklı alanın tespit edilip geliştirilmesi bu kişiler için oldukça önemlidir.

Onay arayıcılık ise dini takıntıda aşırı düzeyde olan güvenlik ihtiyacını ve garanti arayışını anımsattığı için yine dini takıntıda yüksek olabilecek şemalardan birini oluşturmaktadır. OKB üzerinde yürütülen şema terapi çalışmaları bunu doğrulamakta ve boyun eğicilik şemasının da yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Basile vd., 2017: 411).

Aşırı tetikte olma ve baskılama/ ketleme: Bu kategoride aile ortamının katı, baskıcı ve kuralcı kişilerden oluşan kimselerin yetiştirdiği ve bunların benimsendiği şemalar bulunmaktadır. Bu içselleştirilmiş katı kurallar, duyguların ve dürtülerin baskılanmasına sebebiyet vermekte; çocuğun oyun bile oynamasına izin vermeyen aşırı kurallar, çocukların hayata karşı soğuk bir tutum geliştirmesine ve mutluluğu sakıncalı görmesine

neden olmaktadır. Bu özelliklere sahip şemalar: (a) Olumsuzluk/karamsarlık, (b) duygusal baskılama, (c) yüksek standartlar, (e) cezalandırıcılık (Young vd., 2013). Bu şemalar dindar toplumlarda yaygın olan fundamental dindarlık tipini anımsatmaktadır. Sürekli cezalandıran bir Allah anlayışı ile çocuklar, her daim onlara ceza vermek için onu gözetleyen bir yaratıcı inancı geliştirmektedirler. Aşırı baskıcı tutum ve kurallara katı olarak uyulmasını gerektiren bir anlayış da olumsuzluk/karamsarlık ve duygusal baskılamayı gerektirmektedir. Son olarak kişiden yerine getirebileceğinin ötesinde şeyler bekleyen, her daim eksik olduğunu hissettiren bir dindarlık anlayışı da çocuklukta geliştirilen yüksek beklentili bir Allah anlayışının sonucu olarak yüksek standartlar şemasına neden olması mümkündür.

Bu kategoriye ait OKB’de aktif olan şemalar yüksek standartlar, cezalandırıcılık, karamsarlık/olumsuzluktur. Kişinin yüksek beklentili bir yaratıcı düşüncesi, dini takıntılı kimsenin yüksek standartlar şemasının aktif olduğunu gösterirken, bu durum talepkâr ebeveyn modunu ve kopuk korungan modlarını aktive ederek mükemmeliyetçiliğe sebebiyet verebilmekte ve kişinin kendini yıpratıcı derecede ibadet etmesine neden olabilmektedir. Bu kimselerin dışsal ve olumsuz Tanrı imajına sahip olduğu belirtilirken (Angın & Kızılgöçer, 2020b) bu şemayla çalışmanın dini takıntıdaki aşırı abartılmış sorumluluğun azaltılmasına yardımcı olarak hastalığın tedavisinde kritik bir aşama olacağı düşünülmektedir.

Baskıcı ve katı aile yapısından kaynaklanan sürekli cezalandırılmaya alışmış bir çocuk, karşılanmayan ihtiyaçları sebebiyle olumsuz bir Tanrı anlayışı geliştirerek ona dair olumsuz bir değerlendirme ile sağlıklı dindarlık modlarını geliştirmesi oldukça muhtemeldir. Yine dini takıntının özünde yer alan suçluluk duygusu otomatik kendini cezalandırmaya neden olmaktadır. Katı ailelerde yetişen bireylerde daha yaygın olduğu için dini takıntının bu özelliği sebebiyle cezalandırıcılık şemasının en aktif şema olacağı varsayılmaktadır.

Son olarak belirtmek gerekirse, bu şemalar her ne kadar kategorilere ayrılrsa da bireylerde oldukça iç içe geçmiş durumdadır. Kusurluluk ve boyun eğcilik şemaları, cezalandırılmamak ve terk edilmemek için otoriteye boyun eğmekle sonuçlanabilir. Kişi kendi arzularını bastırarak kopuk korungan baş etme biçimini kullanarak dini takıntı ile bu hisleri bastırma yolunu seçebilir. Bu yüzden dini takıntıda aktif olması hedeflenen birbiri içine geçmiş pek çok şema bulunacağı düşünülmektedir. Bu konu üzerinde saha çalışmasına mutlaka ihtiyaç vardır.

f.b. Şema Terapi Kavramlarının Manevi Danışmanlığa Uygun Terimleri

Şema Terapinin dini takıntıda aktif olabilecek şemalarının, yukarıda açıklandığı gibi kullanılması uygundur. Ancak modları dini kavramlara çevirmek onları dini konularda daha etkili kullanmaya yönlendireceği düşünülmektedir. Bu yüzden bu başlıkta manevi danışmanlıkta kullanılmaya uygun modları şu şekilde değiştirmeyi önermekteyiz:

f.b.a. İşlevsel Olmayan İçselleştirilmiş Tanrı/Yaratıcı/ Allah Modları

Cezalandırıcı Tanrı Modu: Cezalandırıcı ebeveyn moduna benzer şekilde ilgili şemalar aktifleştğinde kişinin içindeki ses sürekli eleştirel ve kötileyen bir tavır sergiliyorsa danışanın da onayıyla buna cezalandırıcı Tanrı modu adının verilmesinin, tedaviyi daha etkili kılacağı düşünülmektedir. Yine cezalandırıcı ebeveyn modu gibi bu yeni mod kişide yoğun suçluluk ve depresif duygular uyandırmaktadır. Suçluluk duygusu dini takıntının oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir parçayı oluşturduğu için bu rahatsızlığın tedavisinde bu mod ile daha çok çalışılacağı belirgindir.

Talepkâr Tanrı Modu: Aynı şekilde şemalar tetiklendiğinde dini takıntılı kimsenin içindeki ses neredeyse imkânsız isteklerde bulunuyorsa (saatler süren abdest veya ibadetler gibi) talepkâr Tanrı modunun aktif olduğu ve bununla çalışılması gerektiğini göstermektedir. Bu mod aktifleştğinde kişi yine yoğun suçluluk ve değersizlik hissi yaşamakta ve bunlarla beraber sürekli azarlanıyormuş gibi hissetmektedir. Bu tanımlar dini takıntının özüne oldukça uygundur. Bu yüzden dini takıntının tedavisinde şema terapinin çok etkili olacağı varsayılmaktadır.

Dini takıntının özünde onu tamamen günahkâr gören, her yaptığında eksik arayan bir tanrı imajı vardır. Kişilerde mükemmel bir dindarlık beklediği izlenimi oluşturmaktadır. Bu durum sağlıklı modların aktif olduğuna bir delildir. Benzer şekilde talepkâr Tanrı modunu aktifleştiren yüksek standartlar, cezalandırıcı ve karamsarlık şemaları yine olumsuz Tanrı imajını; affetmeyen, hoşgörüsüz, katı ve cezalandırıcı bir anlayışı içerdiği için merhamet kısmı önemsizleştirilmiş olunmaktadır. Bu durum cezalandırıcılık ve yüksek standartlara neden olmakta ve merhamet konusunda çalışmanın, bu imajı sağlıklı dindarlık modundan alıp sağlıklı olana çevirmede önemli yolların kat edilmesine yardımcı olacağı varsayılmaktadır.

f.b.b. Sağlıksız Kul (Çocuk) Modları

İncinmiş Kul Modu: Ebeveyn modundan farklı olarak bu kul modu kendilerini kaybolmuş ve yaralanmış bir çocuk gibi hissetmenin adıdır. Kendilerini çaresiz, yardım ve bakıma muhtaç olarak hissettikleri bu modlar çocuklukta yerleşen ve giderilmemiş ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır. Şemalar tetiklendiğinde bu modlar kişilerin duygularında ve davranışlarında etkin hale gelmektedir (Erdem, 2018: 19; Rafaeli vd., 2018). Bireyler çocukken ebeveynlerine hissettiklerini Tanrı'ya karşı da yansıtmakta ve geliştirdikleri bu tavırları ona karşı da sergileyebilmektedir. Özellikle belirsizlik içeren durumlarda dini takıntı pek çok korkuyu ve kaygıyı uyandırdığı için onu bu duruma düşüren ve onu korumayan durum ve kişilere karşı incinmiş kul/çocuk moduna geçebilmektedir.

Bu konuda literatürde yer alan geçiş nesnesi kuramı bu iddiamızı destekleyecek konumdadır. Bebekler annenin varlığı ve aynalama tecrübeleri ile içsel bir Tanrı imajı oluşturmakta ve annenin yokluğunda bile bir birliktelik hissi yaşamaktadır. Tabi bu durum güven, bakım gibi erken dönem ihtiyaçlarının karşılandığı durumlarda oluşmaktadır. Pek çok dini gelenekte yer alan; Tanrı bizi görür, kollar, sever, o her yerde her zaman mevcuttur gibi inanışlar bu geçiş fenomeninin oluşmasına ve sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Yine Rizzuto da anne gibi sığınılan, besleyen ve koruyan önemli bir sevgi nesnesinin Tanrı'ya karşı da olduğunu ve annenin dinde kritik bir yeri olduğunu iddia etmektedir. Kişilerde oluşan Tanrı imgesi önemli ölçüde erken dönemde algılanan anne baba tecrübeleri, onlar hakkındaki fanteziler, yorumlar sonucunda oluşmaktadır. Bu kırıntı ve parçalar halinde biriken bilgiler birleşerek Tanrı hakkındaki ilk nesne temsillerini meydana getirmektedir (Rizzuto, 1979: 178, akt., Hayta, 2010: 51). Yine pek çok araştırmada sağlıklı Tanrı imajının, daha içten ve sıcak ebeveynlik stilleriyle pozitif ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. McDargh'da kişilerin Tanrı tasavvurlarını inceleyerek bunun kökeninde etkin bir şekilde ebeveynsel ilişkilerin yer aldığını göstermiştir (Hayta, 2010: 50-51).

Kızgın/Dürtüsel Kul Modu: Bu mod aktif olduğunda kişi yaşadığı olaylara ve durumlara karşı aşırı öfkeli hissetmektedir. Eksik olan erken dönem temel ihtiyaçlar, uygunsuz bir biçimde giderilmeye çalışılmakta ve bunlar olmadığında ise diğerlerine özellikle Tanrı'ya karşı aşırı öfke sergilemektedirler. Kızgın kul modunda haksızlık ve adaletsizliklere aşırı tepki gösterilmektedir. Bunun temelinde giderilmemiş adalet duygusu vardır. Çocukken sürekli engellenmeler ile karşılaşan kişi buna dürtüsel bir çocuk/kul gibi tepki göstermektedir. Net ve tutarlı sınırların çizilmediği ailelerde yetişen kişilerde daha sık görülmekte ve genellikle ebeveyn

gözetiminden ve kontrolünden mahrum kalmış kişilerde kendilerini göstermektedir (Rafaeli vd., 2018). Bu durumu Tanrı'nın gözetimi ve kontrolünün hissettirilmediği kişilere uyarlamak mümkün görünmektedir. Özellikle afet ve kriz durumlarında kendini göstereceği düşünülmektedir. Tepkisel bir durumu andırdığı için tepki olarak ateist durumlarında sık karşılaşılacağı öngörülmektedir.

f.b.c. Sağlıklı Modlar

Dini takıntıların tedavisi için etkili olacağı hedeflenen şema terapi tekniğinin sağlıklı modlar kavramları, bu rahatsızlığın iyileştirilmesi yönünde oldukça kullanışlı olacağı düşünülmektedir. Çünkü dini takıntı genellikle sağlıklı bir dindarlık anlayışından ve dışsal bir Tanrı tasavvurundan oluşmaktadır. Katı ve kuralcı bir dindarlığın yerine daha sıcak, ılımlı ve işlevsel bir dindarlık modelinin yerleştirilmesinin, dini takıntının oluşumuna ve devamlılığına sebebiyet veren günahkârlığın ve ebedi cezanın verdiği suçluluk duygusunu (cezalandırıcı ve talepkâr Tanrı modu), yapılması gereken katı ritüellerin verdiği kaygı hissini (cezalandırıcı ve yüksek standartlar şemasından kaynaklanan), düşüncelerin dahi sürekli gözlem altında tutulması gerektiğine dair katı inanç ve kontrol davranışlarını (güvenlik arayışı ve düşünce eylem kaynaşmasından kaynaklanan şema aşırı telafi başa çıkma biçimi), kendini sürekli olarak yetersiz görme anlayışını (talepkâr Tanrı modu) değiştirerek sağlıklı olan seslerin konuşmasına olanak verip bu rahatsızlığın iyileştirilmesinde önemli yollar kat edilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sağlıklı Dindarlık (Ebeveyn) Modu: Manevi danışmanlıkta danışanlara kazandırılması hedeflenen en önemli mod olan sağlıklı dindarlık modu; becerikli, güçlü ve iyi işlevlere sahip bir benliğin özelliğini içermektedir. Sorumluluk alan, sadık kalabilen, çalışabilen ve dindarlığın gerekenlerini yerine getirebilen bir benliktir. Sağlıklı ebeveyn modu gibi terapinin nihai hedefini oluşturmaktadır. İçselleştirilmiş bir terapistte benzemekte ve bu moda hiç sahip olmayan danışanlara verilerek tek başlarına bu modu aktif kılabilmek yeteneği kazandırılmak hedeflenmektedir. Bu modun en önemli özelliği ise günlük hayatı zorlaştıran işlevsiz ve sağlıklı modları yatıştırmasıdır. Bu yüzden dini takıntıya sebebiyet veren durumların azalmasıyla yok olmasına yardımcı olması ve tedavi çıktılarını oldukça iyileştirmesi beklenmektedir. Sağlıklı dindarlık modunu danışanlara kazandırmak onları koruduğu düşünülen katı ritüellerin azaltılarak hayatını kolaylaştırma yolundan geçtiği için onlara dinden uzaklaştırılmış gibi görünme tehlikesi içermektedir. Bu konuda danışanlara iyi bir dindarlığın günahattan ve cezadan korunmak için sadece tek bir eylemi mükemmel yapmaktan geçmediği bunun aksine yaradana hizmet

edebilmek için pek çok yolun bulunduğu aktarılması gerekmektedir. Bunun için danışanlarla farklı olumlu ibadet çeşitlerinin keşfedilmesinin, manevi danışmanlıkta kullanılabilecek tedavi yollarından birini oluşturacağı düşünülmektedir.

Sağlıklı Kul Modu: Bu mod da çocukken karşılanmamış bütün temel ihtiyaçların karşılanmış halidir. Kişilerin bu ihtiyaçları karşılandığı için huzurlu, tatmin dolu, kendinden emin, iyimser, kendi kulluğundan emin ve memnuniyet içerisindedir. Bu mod herhangi bir şemanın aktif olmadığı bir moddur. Yine sağlıklı dindarlık modu gibi terapinin nihai hedeflerinden birini oluşturmaktadır. Bu mod Tanrıya karşı olumlu hisler geliştirerek ona karşı herhangi bir dürtüsel kızgınlığın bulunmadığı, ihtiyaçları giderilmediği için incinmiş hissetmeyen olumlu bir kul anlayışı içermektedir. Bahsedilen karşılanmamış ihtiyaçların terapi sırasında giderilmesinin, bu modu aktif kılarak dini takıntıya sebebiyet veren pek çok durumun azalarak yok olmasına yardımcı olacağı hedeflenmektedir.

f.c. Uyarlanan Şema Terapinin Manevi Danışmanlık Sürecinde Uygulanması

Daha önce değinildiği gibi dini takıntılar üzerinde uygulanmış bir şema terapi araştırması mevcut değildir. Bunun yerine OKB üzerinde uygulanan çalışmalar bulunmakta ve biz de OKB'nin bir alt kolu olan dini takıntılarının sahip olduğu özellikler çerçevesinde etkin olan şemaların neler olabileceği, hangi yöntemlerin uygun olup olmadığı, uygulandığında ne gibi etkilerin elde edilebileceği çıkarımında bulunacağız. Bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutabilecek öncü bir araştırma olacağı kanısındayız. Önceki başlıklarda yer verdiğimiz bilgileri manevi danışmanlık perspektifinden yeniden toplu bir şekilde sunmak gerekirse süreç şu şekilde ilerleyecektir:

Şema terapinin uygulama protokolünde olduğu gibi ilk olarak genel bir değerlendirme ile sürece başlanmalıdır. Danışanın mevcut sorunları dinlenmeli, danışmanlıktan almayı hedeflediği sonuçlar netleştirilmeli ve bu rahatsızlığa sebebiyet vermiş olunabilecek geçmişte giderilmemiş duygusal ihtiyaçlar hakkında konuşulmalıdır. Daha sonra dini takıntılarda aktif olunan şemalar ve modları hakkında kısaltılmış bir şema ölçeği uygulanmalıdır. Uygulanan bu değerlendirme aşaması ile danışmanın hayatını güçleştiren işlevsiz örüntüler tespit edilerek dini takıntıya sebebiyet veren noktaların tespit edilmesi hedeflenmiştir. Aynı zamanda bu rahatsızlığı sürdürmesine neden olan erken dönem uyum bozucu şemalar, başa çıkma biçimleri ve baskın modlar hakkında bilgi toplanarak geçmişi hakkında bilgi almak asıl amacımı oluşturmaktadır.

Bu amaçları gerçekleştirmek adına şema terapinin yönlendirilmiş imgelem, empatik yüzleştirme gibi teknikleri kullanılmalıdır. Ancak burada şema terapide kullanılan sınırlı yeniden ebeveynlik tekniğinin kullanılmasının sakıncalı olacağı düşünülmektedir. Konu dini ve yaratıcı ile olduğu için yaratıcının yerine konuşup danışanları teselli etmek her iki kişiyi de oldukça rahatsız edeceği için bu tekniğin manevi danışmanlık ve dini takıntı üzerinde kullanılmaması tavsiye edilmektedir.

Değerlendirme aşamasında BDT'ye benzer bir biçimde rahatsızlık hakkında elde edilen bilgiler ile bir formülasyon yapılmaktadır. Bu formülasyon, danışanın anlattığı sorunlarını daha iyi görmesini sağlamakta, sürdürücü mekanizmaların tespitine ve bunların şimdiki anı nasıl etkilediğini fark etmesine, bunların tetikleyicilerini ve kökenini tespit etmesine yardımcı olmaktadır. Böylelikle rahatsızlık üzerinde bütüncül bir resmin oluşturulması hem danışana daha büyük bir motivasyon sağlayacak hem anlaşılma ve onaylanma hissi oluşturacak hem de terapi için iyi bir rehber hizmeti görecektir. Dini takıntılı kişiler zayıf bir içgörüyü sahip olduğu için onlara kendilerini değerlendirebilmeleri adına iyi bir bakış açısı sunan bu şema terapi, manevi danışmanlık için çok güçlü bir teknik olacaktır.

Bir sonraki aşama olan eğitim bölümünde daha önce bahsettiğimiz sağlıklı ve sağlıksız dindarlık hakkında ve şemalar hakkında bilgiler aktarılmalıdır. Bu bilgiler hem terapinin uygulanmasını kolaylaştıracak hem de direnç oluşturabilecek kaygıların ve durumların rahatlamasına sebebiyet verecektir. Özellikle dini takıntılı kişilerin sahip olduğu dindarlık anlayışı üzerinden, manevi danışmanların nelerin sağlıklı olup olmadığı konusunda onlara yatıştırıcı bilgileri vermesi pek çok rahatlık sağlayacaktır. Bu konu klinisyenlerin eksik kaldığı taraftır ve dini takıntının tedavisinde önemli yolların kat edilmesine de oldukça büyük engeller oluşturmuştur. Ancak dini konuda bilgi sahibi olan kişilerden bu bilgilerin edinilmesi, uygulanan tekniklerin etkili olmasına yardımcı olacaktır.

Bir sonraki bölüm erken dönem uyum bozucu şemaların değiştirilmesi aşamasıdır. Bu bölümde yine BDT'den ve diğer tekniklerden alınan şema başa çıkma kartlar, şema diyalogları yeniden çerçeveleme gibi bilişsel teknikler kullanılmalıdır. Yine empatik yüzleştirme uygulanarak tespit edilen şemaların değiştirilmesinin kalıcı hale getirilmesi gerekmektedir. Son olarak da davranışsal teknikler kullanılarak şefkatli, objektif ve samimi bir şekilde uyumsuz davranış biçimleri yerine sağlıklı ve uyumlu olanların yerleştirilmesine yardımcı olunmalıdır. Burada yinelemek gerekirse sadece empatik yüzleştirme dini takıntılar üzerinde uygundur. Sınırlı yeniden ebeveynlik yaratıcıyı canlandırmak anlamına geldiği için kendi içerisinde pek çok sıkıntılar taşıyacaktır.

S o n u ç

Şema terapi, farklı terapi yöntemlerinin etki etmediği ancak kendi içlerinde güçlü olan yönlerin toplanıp geliştirildiği yeni bir yöntemdir. Dini ve ahlaki konularda soyut pek çok durumu içeren dini takıntıda, maruz bırakma gibi somut şeyler üzerinde tedavilerin uygulandığı yöntemler bu rahatsızlığı iyileştirme noktasında oldukça yetersiz kalmaktadır. Bunun için OKB'nin diğer alt türlerinde etkililiği kanıtlanmış şema terapinin dini takıntı üzerinde olası etkilerini göstermek adına bu makale kaleme alınmıştır.

Bu hedefle OKB üzerinden yapılmış çalışmalardan ulaşılan sonuçların şu şekilde toplanması mümkündür:

(i) OKB'de aktif olan terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, yetersizlik, dayanıksızlık, karamsarlık, yapışıklık, bağımlılık, boyun eğicilik, kendini feda edicilik, onay arayıcılık, yüksek standartlar, cezalandırıcılık şemaları dini takıntı ile pek çok ortak özelliğe sahiptir (bkz. s. 28-32).

(ii) Bu şemalarla çalışmanın danışanların sahip olduğu ve düğüm haline gelmiş pek çok düşünceyi çözmede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

(iii) Sadece dini takıntının oluşumunu açıklama ve sürdürücü etmenlerin tespitinde bu şemaları belirlemenin terapiyi etkili kılmayacağı açıktır. Bunun için bunların günlük hayata yansımaları olan modların tespiti ve bunların manevi danışmanlığa uygun bir biçimde uyarlanarak kullanılması gerekmektedir. Bunun için mevcut çalışmada bu modların adları şu şekilde değiştirilmiştir: İşlevsel olmayan ebeveyn modları, cezalandırıcı ve talepkâr Tanrı modları olarak; sağlıklı çocuk modları, incinmiş ve kızgın/dürtüsel kul modları olarak; sağlıklı modlar, sağlıklı dinarlık (ebeveyn) ve sağlıklı kul (çocuk) modu olarak uyarlanmıştır. Manevi danışmanlıkta dini takıntıları tedavi ederken bu terimlerin kullanılmasının, içinde bulunulan durumun resminin daha iyi çizilmesini ve bunlara bir isim vererek üzerinde çalışılmasını daha da kolaylaştıracağı düşünülmektedir (bkz. s.32-33).

(iv) Uygulanacak bu tedavi sonrasında sağlıklı dinarlık modu etkin hale getirileceği, kırılğan kul modunun ihtiyaçlarının karşılanacağı, telafi edici modların farkına varılarak sağlıklı olanlarla telafi edileceği, terapötik ilişki ve empatik yüzleştirme teknikleri ile şemalarla daha sağlıklı baş edilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

(v) Uyarlanan bu yeni yöntemin en iyi manevi danışmanlıkta kullanılacağı varsayılmaktadır. Çünkü dini konularda hassasiyet yaşayan bu kişiler, modern terapilere gittiğinde dinden uzaklaştırılma kaygısı ya-

şamakta ve bu bozukluğun tedavisi için imam ve hocalara yönelmektedir. Öncelikle gidilen dini liderler bu bozukluk hakkında bilgilendirilmeli ve bunları pekiştirmeden gerekli mercilere yönlendirmesi önerilmektedir. Bunun yanı sıra manevi danışmanlık sürecinden bahsedilerek kaygıları giderilmeli ve rahatsızlığın tedavisi için en uygun yardım bulmalarına destek olmaları gerekmektedir. Bu hedefle şema terapinin manevi danışmanlıkta kullanılması ve istenilen sonuca ulaşılabilmesi için bu konuda eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

Abramowitz, J. S., & Clinic, M. (2001). Treatment of scrupulous obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(1), 79-85.

Abramowitz, J. S., & Hellberg, S. N. (2020). Scrupulosity. [içinde] *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Conceptualizations and Treatment* (ss. 71-87). Amsterdam: Elsevier Inc.

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 140-149.

Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., & Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The penn inventory of scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 825-838.

Akbaş, B. Ç. (2020). Obsesif-Kompulsif bozuklukta erken dönem uyum bozucu şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 98-108.

Altın, M. (2009). *A cross-cultural investigation of obsessive-compulsive disorder symptomatology: The role of religiosity and religious affiliation*. (Yayımlanmış doktora tezi). Ankara: Middle East Technical University.

Angın, Y., & Kızılgeçit, M. (2020a). Obsesif kompulsif bozukluğun dini kavramlarla ilişkisi ve manevî/dini temelli tedavi yaklaşımları: Teorik bir bakış. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, 53, 331-351.

Angın, Y., & Kızılgeçit, M. (2020b). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar ve kader algısı. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17, 73-105.

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ayten, A. (2012). *Manevi danışmanlık ve rehberlik: Teori ve uygulama alanları*. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6), 407-414.

Besiroglu, L., Karaca, S., & Keskin, I. (2014). Scrupulosity and obsessive compulsive disorder: The cognitive perspective in Islamic sources. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 3-12.

Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37(3), 409-430.

DSM-V. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Erdem, Z. (2018). *Panik bozukluğu hastalarında erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema sürdürücü başa çıkma davranışlarının şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Eyüpoğlu, H. B. (2018). *Erken dönem yaşantılar, aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Şehir Üniversitesi.

Gör, N., Yigit, İ., Kömürcü, B., & Senkal Erturk, İ. (2017). Geçmişin mirası ve geleceğin haritası: Erken dönem uyumsuz şemalar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(10), 197-218.

Greenberg, D., & Huppert, J. D. (2010). Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 282-289.

Gross, E., Stelzer, N., & Jacob, G. (2012). *Treating OCD with the schema mode model*. İçinde *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (ss. 173-184). New Yor: John Wiley & Sons, Ltd.

Gürsu, O. (2022). *Manevi danışmanlar için kılavuz: Danışma ilke, beceri ve teknikleri*. İstanbul: Çamlıca Yayınları.

Hayta, A. (2010). Nesne ilişkileri kuramı ve Tanrı tasavvuru üzerine eleştirel bir değerlendirme. *Değerler Eğitimi Merkezi*, 8(20), 39-79.

Huppert, J. D., Siev, J., & Kushner, E. S. (2007). When religion and obsessive-compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox jews. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 925-941.

Inozu, M., Clark, D. A., & Karanci, A. N. (2012). Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious turkish and canadian samples. *Behavior Therapy*, 43(1), 190-202.

Inozu, M., Kahya, Y., & Yorulmaz, O. (2020). Neuroticism and religiosity: The role of obsessive beliefs, thought-control strategies and guilt in scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms among muslim undergraduates. *Journal of Religion and Health*, 59(3), 1144-1160.

Kapçı, E. G., & Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 13, 127-136.

Karaaslan, S. (2018). Manevi bakım hizmetlerinde etik kurallar ve profesyonel standartlar (ABD, Kanada ve İngiltere örnekleri). [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (ss. 281-302). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi.

Kavurkacı, E. Z. (2021). *Dini takıntı ve dindarlık ilişkisinde düşünceyle kaynaşması, suçluluk duygusu ve kaygının rolü*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Koç, M. (2012). Manevî-[psikolojik] danışmanlık ile ilgili Batı'da yapılan bilimsel çalışmaların tarihi ve literatürü (1902-2010) üzerine bir araştırma-II. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 12(2), 239-276.

Memiş, M. (2012). *Dini içerikli obsesif kompulsif davranış bozuklukları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Mesleki Yeterlik Kurumu. (2019). Manevi danışman ulusal meslek standardı, seviye 6. <https://www.resmigazete.gov.tr>.

Miller, C. H., & Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(6), 1042-1058.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2018). *Şema terapi: Ayrırcı özellikler*. (çev. M. Şaşıoğlu). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., & Siev, J. (2010). Recognition of scrupulosity and non-religious OCD by Orthodox and non-Orthodox Jews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(8), 930-944.

Schema Therapy Accreditation. (2023, Mart 10). *Schema therapy training Australia*. <https://www.schematherapytraining.com>.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.

Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Hertenstein, E., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(6), 501-510.

Tunçel, T. (2019). *Evlü bireylerde erken dönem uyum bozucu şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri, şema sürdürücü başa çıkma davranışları ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Yağcı, H. Y. (2006). *Saplantılı dini davranışlar*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yakın, D. (2014). Bağımlı kişilik örüntüsü ve terapötik işbirliği: Şema odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulaması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(2), 1-13.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (2018). *Hayatı yeniden keşfedin*. (çev. S. Kohen & D. Güler). İstanbul: Psikonet yayınları.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Şema terapi*. (çev. T. V. Soylu). İstanbul: Litera Yayıncılık.

