



Barriers to Change in Schema Therapy for Eating Disorders

Feride Özlem Elagöz^{1,a,*}

¹ Department of Psychology, Faculty of Letters, Sivas Cumhuriyet University, Sivas, Türkiye

*Corresponding author

Research Article

History

Received: 30/12/2025

Accepted: 18/03/2026

ABSTRACT

Treatment of eating disorders is complicated and met with resistance due to low motivation and high relapse rates. The present study examines resistance to change and ambivalence, two frequently encountered factors in the treatment of eating disorders, by integrating Schema therapy and the Transtheoretical Model of Behaviour Change. Change is not a linear process; rather, it is a dynamic cycle that involves relapses. Clients with eating disorders are generally reported to be at the precontemplation or the contemplation stage, with maladaptive coping modes serving as "emergency shelters" that hinder change. Because the symptoms of eating disorders are not only behavioural disorders, but they also function to regulate unmet basic emotional needs, interventions aim to form a secure relationship based on the strategies of limited reparenting and emphatic confrontation according to the client's needs. This process is aimed at strengthening the healthy adult mode of the client by means of cognitive, experiential, and behavioural pattern-breaking techniques. Therefore, distancing from the symptoms of eating disorders is viewed as a transition to a safer and sustainable way of life rather than merely behaviour changing. The schema therapy approach to eating disorders aims to increase emotional regulation capacity of the clients to allow them to meet their needs through healthier ways rather than suppressing their symptoms. The integration of schema therapy and motivational interview techniques provides a holistic approach based on cooperation that decreases resistance and facilitates lasting change by helping clients to make sense of their inner conflicts. In this context, the present study aims to provide insight into the process of selecting suitable motivation-raising intervention suited to the stage of change the client is at and how modes leading to ambivalence can be understood within the contextual framework of the schema therapy.

Keywords: Eating disorders, schema therapy, maladaptive modes

Yeme Bozukluklarında Şema Terapide Değişimin Önündeki Engeller

Öz

Yeme bozuklukları; düşük motivasyon ve yüksek nüks oranları nedeniyle tedavisi karmaşık ve dirençli süreçlerdir. Bu çalışma, yeme bozuklukları tedavisinde sıkça karşılaşılan değişime karşı direnci ve kararsızlığı Şema Terapi ve Değişim Aşamaları Modeli entegrasyonu ile ele almaktadır. Değişim, doğrusal olmayan ve nüksleri de içeren dinamik bir döngüdür. Yeme bozukluğu olan danışanların genellikle niyet öncesi veya niyet aşamasında olduğu; bu noktada uyum bozucu başa çıkma modlarının değişimi engelleyen "acil durum sığınağı" işlevi gördüğü belirtilmektedir. Yeme bozukluğu semptomları sadece bir davranış bozukluğu değil, karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçları düzenlemek olduğundan danışanın ihtiyacına göre sınırlı yeniden ebeveynlik ve empatik yüzleşme stratejileri ile güvenli bir ilişkinin kurulması amaçlanmaktadır. Bu süreçte; bilişsel, yaşantısal ve davranışsal örüntü kırma teknikleri ile danışanın sağlıklı yetişkin modunun güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Böylece yeme bozukluğu belirtilerinden uzaklaşma, yalnızca davranış değişikliği değil, daha güvenli ve sürdürülebilir yaşama geçiş olarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak, yeme bozukluklarında şema terapi yaklaşımı, semptomları baskılamak yerine, danışanın duygusal regülasyon kapasitesini artırarak ihtiyaçlarını daha sağlıklı yollarla karşılamasını hedeflemektedir. Şema Terapi ve motivasyonel görüşme tekniklerinin entegrasyonu, danışanın içsel çatışmalarını anlamlandırmasını sağlayarak, direnci azaltan ve değişimin kalıcılığını destekleyen bütüncül ve iş birliğine dayalı bir yaklaşım sunmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, danışanın değişim sürecindeki aşamasına yönelik uygun motivasyon artırıcı müdahaleleri seçmeye ve kararsızlığa yol açan modların şema terapideki kavramsal çerçevede nasıl anlaşılacağına dair bilgi sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, şema terapi, uyum bozucu başa çıkma modları.

Copyright



This work is licensed under
Creative Commons Attribution 4.0
International License

^a foelagoz@cumhuriyet.edu.tr

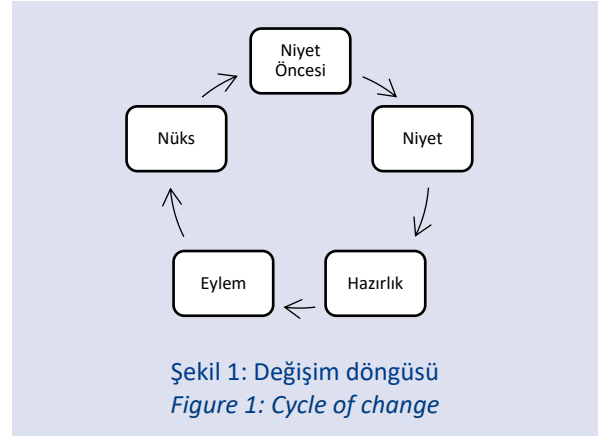
^{ID} 0000-0002-6646-070X

How to Cite: Elagöz FÖ (2026) Barriers to Change in Schema Therapy for Eating Disorders, CUJOSS, 50(1): 31-43.

Giriş

Yeme bozuklukları ciddi, karmaşık ve yaşamı tehdit eden bozukluklardır. Alanyazında yeme bozuklukları Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Pika, olarak tanımlanmaktadır (DSM V). Söz konusu bozukluklar; yeme davranışı, beden algısı ve kilo kontrolüne ilişkin bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerde belirgin bozulmalarla karakterizedir ve fiziksel sağlık üzerinde ciddi tıbbi komplikasyonlara yol açmaktadır. Bununla birlikte, yeme bozukluğuna sahip bireylerde depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik komorbiditelerin yüksek olduğu bildirilmektedir (Spindler & Milos, 2007). Bu nedenle, yeme bozukluklarının tedavisinde yalnızca semptomların ve eşlik eden psikopatolojilerin ele alınması yeterli olmayıp danışanın değişime yönelik motivasyonu ve kararsızlık düzeyinin de ele alınması oldukça önemlidir çünkü benimsenen kuramsal yönelimden bağımsız olarak danışanın kararsızlık ve değişime yönelik motivasyonunun düşük olması terapi sürecini baltalamaktadır. Bu durum, uygulamada karşılaşılan önemli zorluklardan biridir ve başvuru sebebinin reddine ve semptomun savunulmasına yol açmaktadır. Değişime yönelik ambivalansı yüksek danışanlarla çalışan terapistler; terapötik ittifakın kurulması, terapiye bağlılığın sağlanması, değişime yönelik direncin azaltılmasının yanı sıra, terapinin erken sonlandırılması riskiyle başa çıkmakta zorlanmaktadır (Abbate-Daga ve ark. 2013; Mahon, 2000). Değişime yönelik karamsarlık, danışanın motivasyonunu ve değişim sürecini olumsuz etkilemektedir. Başka deyişle düşük motivasyon, yüksek nüks ve tedaviyi yarıda bırakma olasılığını artırırken değişime yönelik hazır olma düzeyi ise tedaviye daha iyi yanıt vermeye ilişkilendirilmektedir (Vall ve Wade, 2015). Bu nedenle terapinin hangi aşamasında olursa olsun motivasyon ve değişime karşı isteksizliğin ele alınması oldukça önemlidir, çünkü danışanın terapiye uygunluğu açısından dikkat edilmesi gereken önemli nokta terapiye olan motivasyonudur (Türkçapar, 2012).

Değişim sürecine geçişi desteklemek amacıyla terapi sürecine başlamadan önce ya da danışanı güçlendirmek için motivasyonel görüşme temelli müdahalelerden yararlanılmaktadır (Miller & Rollnick, 2002), bu yaklaşım bireylerin değişime yönelik motivasyonunu ve hazır olma düzeyini açıklayan değişim aşamaları modeliyle temellendirilmektedir ve söz konusu model; niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve nüks aşamalarını içermektedir (Prochaska ve ark., 1992). Bu değişim aşamasındaki geçişler doğrusal değildir; çünkü değişim motivasyonel dalgalanmalara bağlı olarak ilerleme ve geri dönüşlerin görülebildiği dinamik bir süreçtir (Bakınız Şekil 1). Başka deyişle, değişim aşamaları arasında mantıksal ve doğrusal sıralama olsa da genellikle döngüselidir (Prochaska ve ark., 1992).



Danışanın terapi sürecinde hangi motivasyonel düzeyde olduğunu anlamada önemli bir klinik çerçeve sunan Değişim Aşamaları Modeli'ne göre, niyet öncesi dönemde birey yaşadığı güçlüğü bir sorun olarak görmemekte ya da sorunun varlığını kabul etmemektedir. Bu evrede psikoterapiye başvuru çoğunlukla bireyin kendi isteğinden ziyade dışsal yönlendirmelerden, kişilerarası baskılardan ya da yaşamsal zorlanmalardan dolayıdır (Prochaska ve ark., 1994). Bu aşamada temel amaç, bireyin olmak istediği durum ile bulunduğu durum arasındaki farkı görünür kılmak, mevcut durumun birey için yarattığı olumsuz sonuçları fark etmesini sağlamak ve sorunun kendi hedefleriyle ne ölçüde çeliştiğini ele almaktır. Niyet aşamasında ise birey, sorunun farkındadır ve değişimi istemektedir; ancak bu değişimin mümkün olup olmadığına dair ciddi kararsızlık yaşamaktadır. Bu aşamada değişimin artılarının ve eksilerinin ele alınması, danışanın ambivalansını fark etmesini ve kendi değerleriyle uyumlu değişim nedenleri geliştirmesini sağlayarak içsel motivasyonunu güçlendirmektedir. Ambivalans yeterince ele alınmadığında danışanın terapi sürecine katılımı zayıflamakta ve terapi sürecinin ilerlemesi sekteye uğramaktadır. Hazırlık aşamasında danışan, değişimi istemekte ve psikolojik olarak sürece başlamaya hazır hissetmektedir. Tedaviye kendi isteğiyle başvuran danışanların önemli bir kısmının bulunduğu bu aşamada terapötik müdahalelerin temel hedefi, danışanın motivasyonunu sürdürmesini desteklemek ve değişimi somutlaştırmak amacıyla küçük, somut ve ulaşılabilir hedeflerle ilerlemektir. Eylem aşamasında ise, belirlenen hedefler doğrultusunda değişimi destekleyen terapötik müdahaleler uygulanmaktadır. Nüks aşaması, bireyin önceki davranış örüntülerine geri döndüğü; ancak bu durumun değişim sürecinin doğal bir parçası olarak kabul edildiği ve başarısızlık olarak değerlendirilmediği evredir (Prochaska ve ark., 1992). Terapi sürecinde danışanın değişimin hangi aşamasında olduğunun değerlendirilmesi, müdahalelerin zamanlaması ve düzeyi açısından belirleyicidir, aksi takdirde değişime hazır olma düzeyinin göz ardı edilmesi, direnç, nüks ve tedaviyi erken sonlandırma riskini artırmaktadır (Miller & Rollnick, 2012). Şema terapide değişime hazır olma, şema modlarına göre şekillendiğinden (Waller ve ark., 2007) terapi süreci,

danışanın değişim aşaması gözetilerek esnek biçimde yapılandırılmalıdır. Şema terapide, yeme bozukluğu olan danışanların çoğunlukla niyet öncesi ve niyet aşamalarında oldukları ve profesyonel yardıma bu aşamalarda başvurdukları görülmektedir (Blake ve ark., 1997). Bu ilk iki aşamadaki (niyet öncesi ve niyet) danışanlarla çalışırken (motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri doğrultusunda) değişime yönelik motivasyonun bireyin kendisinden kaynaklanması gerektiği ve bu motivasyonun dışarıdan empoze edilemeyeceği vurgulanmaktadır. Bu noktada, motivasyonel görüşmenin yanı sıra şema terapi çerçevesinde

ilerlemeyi engelleyen modların kavramsallaştırılması (Bernstein ve ark., 2012), değişime direncin altında yatan dinamiklerin anlaşılmasına katkı sunmaktadır. Bununla birlikte, şema modlarının belirlenmesi vaka kavramsallaştırması ve müdahalelerin planlanmasında oldukça önemlidir (Edwards, 2017). Değişime yönelik karamsarlık, danışan motivasyonu ve değişim süreciyle ilişkili olan işlevsiz şema modları üç temel kategoride sınıflandırılmaktadır: uyum bozucu çocuk modları, başa çıkma modları ve ebeveyn modları. Bu modlar Tablo 1’de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 1: Uyum Bozucu Modlar

Table 1: Maladaptive Modes

Uyum Bozucu Çocuk Modları	Uyum Bozucu Başa Çıkma Modları	Uyum Bozucu Ebeveyn Modları
İncinmiş Çocuk	Teslim	Cezalandırıcı Ebeveyn
Terkedilmiş Çocuk	Söz Dinleyen Teslimci	Beklentili Ebeveyn
Bağımlı Çocuk	Kaçıngan	Eleştirel Ebeveyn
Kızgın Çocuk	Kopuk Korungan	
Dürtüsel Çocuk	Kaçıngan korungan	
Disiplinsiz Çocuk	Kopuk kendini yatıştırıcı	
	Öfkeli korungan	
	Aşırı Telafi	
	Mükemmeliyetçi Aşırı Kontrolcü	
	Paranoid Aşırı Kontrolcü	
	Büyükleme	

Yeme bozukluklarının çoğunun ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde geliştiği göz önüne alındığında, erken dönem yaşam deneyimlerinin yeme bozukluklarının etiolojisinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Joshua ve ark., 2024). Başka deyişle, şema terapi bağlamında yeme bozukluklarında ortaya çıkan işlevsel olmayan yeme örüntüleri, erken dönem uyum bozucu şemaların (EDUŞ) yarattığı duygusal sıkıntıyı hafifletmek için yapılmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Uyum bozucu başa çıkma modları ise, danışanın duygusal zorluğu hissetmemesi için yeme bozukluğuna ilişkin olumlu inançları (örneğin, kopuk kendini yatıştırıcı modunda “Aşırı yerken düşünmüyorum” ve kopuk korungan modunda “Yemek yemediğimde duygularımdan uzaklaşıyorum”) pekiştirmektedir. Benzer şekilde, uyum bozucu ebeveyn modlarından cezalandırıcı ebeveyn modunda danışan “İyi yaşamı hak etmiyorum” şeklinde düşünerek kendini suçlamakta ve öz yeterliliğini zedelemektedir (Bernstein ve ark., 2012).

İşlevsel olmayan yeme davranışının değişimine ilişkin kararsızlıkta, motivasyonla ilgili iki tür olumsuz değerlendirme öne çıkmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Birincisi, davranış değişikliğine ilişkin olumsuz beklenti ve korkuları içerirken; ikincisi mevcut durumun sürdürülmesini olumlu gören, patolojiyi destekleyici inançlardır. Ayrıca, bireyin değişimi gerçekleştirme

kapasitesine yönelik güvensizliği başka deyişle düşük öz yeterliliği de bu süreci etkilemektedir. Şema terapide yeme bozukluğuyla çalışılırken EDUŞ’u (Bernstein ve ark., 2012), değişime yönelik karamsarlığı, danışanın motivasyonunu ve değişim sürecini etkileyen işlevsiz değerlendirmeleri değiştirmek için, *terapötik ilişki, bilişsel müdahaleler, yaşantısal teknikler ve davranış kalıplarını kırma* teknikleri kullanılmaktadır. Bu müdahaleler aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Şema Terapide Terapötik İlişki

Yeme bozukluklarıyla çalışırken motivasyonu artırmak amacıyla terapötik ilişkide benimsenen sıcaklık, içtenlik ve koşulsuz olumlu kabul; danışan merkezli terapi kapsamında danışanı anlamayı ve terapi sürecini etkili şekilde yürütmeyi sağlayan temel unsurlardır (Rogers, 1951). Şema terapide ise bu unsurlar ‘sınırlı yeniden ebeveynlik’ ve ‘empatik yüzleşme’ olmak üzere iki temel müdahale stratejisiyle kullanılmaktadır (Young ve ark., 2003). Bunlardan sınırlı yeniden ebeveynlik; terapötik ilişkide danışanların karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için kullanılırken (Young ve ark., 2003), değişimle ilgili endişeler ve kararsızlıklar ise empatik yüzleşmeyle ele alınmaktadır (Vitousek ve ark., 1998). Bu stratejiler, danışanın değişime

yönelik motivasyonunu güçlendirirken aynı zamanda karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçların terapötik ilişkide ele alınmasını sağlamaktadır. Terapötik ilişkide danışanın beş temel duygusal ihtiyacının (güvenli bağlanma, özerklik, duyguların ve gereksinimlerin ifade edilmesi, kendiliğindenlik ve oyun, gerçekçi sınırlar) karşılanması, yeme bozukluğunun sağladığı ikincil kazançlardan vazgeçebilmesi açısından gereklidir. Bu doğrultuda terapistler, yeme bozukluğu semptomlarının işlevini kabul ederek bu semptomların belirli psikolojik ihtiyaçları karşıladığını göz önünde bulundurmaktadırlar (Simpson ve Smith, 2020). Buradaki temel amaç danışanı değişime ikna etmekten ziyade, danışanın işlevsel olmayan yeme deneyimlerini ve bu davranışlara olan bağlılığını merak ve kendine yönelik empatiyle keşfetmesini desteklemektir (Geller ve ark., 2001). Aynı zamanda terapistler, değişim kararlarına eşlik eden zorlayıcı duygulara duyarlı biçimde yanıt vermekte ve bu sürecin gerektirdiği cesareti açıkça takdir etmektedirler (Vitousek ve ark., 1998). Örneğin, temel duygusal ihtiyaçlardan kabul, bakım, sıcaklık ve sosyal teması içeren güvenli bağlanma örüntüsünde kararsızlık ve direnç ile çalışırken dikkat edilecek noktalar; kararsızlık ve değişime yönelik engellerin kabul edilmesi, bozulmuş yeme davranışına yönelik ortaya çıkan uyum bozucu modların onaylanması, değişim ve iyileşmeye dair endişelerin ifade edilmesi ve sosyal etkinliğe teşvik edilmesidir (Simpson ve Smith, 2020).

Temel psikolojik ihtiyaçlardan biri olan güvenli bağlanma karşılandığında, danışanın özerkliğine saygı duyulan terapötik bir ortam oluşmaktadır. Yeme bozukluğu olan bireylerin kontrolle ilişkili konulara yüksek düzeyde duyarlılık göstermeleri nedeniyle (Froreich ve ark., 2016), işlevsel olmayan yeme davranışını tek taraflı olarak değiştirmeye yönelik girişimler hem tehdit edici hem de onaylanmama olarak algılanmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Güvenlik sınırları gözetilerek danışanla iş birliğine dayalı karar verme sürecinin en üst düzeye çıkarılması; terapistin sunduğu desteğe ilişkin dürüst geri bildirimlerin teşvik edilmesi ve danışanın tercihlerini takdir eden bir tutumla özerkliğin desteklenmesi gerekmektedir (Bernstein ve ark., 2012). Davranış değişikliğine yönelik rehberlik başlangıçta terapist tarafından sağlanmakta; terapötik güven geliştikçe bu sorumluluk kademeli olarak danışana devredilmekte ve değişimin nihai sorumluluğunun danışana ait olduğu açık ve tutarlı biçimde vurgulanmaktadır. Özellikle yeme bozukluğu riski yüksek olan danışanlarla çalışırken sınırların açık biçimde belirlenmesi gerekmektedir; bu da tedavi sürecinde pazarlığa açık olmayan konuların (hastane yatışını gerektiren durumlar) baştan netleştirilmesini gerektirmektedir (Abbate Daga ve ark., 2013). Sonuç olarak, şema terapide danışanın yaşam öyküsünde gelişen erken dönem uyumsuz şemalar ve uyum bozucu modlar açıklanarak bireysel formülasyon oluşturulmaktadır (Rafaeli & Rafaeli, 2024). Bu süreçte temel terapötik hedeflerden biri, danışanın şemasıyla arasına mesafe koyabilmesini sağlamaktır. Bu aşamada danışan, şemaların ve eşlik eden modların kişisel bir kusur ya da bilinçli bir tercih olmadığı, erken dönem yaşantıların sonucu olarak

istemsiz biçimde geliştiği konusunda bilgilendirilmelidir. Bu doğrultuda, söz konusu örüntülerin geçmiş koşullar bağlamında anlaşılabilir olduğu, ancak güncel yaşamda işlevsel sonuçlar üretmediği danışana fark ettirilmelidir. Bu süreçte terapötik müdahale, danışana empatik anlayış sunmak ve gerçekliği değerlendirme becerisini geliştirmektir (Young ve ark., 2003). Başka deyişle, danışanın davranış ve tepkilerinin hangilerinin uyum bozucu şema ve modlardan, hangilerinin ise bilinçli seçimlerden kaynaklandığını ayırt etmesi empatik yüzleştirmeye desteklenmektedir. Danışanın geçmiş yaşantılarının etkisi kabul edilirken, bu örüntülerin sürdürülmesinin bedelleri yargılanmadan ele alınmaktadır (Young ve ark., 2014). Diğer bir ifadeyle, terapötik ilişkide sınırlı yeniden ebeveynlik yaklaşımıyla danışanın şemaları ve uyum bozucu başa çıkma modlarıyla empatik ancak net biçimde yüzleşmesi sağlanmaktadır (Farrell ve ark., 2012; Young ve ark., 2003). Sonuç olarak terapist, danışanın kontrolü dışında gelişen geçmiş öğrenmelerini kabul ederken, mevcut işlevsiz örüntülerin değiştirilebilir olduğuna dair sorumluluk ve umudu vurgulayan terapötik bir duruş sergilemektedir.

Şema Terapide Bilişsel Müdahaleler

Değişime yönelik karamsarlığı, motivasyonu ve değişim sürecini etkileyen işlevsel olmayan değerlendirmeleri değiştirmek için şema terapide kullanılan bilişsel teknikler; psiko-eğitim, karar dengeleme, bilişsel yeniden yapılandırma, kanıt ve karşı kanıt, benlik imgelemesi, temel değerler, şeytanın avukatı ve başa çıkma kartı teknikleridir (Simpson ve Smith, 2020). Bu tekniklerin her biri yeme bozukluğu bağlamında açıklanmaktadır.

Şema terapi kapsamında yürütülen psiko-eğitimde yeme bozukluklarıyla ilgili riskler konusunda farkındalık yaratmak, yanlış bilgileri düzeltmek, açlığın biyopsikososyal etkilerini açıklamak ve yeme bozukluğuna bağlı sağlık sorunları ile temel beslenme bilgilerini ele almak öncelikli hedefler arasındadır (Waller, 2007). Ayrıca, bilgilerin yazılı şekilde sunulması oldukça faydalı olmaktadır (Vitousek ve ark., 1998).

Danışanın değişime yönelik tutumlarını keşfetmek için kullanılan karar dengeleme tekniği, avantaj dezavantaj tekniği olarak da adlandırılmaktadır. Bu teknikte yeme bozukluğuna yönelik başa çıkma modlarının (örn. kaçınan korungan) artıları ve eksileri değerlendirilmektedir. Kararsızlık düzeyi yüksek bireylerde, yeme bozukluğu ve modlarla ilgili sorgulamalar yapılmakta, bunların kısa ve uzun vadeli faydaları da değerlendirilmektedir. Yeme bozuklukları kısa vadede yarar sağlarken, değişim uzun vadede rahatlama sağlamaktadır (Waller, 2007). Karar dengeleme çalışmalarıyla danışanın değişime ilişkin kararsızlığı ve yeme bozukluğunu sürdüren bilişsel örüntüleri ortaya çıktıktan sonra, bu işlevsel olmayan değerlendirmeler ele alınmakta ve daha uyumlu bakış açılarıyla yeniden yapılandırılmaktadır.

Değişimle ilgili korkuları ele alırken kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinde ise amaç, danışanın her bir sorununa ilişkin 'sağlıklı yetişkin' bakış açısını geliştirmesini

sağlamaktır. Bu süreçte, “Bu durumu yaşayan arkadaşınıza ne önerirdiniz?” biçimindeki Sokratik sorgulamalarla danışanın kendi sorununa yönelik alternatif ve daha işlevsel bakış açısı geliştirmesi desteklenmektedir (Türkçapar, 2012). Karar dengeleme ve dost düşman teknikleri niyet ve niyet öncesi aşamalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Simpson ve Smith, 2020).

Değişimin önündeki engelleri keşfetme sürecinde kullanılan kanıt ve karşı kanıt tekniğinde, uyum bozucu şema ve modlardan kaynaklanan düşüncelerin geçerli ya da sağlıklı olmadığını somut verilerle ortaya koymak amaçlanmaktadır. Terapist ve danışan, uyum bozucu şema ve modlara olan inancını destekleyen ve çürüten verileri geçmiş yaşantılardan ve güncel olaylardan yola çıkarak incelemektedirler. Terapötik süreçte danışana, bu durumun şemasından kaynaklı olduğu (kişiliği olmadığı) mesajı verilerek şemasıyla arasına bilişsel mesafe konmaktadır (Rafaeli ve ark., 2010). Bu ayrışmayı kolaylaştırmak için, danışanın tetikleyicileri ve mod geçişlerini takip etmesini sağlayan izleme formları veya seans içi sorgulamalar kullanılmaktadır. Böylelikle, uyum bozucu şema ve modlarla ilgili düşünceleri yeniden yapılandırmak ve şema ile mesafeyi artırmak için sağlıklı yetişkin modun güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Örneğin, “Beni gerçekten tanırlarsa onlar tarafından sevilmem” biçimindeki temel inanç, kusurluluk/utanç şeması kapsamında değerlendirilmekte ve bu varsayımın danışanın yaşam deneyimleriyle ne ölçüde doğrulandığı sorgulanmaktadır. Bu bağlamda, danışanın yaşam öyküsünde bu inancı destekleyen örneklerin yanı sıra, inançla çelişen yaşantıların da sistematik biçimde incelenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, söz konusu şemaya dayalı örüntülerin kısa ve uzun vadeli işlevsel sonuçları ele alınmaktadır. Danışanın kişilerarası ilişkilerde mesafeli durma, kendini açmama ya da hatalarını gizleme gibi stratejilerinin sağladığı olası avantajlar (eleştirilmekten, reddedilmekten korunma) ile bu stratejilerin yol açtığı bedeller (olumsuz benlik algısının sürdürülmesi, yakınlık ihtiyaçlarının karşılanamaması) birlikte değerlendirilmektedir. Bu süreçte, insanlardan uzak durmanın kısa vadede koruyucu bir işlev gördüğü; ancak uzun vadede şemaya dayalı inançları pekiştirerek temel duygusal ihtiyaçların karşılanmasını engellediği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak, bu müdahalelerle danışanın şemanın temel varsayımlarının nesnel geçerliliğini test etmesi ve şemadan kaynaklanan yorumlar ile mevcut gerçeklik arasındaki ayrımı fark etmesi amaçlanmaktadır. Bu süreç, danışanın daha esnek ve gerçeklikle uyumlu bilişsel değerlendirmeler geliştirmesine zemin hazırlamaktadır (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2012).

Değişime yönelik tutumları keşfetmek için benlik imgelemesi de çalışılmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Bu teknikte amaç, değişime yönelik motivasyonu artırmak için bireyin önemli yaşam olaylarına yönelik (sağlık, iş, ilişkiler) yaşam planının formüle edilmesidir. Süreç, farklı zaman dilimlerinde tekrarlanmaktadır (Moreno, 1987). Örneğin, danışandan iki ve altı yıl sonraki yaşamına ilişkin olası gelecek senaryolarını anlatması istenmektedir. Bu yöntemin etkililiğini artırmak için danışandan yaşamına ilişkin temel isteklerini temsil eden fotoğraflardan kolaj oluşturması

beklenmektedir (Simpson ve Smith, 2020). Böylece danışanın geleceğe yönelik yaşam hedefleri somutlaştırılmaktadır. Sonuç olarak danışan, sağlıklı yetişkin modunu güçlendirecek şekilde geleceğe dönük çıkarımlar yapacaktır. Bununla birlikte, danışanın yeme bozukluğunun ya da buna eşlik eden modların hâkimiyetinde yaşamının nasıl şekilleneceği değerlendirilmektedir. Bu süreçte, danışanların yaşam hedeflerine ulaşabilmek için değişimin gerekli olduğunu fark etmeleri amaçlanmaktadır. Ayrıca, değişime yönelik kararsızlıkla ilişkili olumsuz anılar, imgeleme yeniden yazma tekniği aracılığıyla ele alınarak duygusal işleme desteklenmekte ve değişim motivasyonu güçlendirilmektedir (Hackmann ve ark., 2011).

Değişime yönelik karamsarlığı, motivasyonu ve değişim sürecini etkileyen işlevsel olmayan değerlendirmeleri değiştirmek için temel değerler belirlenmektedir. Uyumsuz şema modlarının bu değerlerle ne ölçüde uyumlu olduğunun değerlendirilmesi de değişim yönünde motivasyonu artırmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Değerler, soyut kavramlar olduğundan somutlaştırılması danışan ve terapist açısından oldukça önemlidir. Yakın ilişkiler kurma gibi kişilerarası değerlerin yeme bozukluğu tarafından önemli ölçüde zedelendiği ve bu zedelenmenin bireyde değişime yönelik farkındalık ve motivasyon oluşturduğu bildirilmektedir (Mulkerrin ve ark., 2016). Terapide danışanların olumlu niteliklerinin çalışılması da oldukça önemlidir (Padesky ve Mooney, 2012). Danışana, kendisini kişisel olarak değerlendirmesine olanak tanıyan olumlu nitelikler listesi (dengeli, cesur, sevimli, cana yakın vb.) verilerek kendisinde bulunan özellikleri belirtmesi ve bu süreçte mütevazı davranmaması istenmektedir.

Değişimi engelleyen uyum bozucu başa çıkma modunun argümanlarını çürütmeyi ve danışanın değişime yönelik motivasyonunu pekiştirmeyi amaçlayan şeytanın avukatı tekniğinde ise (Simpson ve Smith, 2020), uyum bozucu başa çıkma modu terapist tarafından, sağlıklı yetişkin modu ise danışan tarafından canlandırılmaktadır. Şeytanın avukatı tekniğinde amaç, yeme bozukluğunu sürdüren mod ile sağlıklı yetişkin modu arasındaki içsel çatışmayı netleştirerek danışanın değişime yönelik motivasyonunu güçlendirmek ve daha dengeli bir karar verme sürecini desteklemektir (Leahy, 2018). Örneğin, terapist yeme bozukluğunu sürdüren tarafın savunmalarını geçici olarak üstlenir ve “Yeme davranışını bırakmanın seni savunmasız hale getireceğine dair inancın hangi deneyimlere dayanıyor?” ya da “Bu davranış hangi duygusal ihtiyaçlarını karşılıyor? Seni rahatlatan bir etkisi olmalı?” gibi sorularla modun işlevini açığa çıkarmaktadır. Ardından, danışanın sağlıklı yetişkin modunun devreye girmesi desteklenerek, bu argümanların uzun vadeli sonuçları değerlendirilmektedir. Ayrıca, “Bu strateji seni şu an koruyor gibi görünse de, hayatının hangi alanlarında seni sınırlıyor?” sorusu üzerinden değişimin gerekliliği pekiştirilmektedir. Böylece danışan, bir yandan değişimi engelleyen modun koruyucu niyetini fark ederken, diğer yandan bu modun işlevselliğini nasıl sınırladığını daha bütüncül biçimde değerlendirmektedir. Sonuç olarak, bilişsel müdahaleler aracılığıyla şema ve modların geçerliliği test edilmekte, sorgulanmakta, geçmişten bugüne kanıt toplanmakta, avantaj ve

dezavantajlar belirlenmekte, şema ve modlar güçsüzleştirilmekte, tekrarlayan yaşantılar ortaya çıkarılmakta, bununla birlikte geçmiş yeniden çerçevelenmekte ve sağlıklı yetişkin perspektifinden çözüm önerileri arttırılmaktadır.

Değişime yönelik motivasyonun desteklenmesi ve danışanın güçlendirilmesi amacıyla kullanılan bilişsel-davranışçı tekniklerden diğeri başa çıkma kartlarıdır (Beck, 1995). Şema terapide, başa çıkma kartlarıyla çalışmanın temel hedefi, duygusal farkındalığı artırmak ve yaşanan duygunun hangi şemadan tetiklendiğini ayırt etmektir. Böylelikle, şema kaynaklı abartılı yorumlar ortaya çıkmaktadır. Daha sonra, gerçekliği değerlendirme aşamasında şemayı destekleyen ve desteklemeyen kanıtlar ele alınmaktadır. Son aşamada ise, uyum bozucu başa çıkma davranışlarının yerine daha sağlıklı ve işlevsel davranış örüntüleri üzerinde çalışılmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Örneğin, kişilerarası ilişkilerde geri çekilme ve kendini açmama eğilimi yerine, duygularını ifade etme, ilişkilerde yakınlığa alan açma ve kendini ortaya koyma gibi davranışlar kart içeriğine dâhil edilmektedir. Başka deyişle, iyileşmenin olası yararlarını, değişimin gerekçelerini ve zorlayıcı duygular karşısında danışanın geliştireceği sağlıklı yetişkin tepkilerini hatırlaması amaçlanmaktadır. Şema terapide başa çıkma kartları, uyum bozucu modların tetiklediği işlevsiz yeme davranışları karşısında danışanın sağlıklı yetişkin modunu aktive etmesini ve daha işlevsel tepkiler geliştirmesini desteklemektedir. Başa çıkma kartları uygulanırken öncelikle danışanı tetikleyen duygusal ve durumsal ipuçlar (yoğun stres yaşamak ve yalnız kalmak vb.) tespit edilmektedir. Bu tetikleyicilere eşlik eden otomatik düşünceler ("Yemeden sakinleşemem. Kendimi kontrol edemiyorum") belirlenmekte ve bu düşüncelerin hangi erken dönem uyumsuz şemalar ya da modlarla (örn. kusurluluk/utanç şeması, uyum bozucu başa çıkma modu) ilişkili olduğu açıklanmaktadır. Daha sonra, her bir tetikleyici duruma yönelik kısa, açık ve işlevsel mesajlar içeren başa çıkma kartları danışan ve terapist tarafından hazırlanmaktadır. Bu mesajlar; duyguların kabulünü, şema kaynaklı yorumların fark edilmesini ve alternatif başa çıkma yollarının mümkün olduğunu vurgulamaktadır. Başa çıkma kartlarında, yeme davranışı dışında kullanılabilecek düzenleyici stratejilere de (dikkatli yeme, kısa süreli gevşeme egzersizleri, duygu günlüğü tutma, kısa meditasyon uygulamaları) yer verilmektedir. Danışanın tetikleyici durumla karşılaştığında ilgili kartı okuması ve içeriği uygulaması istenmektedir. Terapi sürecinde kartların işlevselliği terapist ve danışan tarafından değerlendirilmekte ve gerektiğinde yeni tetikleyiciler, düşünceler ve başa çıkma stratejileri eklenerek kartlar danışana özgü hâle getirilmektedir. Başa çıkma kartlarının terapötik işlevlerinden biri de danışanın şema yaşantısı ile mevcut gerçeklik arasındaki ayrımı somutlaştırmasıdır (Simpson ve Smith, 2020). Başa çıkma kartının ilki, terapide danışanla birlikte hazırlanmakta olup, seansın önemli bir bölümünün bu çalışmaya ayrılması önerilmektedir. Bu süreçte, kartın her bir bileşeni danışanla birlikte titizlikle ele alınmalıdır. Başa çıkma kartlarının hazırlanması, kısa sürede tamamlanabilecek bir müdahale değildir; çünkü kart içeriğinin danışana özgü ve

işlevsel olabilmesi terapistin danışanın yaşam öyküsü ve şema örüntüleri hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmasını gerektirmektedir. Başlangıçta oluşturulan kart, danışanın tetikleyici durumla karşılaştığında şema yaşantısını gerçeklikle ayırt etmesine olanak tanımakta ve kısa süreli bir rahatlama sağlamaktadır. Kartlar yazılı biçiminin yanı sıra, terapist ya da danışan tarafından hazırlanan ses kayıtları aracılığıyla da uygulanmaktadır. Bu uygulama, danışanın zorlayıcı anlarda terapötik ilişkiyi ve sağlıklı yetişkin perspektifini zihinsel olarak sürdürülebilmesine olanak tanımaktadır. Sonuç olarak, başa çıkma kartları, yeme bozukluğu tedavisinde bilişsel ve davranışsal destek sağlayan, otomatik olumsuz düşüncelerin fark edilmesini ve tetikleyici durumlarda işlevsel alternatiflere yönelmeyi kolaylaştıran etkili bir müdahale aracıdır (Simpson ve Smith, 2020). Bu yönüyle başa çıkma kartları, davranış değişikliği/örüntü bozma sürecinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sunmaktadır. Ayrıca, şema terapide başa çıkma kartları, terapistin sesini ve sağlıklı yetişkin perspektifini temsil eden, danışan tarafından yanında taşınabilen bir geçiş nesnesi niteliği taşımaktadır. Böylece danışan, tetikleyici durumlarda karşılaştığında başa çıkma kartları aracılığıyla terapötik desteği ve sağlıklı yetişkin modunu kendi kendine aktive etmektedir ve şema kaynaklı otomatik tepkileri daha işlevsel alternatiflerle değiştirebilmektedir. Başa çıkma kartları, şema yaşantısının gerçekçi algılardan ayırt edilmesini ve davranışsal örüntülerin yeniden yapılandırılmasını desteklemektedir. Başa çıkma kartlarına ek olarak, yazmayı tercih eden danışanlar için şema günlüğü uygulaması da önerilmektedir. Bu uygulama, tetikleyici olayların, duygu ve davranış tepkilerinin, ilişkili şemaların ve sağlıklı yetişkin perspektifinin sistematik biçimde kaydedilmesini sağlayarak modların ayırt edilme becerisini güçlendirmektedir. Ayrıca, otomatik düşüncelerin fark edilmesini ve işlevsel alternatiflerin geliştirilmesini desteklemektedir. Şema günlüğüne geçmeden önce, başa çıkma kartlarıyla temel pratik kazanılması önerilmektedir.

Şema Terapide Yaşantısal Teknikler

Değişime yönelik karamsarlığı, motivasyonu ve değişim sürecini etkileyen işlevsel olmayan değerlendirmeleri değiştirmek için şema terapide kullanılan yaşantısal tekniklerde sıklıkla sandalye uygulamaları, mektup ve röportaj tekniği kullanılmaktadır (Simpson ve Smith, 2020).

Şema terapide kullanılan sandalye çalışmaları, bir yandan kararsızlığın çözümünde etkili bir yöntem olarak öne çıkarken (Clarke ve Greenberg, 1999), diğer yandan yeme bozukluklarının sürdürülmesinde rol oynayan uyum bozucu modların ele alınmasını amaçlayan temel müdahalelerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu teknik, danışanın yeme davranışını yönlendiren içsel sesleri ve duygusal çatışmaları dışsallaştırmasına olanak tanımakta; böylece yeme bozukluğu davranışının hangi temel duygusal ihtiyaçları düzenleme ya da bastırma işlevi gördüğünün daha açık biçimde anlaşılmasını sağlamaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Sandalye çalışmaları, sağlıklı yetişkin modunun etkinleştirilmesini ve güçlendirilmesini sağlayarak, danışanın yeme bozukluğu moduna sınır koyabilmesine, daha uyumlu

alternatif başa çıkma yolları geliştirebilmesine ve öz-düzenleme becerilerini güçlendirebilmesine katkı sağlamaktadır (Kellogg, 2014). Bu süreç, yalnızca bilişsel düzeyde farkındalık oluşturmakla kalmayıp duygusal düzeyde yeni içsel temsillerin içselleştirilmesine katkı sağlamakta (Kellogg, 2014) ve yeme bozukluğu belirtilerini sürdüren şemaların yeniden yapılandırılmasını hedeflemektedir. Bu yönleriyle sandalye çalışmaları, yeme bozukluklarında kararsızlığın çözülmesini ve uyum bozucu modların dönüştürülmesini destekleyerek, değişimin derinleşmesini ve kalıcı hâle gelmesini önemli ölçüde sağlamaktadır (Young ve ark., 2003). Sandalye çalışmalarında, 'iki sandalyeli' diyaloglar olarak adlandırılan içsel diyaloglar aracılığıyla (Greenberg ve ark., 1993), danışanın kararsızlığı ele alınmakta, danışan iki (veya daha fazla) sandalye arasında yer değiştirerek farklı bakış açılarını ifade etmektedir. Örneğin, sandalyelerin birinde danışan "Yeme bozukluğundan kurtulmak istiyorum", diğerinde ise "Bu şekilde duygularımı kontrol ediyorum" şeklindeki düşüncelerini dile getirmektedir. Bu diyaloglar aracılığıyla danışanın aktif olan şema modlarını ve bu modlar arasındaki çatışmayı fark etmesi, adlandırması ve yaşantısal düzeyde ayrıştırması hedeflenmektedir (Kellogg & Garcia Torres, 2021). Özellikle sağlıklı yetişkin, cezalandırıcı/eleştirel ebeveyn ve başa çıkma modları (kaçıngan ya da telafi edici) arasındaki gerilim görünür hâle getirilmektedir. Böylelikle danışanın yeme bozukluğu davranışını sürdüren işlevsel olmayan başa çıkma örüntülerine karşı daha bütüncül ve düzenleyici bakış açısı geliştirmesi amaçlanmaktadır. Bu süreç, danışanın ambivalansını yapılandırılmış biçimde ele almasına ve değişime yönelik motivasyonunun güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Sandalye çalışmalarında dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, danışanı bir mod hakkında konuşmaya yönlendirmek yerine, doğrudan o modla konuşmaya davet etmektir. Bu yaklaşım, danışanda daha derin ve yaşantısal değişimin ortaya çıkmasını desteklemektedir (Perls, 1992).

İçsel karmaşıklığın ele alındığı sandalye tekniğinde sandalyeler yan yana yerleştirilmekte ve danışanın, her bir sandalyeyi temsil eden modun bakış açısından konuşarak farklı içsel konumlarını yaşantısal olarak ifade etmesi hedeflenmektedir. Olumsuz benlik algısının belirgin olduğu danışanlarda ise terapist ve danışan, danışanın olumlu özelliklerine, yaptığı işlevsel davranışlara ve elde ettiği başarılarla ilişkin kanıtların varlığını birlikte değerlendirmektedir. Ayrıca, danışanın geleceğini geçmişten farklı kılmaya yönelik niyeti ele alınmakta (Kellogg, 2014) ve bu süreçte, olumsuz bakış açısını doğrudan değiştirmekten ziyade, danışanın daha olumlu ve işlevsel bakış açısı geliştirmesi desteklenmektedir. Örneğin terapist, "Aşırı kontrolcü modun bu kadar baskın olmasının olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?" sorusu aracılığıyla, danışanın bu modun yaşamındaki işlevini sorgulamasını ve bu modun etkisinin azalması durumunda yaşamına ilişkin olası değişimleri fark etmesini desteklemektedir. Danışan, aşırı kontrolcü mod etkinleştirdiğinde kendini güvende hissettiğini, ancak bu modun aynı zamanda yalnızlaşmasına ve diğerlerinden kopuk şekilde tıpkı bir hapisanede gibi hissetmesine yol açtığını belirtmektedir. Bu doğrultuda, söz

konusu mod danışanın farklı yaşam alanları bağlamında ele alınarak sandalye çalışması yapılandırılmaktadır. Bu çalışmada danışan, aile perspektifinden "Ailem yeme davranışına müdahale ettiğinde zorlanıyorum, ama aramızdaki yakınlığı da özlüyorum."; okul perspektifinden "Okula gitmek istemiyorum, gözümde büyüyor"; arkadaşlık ilişkileri açısından "Sanki aramıza mesafe girdi; eskisi kadar yakın değiliz ve onlarla dışarı çıkmayı özlüyorum"; sağlık perspektifinden ise "Yeme bozukluğumun zarar verdiğini bilsem de sağlığımı önceliklendiremiyorum." ifadelerini dile getirmektedir. Bu yaşantısal çalışma, danışanın aşırı kontrolcü modun hem koruyucu hem de sınırlayıcı işlevlerini fark etmesine olanak tanıyarak, değişime yönelik içsel motivasyonunun güçlenmesini desteklemektedir. (Simpson ve Smith, 2020).

Sandalye uygulamaları kapsamında yürütülen mod diyaloglarında, danışanın içsel parçaları, sesleri ve benlik durumları arasındaki karşılıklı etkileşimlere odaklanılmaktadır (Kellogg, 2014; Kolts, 2016). Bu süreçte, ilgili modların duygu, düşünce ve davranış örüntüleri görünür hâle getirilmekte ve değişime yönelik tutumları ayrıntılı biçimde incelenmektedir. Bu yaklaşım, hangi modların değişimi engellediği ve hangilerinin değişimi desteklediğinin daha net biçimde fark edilmesini sağlamaktadır. Uygulamada danışandan, her bir modun bakış açısını temsil eden farklı sandalyeye oturması ve o mod olarak konuşması beklenmektedir (Kellogg, 2014). Danışanı zorlayan işlevsel olmayan modlar ile bu modlardan etkilenen çocuk modu ve hayatının kontrolünü yeniden ele alabilmesini desteklemek amacıyla işlevsel başa çıkmayı üstlenen 'sağlıklı yetişkin' mod sandalyeye davet edilmektedir. Örneğin, iki uyum bozucu mod (eleştirel ebeveyn ve kaçıngan korungan) karşısına kaygılı çocuk modunu temsil eden bir sandalye yerleştirilirken, kaygılı çocuk modunun yanına ise destekleyici işlev üstlenen sağlıklı yetişkin modunu temsil eden sandalye konumlandırılmaktadır. Bu çalışmada amaç, eleştirel ebeveyn modunun etkin olduğu durumlarda kaygılı çocuk modunun duygularının ifade edilmesini sağlamak ve bu işlevsel olmayan modun etkisini azaltmaya yönelik farkındalık kazandırmaktır. Ayrıca, eleştirel ebeveyn modunun tetiklediği kaygılı çocuk modunu korumak amacıyla devreye giren kaçıngan koruyucu modun işlevi, danışana yaşattığı duygular ve bu davranışın kısa ve uzun vadeli sonuçları üzerinden incelenmektedir. Sandalye çalışmasında, danışan sandalyeler arasında geçişler yaparak uyum bozucu başa çıkma modlarına karşı çocuk modunun hislerini ve karşılanmamış ihtiyaçlarını ayrıntılı biçimde keşfetmektedir (Kellogg, 2014). Sürecin ilerleyen aşamasında, uyum bozucu modlara sınır koyarken çocuk modunu korumak amacıyla sağlıklı yetişkin mod devreye girmektedir (Simpson ve Smith, 2020). "Örneğin, eleştirel ebeveyn modunun 'Bugüne kadar neyi doğru yaptın ki kilonu koruyacaksın?' söylemi, kaygılı çocuk modunu tetiklemekte; bu modda ise 'Dikkat etmezsem her şeyin kontrolden çıkacağından endişeleniyorum, kontrolü kaybetmekten ve yine başarısız olmaktan korkuyorum.' şeklindeki ifadeler öne çıkmaktadır. Bu noktada kaçıngan korungan mod kısa vadeli rahatlama sağlamak amacıyla, "Bu kadar düşünmeyi bırak, yediğinde rahatlıyorsun; gerisi önemli değil." diyerek

müdahale etmektedir. Sağlıklı yetişkin mod ise güven verici ve kapsayıcı tutumla hem eleştirel sesi sınırlandırmak hem de kaygılı çocuğu desteklemek üzere devreye girmektedir. Sağlıklı yetişkin mod, eleştirel sese dönerek geçmişten öğrenilmiş düşüncelerin gerçekliği yansıtmadığını hatırlatmakta ve küçük adımlarla ilerlemenin mümkün olduğunu vurgulamaktadır. Ardından sağlıklı yetişkin mod, kaygılı çocuğa dönerek, “Şu anda kaygılı olduğunu ve kaçınan korungan modun seni korumaya çalıştığını görüyorum; ancak artık yalnız değilsin ve bu duygularla başa çıkabilecek kapasiteye sahibiz, bunu birlikte öğreniyoruz.” şeklinde destekleyici bir yaklaşım sürdürmektedir. Bu örnekte görüldüğü üzere, sağlıklı yetişkin modu, kaygılı çocuk modun duygusal ihtiyaçlarını tanıyan ve kaçınan korungan modun işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerine sınırlar koyan bütünleştirici bir rol üstlenmektedir. Bu yaklaşım, danışanın içsel dengeyi sürdürebilme kapasitesini güçlendirmeyi ve yeme bozukluğu davranışlarının yerine daha işlevsel başa çıkma yolları geliştirmeyi hedeflemektedir.

Sandalye uygulamalarındaki mod diyalogları, işlevsel olmayan yeme davranışına yönelik içgörüyü artırmak ve değişime ilişkin kararsızlığı azaltmak amacıyla tanısız görüşmelerle de desteklenmektedir (Cockell ve ark., 2003; Kellogg, 2014). Burada amaç, kararsızlığı sürdüren şema modlarının işlevlerini, hedeflerini ve altında yatan motivasyonları ortaya çıkarmaktır. Çift ya da çoklu sandalye tekniği kullanılarak yürütülen bu çalışmada, sandalyelerden biri değişimi sekteye uğratan uyum bozucu başa çıkma modunu temsil etmektedir. Kararsızlık yaratan ve değişimi engelleyen modun işlevini açığa çıkarmak için şu sorular yöneltilmektedir: “Bu modun (*tarafın*) yeme bozukluğundaki rolü nedir? Sizi nasıl korumaktadır? Hangi ihtiyacınızı karşılamaktadır? İyileşme hakkındaki düşünceleriniz nedir? İyileşme olasılığı gündeme geldiğinde, bunun beraberinde getirebileceğini düşündüğünüz olası tehlikeler nelerdir? Değişim yönünde adım atmak istediğinizde, onu durdurmak için neler yapıyorsunuz? Daha iyi olmak isteyen taraf ortaya çıktığında, ne hissediyor ve nasıl tepki veriyorsunuz?” Tüm bu sorgulamaların ardından, danışanın ne hissettiği ve süreci nasıl deneyimlediği üzerine konuşulmaktadır. Bu rol değişimlerinde terapistin temel sorumluluklarından biri, danışanın her sandalye değişiminde ilgili role duygusal ve bilişsel olarak temas edebilmesini ve o rolün bakış açısından konuşabilmesini kolaylaştırmaktır (Kellogg, 2014). Zaman zaman modlar arasında geçişler net olmayabilir ya da mod içerikleri birbirine karışabilir. Bu tür durumların terapist tarafından dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Böyle anlarda terapist, danışanı nazikçe durdurarak ifade edilen içeriğin hangi moda ait olduğunu birlikte belirlemede ve danışanı ilgili modu temsil eden sandalyeye geçmesi için yönlendirmektedir (Simpson ve Smith, 2020). Örneğin, kaygılı çocuk modunda konuşan danışanın “Hiçbir şeyi doğru yapmadığın için yalnız kalmayı hak ediyorsun” şeklindeki ifadesini duyan terapist, bu söylemin cezalandırıcı ebeveyn moduna ait olduğunu empatik biçimde ifade etmekte ve danışandan bu ifadeyi cezalandırıcı ebeveyn modunu temsil eden sandalyeye geçerek o rolün perspektifinden yeniden dile getirmesini istemektedir. Bu ifadeyi duyan kaygılı çocuk modunun ne hissettiğini ve ne düşündüğünü anlamak

amacıyla danışan yeniden kaygılı çocuk modunu temsil eden sandalyeye yönlendirilmekte ve diyalog bu doğrultuda sürdürülmektedir. Bu süreçte, danışanın her bir modun duygu, düşünce ve ihtiyaçlarıyla temas kurabilmesi hedeflenmektedir. Sonuç olarak, diyalog çalışmalarında hem role girebilmek hem de rolden çıkabilmek önemlidir. Özellikle rolden çıkma aşamasında danışana yeterli zaman ve duygusal alan tanınması gerekmekte, terapistin bu süreci dikkatle izlemesi ve desteklemesi gerekmektedir. Uygulamalar genellikle işlevsel olmayan modla başlatılmakta ve danışanın zihninde sağlıklı yetişkin moduna ait işlevsel, düzenleyici ve şefkatli mesajların güçlendirilmesini sağlamak amacıyla sağlıklı yetişkin modun ifadesiyle sonlandırılmaktadır (Scott Kellogg, 2014).

Sandalye çalışmalarında yaygın olarak kullanılan boş sandalye tekniğinde, danışanlardan yeme bozukluğunun sürdüğü ve sürmediği olası gelecek yaşamlarını temsil eden senaryoları değerlendirmeleri beklenmektedir (Pugh ve Salter, 2017). Uygulamanın temel amacı, danışanın gelecekteki iyileşmiş benliğini somutlaştırmaktır (Simpson ve Smith, 2020). Danışana “İyileşmiş benliğiniz sağlıklı kiloya ulaşmak için ne düşünürdünüz?” gibi bir soru yöneltilerek danışanın iyileşmiş benlikle diyalog kurması istenmektedir. Gelecekteki benlikler diyalogu olarak adlandırılan bu uygulamada danışan, öncelikle yeme bozukluğunun devam ettiği gelecekteki benliğini hayal etmeye davet edilmektedir. İlgili benliğe, “Bu versiyonunuz sekiz yıl sonra nasıl görünürdünüz?” sorusu yöneltilerek sağlık, iş ve ilişkiler gibi temel yaşam alanlarındaki işlevselliği değerlendirilmektedir. Ayrıca, “Bu yaşam biçimi temel duygusal ihtiyaçlarınızı ne ölçüde karşılıyor? Bu süreçte nelerden vazgeçmek zorunda kaldınız?” gibi sorularla işlevsel olmayan başa çıkma örüntülerinin ve altta yatan şemaların uzun vadeli bedelleri keşfedilmektedir. Bu değerlendirmeyi takiben danışanın bakış açısı geçmişe yönlendirilmektedir. “Bugünden geriye gidebilseydiniz, o dönemdeki kendinize neyi farklı yapmasını önerirdiniz?” sorusu ile sağlıklı yetişkin perspektifi desteklenmektedir. Sonuç olarak, “Gelecekteki iyileşmiş benlik’ (sağlıklı yetişkin mod) ek bir sandalye kullanılarak somutlaştırılmakta ve güçlendirilmektedir.

Şema terapide dışavurumcu yazı olarak adlandırılan mektup yazma tekniği de sıklıkla kullanılmaktadır. Yeme bozukluğuna karşı tutumu keşfetmede kullanılan bu teknikte (Serpell ve ark. 1999), danışanlardan yeme bozukluğuna ya da düzensiz yemeye ilişkin uyum bozucu başa çıkma modlarına hitaben iki ayrı mektup yazmaları istenmektedir. İlk mektupta ilgili moda dost, ikincisinde ise düşman olarak hitap edilmektedir. Böylelikle danışanlar, işlevsel olmayan modların bugüne kadar sağladığı faydaları ve aynı zamanda mevcut sorunların sürdürülmesindeki rollerini fark edebilmektedir. Bu noktada, uyum bozucu başa çıkma modlarını dost ve düşman olarak ele almanın avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek yararlıdır çünkü danışan bu modlara ve onlarla kurduğu ilişkiye dair üstbilişsel farkındalık geliştirmektedir (Simpson ve Smith, 2020). Sonuç olarak yazı yazmak, sağlıklı yetişkin ve çocuk modları arasında daha iyi bağ kurulmasına, kaçınılan duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine ve sağlıklı bakış açısının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (East ve ark. 2010). Yeme bozukluğu olan

bireylerin çocuk modlarını gizleme eğiliminde olmaları nedeniyle, incinmiş çocuk moduna ulaşmak özellikle önemlidir. İncinmiş çocuk modu, yeme bozukluklarında başkaları tarafından görülmemeyen ve fark edilmeyen gizli yan olarak adlandırılmaktadır (Johnston ve ark., 2010). Yeme bozukluğuna sahip bireylerin kontrolü sürdürme gereksinimi göz önünde bulundurulduğunda, yeme örüntüsü bu gereksinimin bir göstergesi olabilir (Froreich ve ark., 2016). Böylece yazı yazma, kontrolün bireyde olması nedeniyle yeme bozukluğu olan bireyler için daha konforlu bir ifade yolu olarak değerlendirilmektedir (Schmidt ve ark., 2002). Alanyazında farklı türdeki terapötik yazma egzersizlerinin tedavinin farklı aşamalarında faydalı olabileceği ve terapötik sürece farklı şekillerde yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Schmidt ve ark., 2002). Mektup tekniğinin bir diğer versiyonu, 'gelecekte gelen mektuplar', yeme bozukluğunun kısa ve uzun vadeli sonuçlarına farkındalık kazandırmayı amaçlamaktadır. Danışandan, sevilen birine hitaben yaşamının (sağlık, iş ve ilişkiler) nasıl ilerlediğini anlatan iki mektup yazması istenmektedir. İlk mektup, danışanın yaşamını yeme bozukluğu veya uyum bozucu mod hâkimiyetinde anlatırken; ikinci mektup yaşamını sağlıklı yetişkin modu temelinde ele almaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Uygulama, işlevsel olmayan tarafın (yeme bozukluğu ya da uyum bozucu mod) yazdığı mektupla başlamakta ve sağlıklı yetişkin modun mektubuyla tamamlanmaktadır. Sağlıklı yetişkinin sesiyle sürecin bitmesi, danışanın iyileşme motivasyonunu artırmakta, işlevsel baş etme stratejilerini desteklemekte ve değişimin kalıcılığını güçlendirmektedir.

İmgeleme tekniği, değerlendirme evresinde erken dönem uyum bozucu şemaların tanımlanması ve değiştirilmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasının (Arntz, 2012; Arntz ve Jacob, 2017; Young ve ark., 2003)

yanı sıra, değişimin önündeki engellerin aşılmasına da hizmet etmektedir. (Simpson ve Smith, 2020). Danışandan, değişimin gerçekleştiği ve yeme bozukluğunun olmadığı yaşamı temsil eden kendiliğinden oluşan imgeleri betimlemesi ve hazır olduğunda gözlerini kapatması istenmektedir. Danışan imgeleme yapmakta zorlanırsa, mevcut duygusunu yoğunlaştırarak bu duygunun geçmişte neye benzediğini hayal etmesi istenmektedir. "Duygu köprüsü" olarak adlandırılan bu teknikte temel amaç, danışanın güncel duygu, bedensel duyum ya da somatik semptomlarla bunların geçmişteki kökensel yaşantıları arasındaki bağı fark etmesidir (Young ve ark., 2003; Simpson ve Smith, 2020). Öncelikle danışanın yaşamında tekrarlayan ve şema veya modlarla ilişkili duygu, bedensel duyum ya da somatik yakınmalar belirlenmektedir. Böylece geçmişten bugüne taşınan örüntülerin açığa çıkarılması hedeflenmektedir. Örneğin, bulimik belirtilerden uzaklaşma ve yeme davranışını düzenleme düşüncesine eşlik eden korkularını çocukluk anılarıyla ilişkilendiren danışan, akşam yemeklerinde ailesi tarafından duygusal olarak görülmediğini ve kimsenin ne hissettiğini fark etmediğini hatırlamaktadır. Bu anı, danışan açısından "Yeme davranışım olmazsa duygularım fark edilmez ve ihtiyaçlarım karşılanmaz" anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, yeme davranışının duyguların fark edilmesi ve ihtiyaçların karşılanması için araç olarak deneyimlenmesi, yeme bozukluğunun duygusal

yoksunluk şemasını telafi etmeye yönelik başa çıkma biçimi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, bu yaşantının kusurluluk/utanç şemasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Danışanın yeme davranışı olmadan duygularının fark edilmeyeceğine inanması, kendisini yeterince değerli veya ilgiye layık görmediğini göstermektedir. Bu bağlamda, iyileşme ve değişim fikri yalnız kalma, duygusal olarak karşılanmama ve görünmez olma tehdidiyle ilişkilendirilmektedir; bu durum, değişime yönelik ambivalansı güçlendirmektedir.

Danışanlardan gelecek senaryolarını pozitif imgeleme yoluyla oluşturmaları da istenmektedir; çünkü iyileşmeye ilişkin olumlu temsillerin yapılandırılması, değişim motivasyonunu artırmaktadır (Simpson ve Smith, 2020). Danışandan, yeme bozukluğu belirtilerinin olmadığı sıradan bir günü hayal etmesi istenmektedir. Terapist, "Üç yıl sonra uyandığınızı ve yeme bozukluğu belirtilerinin artık yaşamınızda olmadığını hayal edin... Nasıl uyandığınızı... günün nasıl başladığını...neler yaşadığınızı... neleri nasıl başardığınızı... canlandırın" şeklindeki yönlendirmelerle imgeleme sürecine rehberlik etmektedir. Üç noktalar, danışanın sessizliği deneyimlemesini ve süreci içselleştirmesini desteklemektedir. Terapistin didaktik tutumdan kaçınarak şefkatli ses tonu kullanması ve yönergeler arasındaki sessizlikleri danışanın duygularını destekleyecek şekilde ayarlaması önemlidir (Padesky & Mooney, 2012). Ayrıca, sürece uygun olarak terapist, "Harika, iyi gidiyorsun" gibi kısa yorumlarla danışanı desteklemektedir (Kellogg, 2014). Pozitif imgeleme sırasında tetiklenebilecek ebeveyn veya başa çıkma modlarının farkına varılması önemlidir. Beklentili ebeveyn modundan gelen "Oldukça mükemmel ve çabucak iyileşmeliyim" sesinin kısılması, sürecin sağlıklı yetişkin modu lehine ilerlemesi açısından kritik öneme sahiptir.

İmgelem tekniğinin çeşidi olan metaforik imgelem ise, danışanın şema ve modlarını doğrudan sözel anlatım yerine simgesel ve metaforik imgelerle deneyimlemesini ve ifade etmesini amaçlayan yaşantısal bir tekniktir (Simpson ve Smith, 2020). Bu yaklaşım, danışanın karmaşık içsel süreçlerini daha erişilebilir ve tolere edilebilir hâle getirerek duygusal farkındalığı ve işlemlemeyi desteklemektedir. Danışandan, yaşadığı bir duygu, içsel çatışma veya baskın modu metaforla betimlemesi istenmektedir. Özellikle değişimin niyet aşamasındaki danışanlar, sağlıklı yetişkin modu ile uyum bozucu başa çıkma modları arasında sık sık kararsızlık yaşayabilmektedirler. Örneğin, yeme bozukluğuna sahip danışan, değişim isteği ile yeme bozukluğunu sürdüren mod arasındaki çatışmayı "Bir yanda ilerlemek isteyen, diğer yanda ayağına dolanan ağır bir zincir" metaforuyla tanımlamaktadır. Bu imge, uyum bozucu başa çıkma modunun değişimi nasıl kısıtladığını ve danışanın kendini ne ölçüde engellenmiş hissettiğini sembolik olarak göstermektedir. Metaforik imgelem, doğrudan geçmiş anılara girmenin zorlayıcı olduğu durumlarda kırılğan çocuk moduna dolaylı erişim sağlamaktadır. Terapist, danışanın oluşturduğu metafor üzerinden "Bu zincir seni neyden koruyor? Zincir biraz gevşese neler değişirdi?" gibi sorularla imgeyi derinleştirir ve sağlıklı yetişkin modunu destekler. Böylece danışan, duygusal deneyimini güvenli mesafeden

keşfeder ve değişime yönelik yeni anlamlar geliştirebilir. Ayrıca, metaforik imgelem çalışmaları çizimlerle desteklenerek danışanın içsel yaşantılarını daha somut ve erişilebilir hâle getirmesini sağlamaktadır (Hackmann ve ark., 2011). Çizim yapmaktan hoşlanan danışanlarda, imgelem sırasında ortaya çıkan metafor veya temsil ettiği şema ve modların görsel olarak ifade edilmesi, içsel süreçlerin dışsallaştırılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu yaklaşım, danışanın modlar arası ilişkileri daha net ayırt etmesine ve sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmesine katkı sağlamaktadır.

Şema Terapide Davranış Kalıplarını Kırma

Değişime yönelik karamsarlığı, motivasyonu ve değişim sürecini etkileyen işlevsel olmayan değerlendirmeleri değiştirmek için kullanılan davranış değişikliği ve örüntü kırma, şema terapide son aşamadır. Bu aşamada, erken dönem uyumsuz şemalar ve modlar tarafından sürdürülen işlevsel olmayan tekrarlayıcı davranış örüntülerinin fark edilmesi ve bu örüntülerin daha sağlıklı ve uyumlu alternatiflerle değiştirilmesi amaçlanmaktadır (Young ve ark., 2003). Başka deyişle, sorunla ilgili davranışsal ve kişilerarası değişimi belirlemek ve seans içinde yaşantısal çalışmaları sürdürmektir. Davranışsal örüntüleri kırmak amacıyla, şema terapi kapsamında başa çıkma kartları, şema günlüğü, terapistin ya da sağlıklı yetişkin sesinin kaydı (geçiş nesnesi olarak), avantaj–dezavantaj sorgulamaları, incinmiş çocuk moduna özenle yönelme ve sosyal destekten yararlanma gibi tekniklerden sıklıkla yararlanılmaktadır. Yeme bozukluğunda davranış değişikliği ve örüntü kırma, yalnızca semptomların ortadan kaldırılmasını değil, aynı zamanda yeme davranışının hizmet ettiği duygusal işlevlerin anlaşılmasını ve bu işlevlerin sağlıklı yetişkin modu aracılığıyla daha işlevsel yollarla karşılanmasını amaçlamaktadır.

Örüntü kırma, danışanın tetikleyici durumları, devreye giren modları ve buna eşlik eden davranışları fark etmesini sağlamakta; planlı ve uygulanabilir davranış değişiklikleri aracılığıyla şemaların gücünün zayıflatılmasını hedeflemektedir. Değişim motivasyonunun geliştirilmesi, doğrudan deneyimsel süreçlerle daha etkili olmaktadır (Vitousek ve ark., 1998). Ayrıca, yaşantısal müdahalelerin, birey davranış değişikliğine yönelik niyet geliştirdikten ve bu değişimi planlı biçimde uygulamaya başladıktan sonra kullanıldığında daha etkili olduğu bildirilmektedir (Johnston ve ark., 2010). Örneğin, yeme bozukluğunu kopuk korungan modla bastıran danışanlarda, söz konusu modun yoğun ve düzenlenmesi güç duygulanıma karşı koruyucu işlev üstlendiği bildirilmektedir. Danışanın duygularla başa çıkabilmesi için terapötik ortamda aşamalı olarak kapasitesinin güçlendirilmesi ve duyguları düzenleme becerilerinin geliştirilmesi gerekir; aksi takdirde yoğun duygulanım altında işlevsel başa çıkma stratejilerini kullanamaz. Özellikle duygusal deneyimlerden uzun süre kaçınarak işlevselliğini sürdüren danışanlarda, kopuk korungan modun geri çekilmesi, bireyin daha önce kaçındığı duygusal yaşantılarla doğrudan temas etmesine yol açmaktadır. Bu süreçte, danışanın duyguyla kalabilme kapasitesi terapötik ortamda aşamalı olarak

güçlendirilmeden, duyguları düzenleme ve tolere etme becerileri yeterli düzeyde geliştirilmeden danışan yoğun duygulanımla kalırsa işlevsel başa çıkma stratejilerini kullanamaz. Bu durum, danışanın bastırma ve kaçınma gibi önceki başa çıkma yollarını artık kullanmadığı, ancak duygusal yaşantıyı düzenleme kapasitesinin de yeterince gelişmediği bir kırılganlık alanı oluşturmaktadır. Dolayısıyla, kopuk korungan moduna yönelik müdahalelerin, danışanın duygusal düzenleme kapasitesinin ve sağlıklı başa çıkma becerilerinin yeterince güçlendiği terapötik ilişkide ele alınması gerekmektedir (Jacob ve ark., 2014). Bu unsurlar yeterince ele alınmadan ve danışan gerekli biçimde güçlendirilmeden uyum bozucu başa çıkma örüntülerinin zayıflatılması, danışanın yoğun korku ve stres yaşamasına yol açabilmektedir. Bu nedenle, davranışsal örüntü bozma sürecinde, işlevsiz başa çıkma davranışlarının yerine geçecek sağlıklı ve işlevsel davranışların planlanması, danışanın psikolojik ihtiyaçları ve duygu düzenleme kapasitesi dikkate alınarak planlanmalıdır. Sonuç olarak, davranış değişikliği ve örüntü bozma sürecinde, işlevsel olmayan davranışların ortadan kaldırılmasında, bu davranışların danışan için sağladığı koruyucu ve düzenleyici işlevler göz önünde bulundurulmalı ve yerine konulacak sağlıklı davranışlar bu işlevleri karşılayacak şekilde planlanmalıdır.

Sonuç

Şema terapide uyum bozucu başa çıkma modları işlevsel olmasa da bu davranışların uzun süre sürdürülmesi, danışan açısından belirli öznel kazanımlar sağlamaktadır. Danışan çoğu zaman bu davranışların sağlıksız olduğuna dair bilişsel farkındalığa sahip olsa da bu örüntülerin geçmişte belirli ihtiyaçları karşıladığı veya algılanan tehditleri azalttığı için sürdürüldüğü anlaşılmaktadır. Bu nedenle, uyum bozucu başa çıkma davranışlarının sağladığı işlevler dikkate alınmaksızın ortadan kaldırılmaya çalışılması, müdahalelerin etkililiğini azaltmaktadır. Danışanın bu davranışlardan elde ettiği işlevler ve bu ihtiyaçların daha sağlıklı alternatiflerle nasıl karşılanabileceği ele alınmalıdır. Sandalye ve imgelem gibi yaşantısal teknikler, danışanın kırılgan çocuk modlarına doğrudan temas eden müdahalelerdir. Bu nedenle terapistin tutarlı, öngörülebilir ve şefkatli duruşu, sınırlı yeniden ebeveynlik çerçevesinde güvenli bir ilişki sunması oldukça önemlidir (Kellogg, 2014). Danışan, terapistin duygusal olarak erişilebilir ve koruyucu olduğunu deneyimlemeden bu tekniklere geçilmemelidir. Terapist, öğretici ya da düzeltici bir konumdan kaçınmalı; danışanı kendi deneyiminin uzmanı olarak konumlandırmalıdır. Sandalye ve imgelem çalışmalarında yönergeler açık ve esnek olmalı, danışanın içsel imgeleri ve tepkileri yönlendirilmemeli ya da 'doğru' bir deneyim yaratılmaya çalışılmamalıdır (Kellogg, 2014). Bu işbirlikçi tutum, terapötik ittifakı güçlendirmektedir. Bunun yanı sıra, yönergeler arasındaki sessizliklere dikkat edilmelidir. Sessizlik, danışanın imgelem deneyimini derinleştirmesine ve duygusal içeriğe temas etmesine alan açarken (Padesky & Mooney, 2012), aşırı uzun ya da ani sessizlikler danışanda kopukluk ya da kaygı yaratmaktadır. Terapist, danışanın bedensel tepkilerine ve duygusal yoğunluğuna dikkat etmelidir. Ayrıca terapist, danışanın

regülasyon düzeyini gözetererek gerektiğinde kısa destekleyici ifadelerle süreci dengelemelidir. Terapötik ittifak, danışanın bu sınırların terapist tarafından gözetilmesiyle korunmaktadır. Sandalye çalışmalarında özellikle eleştirel ebeveyn ya da uyum bozucu başa çıkma modlarıyla çalışılırken, terapistin bu modları takip etmesi ve süreci yönetmesi önemlidir. Özellikle, deneyim kazanmadan önce sandalyeler çoğaltılmamalıdır, başka deyişle sesleri netleştirmek gerekmektedir (Kellogg, 2014). Terapistin ses tonunun yumuşak olması, danışanın güvenli bir içsel alan oluşturmasına katkı sağlamaktadır. Yaşantısal tekniklerin uygulanması, danışanın duygusal regülasyon kapasitesi ve terapötik ittifak düzeyi dikkate alınarak zamanlanmalıdır. Danışan yoğun duygulanımı tolere edemiyorsa, tekniklerin erken kullanımı terapötik ittifakı zedelemektedir. Bu nedenle, yeterli psiko-eğitim ve bilişsel çerçeveleme, danışanın sürece dair farkındalığını artırmaktadır. Özetle, şema terapide değişime yönelik karamsarlığı, motivasyonu ve süreci etkileyen işlevsel olmayan değerlendirmeleri değiştirmek için terapist, terapötik ittifakı koruyan, şefkatli ve esnek bir tutum sergilemelidir (Young ve ark., 2003). Bu hassas denge sağlandığında, teknikler değişimi destekleyen güçlü araçlara dönüşmektedir. Ayrıca, değişime yönelik motivasyonla çalışırken danışanı güçlendirmek amacıyla değişimin avantajları ve sağlıklı bağları hatırlatan geçiş nesnelere kullanılması oldukça önemlidir (Simpson ve Smith, 2020). Geçiş nesnelere; terapistin ses kaydı, favori bir oyuncak, kişisel bir eşya (bilezik), küçük bir taş, şarkılar veya resimler gibi fiziksel veya sembolik öğeler olabilir. Danışan, tetikleyici durumlarla karşılaştığında bu geçiş nesnelere yönelerek kendini güvenli hissedebilir. Böylece uyum bozucu başa çıkma modlarının tetiklediği işlevsiz davranışların (tıknırcasına yeme, kusma, aşırı kısıtlama) yerine kısa vadeli ve güvenli regülasyon stratejilerini uygulayabilir.

Extended Abstract

The present study aims to reveal the role of the integration of schema therapy and motivational interview techniques for eating disorders in addressing the ambivalence to change experienced by the client. Although eating disorders are merely related to the eating behaviour, they have been shown to be functional attempts to regulate emotional needs. Hence, therapy is viewed as a holistic process that allows clients to learn to meet their needs in healthier ways rather than an effort for control focusing merely on relieving symptoms. Motivational interview is a relational approach aiming to determine the client's ambivalence about change without judgement and to increase motivation for change. Schema therapy can conceptualize the ambivalence in greater depth by revealing the early maladaptive schemas and related modes underlying such ambivalence. In this context, ambivalence is not just seen as a lack of motivation but an inner conflict among different modes. Particularly, maladaptive coping modes are strict patterns serving as "emergency shelters" that emotionally protect the individual in the short term but hinder recovery in the long term. Schema therapy does not seek to completely remove non-functional ways of coping

but rather to understand which needs these ways serve, and to ensure that these needs are met in a more functional way through the healthy adult mode. The basic constituents of the process of change are the therapist's consistency in achieving this aim and compassion, balanced use of limited reparenting and emphatic confrontation, and support for awareness across modes. Change is a gradual process in a secure therapeutical relationship, not a sudden leap expected from the client. Supporting the client's active and cooperative participation in the process of change contributes to strengthening the therapeutical alliance. The methods used to address pessimism toward change and non-functional evaluations that influence client motivation and the process of change are therapeutic relationship, cognitive techniques (decision balancing, cognitive restructuring, evidence and counter-evidence), experiential (chair work, letter, and interview), and behavioural pattern-breaking techniques (coping cards, schema diary, and diligently caring for a vulnerable child). Interventions are planned in small, easy to implement steps to suit the client's level of readiness and emotional regulation capacity. Also, structuring the intervention in line with the subjective experiences of the client allows for intrinsic motivation building independent of outside directions. Therefore, the integration of schema therapy and motivational interview allows for a holistic clinical approach for supporting the resolution of ambivalence for change and a strengthened healthy adult mode.

Kaynaklar

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC psychiatry*, 13(1), 294.
- Akkoyunlu, S., & Türkçapar, M. H. (2012). Bir teknik: Kanıt inceleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 184-190.
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Uygulamada Şema Terapi: Şema Mod Yaklaşımına Giriş Rehber*. (Çeviri Ed. G. Soygüt Pekak). John Wiley & Sons.
- Beck, J. S. (1995). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi* (Çeviri Ed. N Hisli Sahin). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bernstein, D. P., de Vos, M. K., Jonkers, P., de Jonge, E., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in forensic settings. *İçinde: M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Editörler), The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (ss. 425-438). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch32>
- Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 4(3), 186-191.
- Clarke, K., & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling*

- Psychology, 33(1), 11–15. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.33.1.11>
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2003). Decisional balance in anorexia nervosa: Capitalizing on ambivalence. *European Eating Disorders Review: the Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(2), 75-89.
- Edwards, D. J. (2017). An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2. Coping modes, healthy adult mode, superordinate themes, and implications for research and practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17(1), 1-12, DOI: 10.1080/20797222.2017.1326730
- East, K., Startup, H., Roberts, C., & Schmidt, U. (2010). Expressive writing and eating-disorder features: A preliminary trial in a student sample of the impact of three writing tasks on eating disorder symptoms and associated cognitive, affective and interpersonal factors. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(3), 180-196.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Shaw, I. (2012). Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook. John Wiley & Sons.
- Froreich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of eating disorders*, 4(1), 14
- Geller, J., Williams, K. D., & Srikaneswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 365–373.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York: The Guilford Press.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. A. (Eds.). (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford University Press
- Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2014). Mod terapisi: Diğer yollardan gitmek; yaşam örüntülerini anlamak ve değiştirmek (Çeviri N. Azizlerli & M. Soykut, Trans.). Psikonet Yayınları.
- Johnston, O., Startup, H., Lavender, A., Godfrey, E., & Schmidt, U. (2010). Therapeutic writing as an intervention for symptoms of bulimia nervosa: effects and mechanism of change. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 405-419.
- Joshua, P. R., Lewis, V., Simpson, S., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2024). What role do early life experiences play in eating disorders? The impact of parenting style, temperament and early maladaptive schemas. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2904. <https://doi.org/10.1002/cpp.2904>
- Kellogg, S. (2014). Dönüşümsel Sandalye çalışması: Klinik uygulamada psikoterapötik diyalogların kullanılması (Çeviri Ed. C. Cülcüoğlu). Psikonet Yayınları.
- Kellogg, S., & Garcia Torres, A. (2021). Toward a chairwork psychotherapy: Using the four dialogues for healing and transformation. *Practice Innovations*, 6(3), 171.
- Kolts, R. L. (2016). CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. New Harbinger Publications.
- Leahy, R. L. (2018). Duygusal şema terapi (Çev. M. Şahin). Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma 2015)
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues?. *European Eating Disorders Review: the Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(3), 198-216.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Moreno, J. L. (1987). Moreno's philosophical system. İçinde J. Fox (Editör) *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity*. New York: Springer Publishing Company.
- Mulkerrin, Ú., Bamford, B., & Serpell, L. (2016). How well does anorexia nervosa fit with personal values? An exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0109-z>
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 283-290.
- Perls, F. S. (1992). *Gestalt therapy verbatim*. Gouldsboro, ME: The Gestalt Journal Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York, NY: Quill.
- Pugh, M., & Salter, C. (2017). Motivational chairwork: A novel method for enhancing motivation and resolving ambivalence in eating disorders. Londra Yeme Bozuklukları Konferansında çalıştay sunumu, Londra, Mart.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Rafaeli, E., & Rafaeli, A. K. (2024). Needs, Modes, and Stances: Three Cardinal Questions for Psychotherapy Practice and Training. *Clinical Psychology in Europe*, 6 (Spec Issue), e12753. <https://doi.org/10.32872/cpe.12753>
- Rogers, C. R. (1951). Perceptual reorganization in client-centered therapy. In R. R. Blake & G. V. Ramsey (Eds.), *Perception: An approach to personality* (pp. 307–327). The Ronald Press Company
- Schmidt, U., Bone, G., Hems, S., Lessem, J., & Treasure, J. (2002). *Structured therapeutic writing tasks as an adjunct to treatment in eating disorders*. *European Eating Disorders Association*, 10(5), 299-315 <http://dx.doi.org/10.1002/erv.465>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177–186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Simpson, E. S. S., & Smith, E. (2020). Yeme Bozuklukları için Şema Terapi: Bireyler ve Gruplar için Kuram ve Uygulama (Çev. M. Tükel, N. Akkese, Y. Vardar ve Ö. Temiz). Psikonet Yayınları.
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating behaviors*, 8(3), 364-373.
- Türkçapar, M. H. (2012). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama* (6. bs.). HYB Yayıncılık.
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00012-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00012-9)

- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Editörler.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (ss. 139–175). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11561-007>
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2014). *Hayatı Yeniden Keşfedin*. 5. baskı, (Çev. S. Kohen ve D Güler). İstanbul. Psikonet Yayınları.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.