

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**  
Kuruluş: 27 Ekim 1989



**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**  
Kuruluş: 27 Ekim 1989  
Adres: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı Cebeci Kampüsü  
Dikimevi - ANKARA

**KRİZ DERGİSİ/ The Journal of Crisis**  
**Kuruluşu/Foundation: 1992**  
**Kurucusu/Founder: Işık SAYIL**

**CİLT/VOLUME: 27**  
**SAYI/NUMBER: 3**

**YIL/YEAR: 2019 ISSN 1300-980X e-ISSN 2667-7350**

**Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı Adına Sahibi: Prof. Dr. Halise Devrimci Özgüven**

**Yayın Türü:**

Psikiyatrik hastalıklar, psikiyatrik kriz, krize müdahale, intihar ve  
intiharı önleme gibi ruh sağlığı ve ilgili disiplinlere yönelik  
yaygın, süreli bilimsel bir ruh sağlığı dergisidir.

**Yönetim Yeri**

**Yazışma Adresi/ Correspondence Address**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı Mamak/Ankara

**Telefon: 0 (312) 595 66 18**

**E-posta: krizdergisi@yahoo.com**

**URL: <https://dergipark.org.tr/kriz>**

**E-Dergi**

**Editör/ Editor**

Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur, Ankara Üniversitesi, Ankara

**Editör Yardımcısı/ Editorial Assistants**

Öğr. Gör. Dr. Berker Duman, Ankara Üniversitesi, Ankara  
SHU. Özge Uçan, Ankara Üniversitesi, Ankara

**Yayın Koordinatörü/Editorial Coordinator**

Uzm. Dr. Jamal Hasanlı, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Dr. Gülsüm Çakar, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Dr. Fatma Bahar Atak, Ankara Üniversitesi, Ankara

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Prof. Dr. Işık Sayıl, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. Engin Turan, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. Oğuz Berksun, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. Bedriye Öncü Çetinkaya, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. İnci Özgür İlhan, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızıl, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Prof. Dr. Ayşe Gül Yılmaz Özpolat, Madalyon Psk. Mer. Ankara  
Prof. Dr. Sermin Kesebir, Üsküdar Üni. İstanbul

Prof. Dr. Sibel Çakır, Fransız Lape Hast. İstanbul  
Prof. Dr. Ahmet Afşin Sağduyu Başkent Üni, İzmir  
Doç. Dr. Bora Baskak, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Doç. Dr. Mehmet Hamid Boztaş, Abbant İzzet Baysal Üni. Bolu  
Doç. Dr. Bahar Baştuğ, Ankara Üniversitesi, Ankara  
Doç. Dr. Hatice Demirbaş, Ankara Hacı Bayram Veli Üni. Ankara  
Uzm. Dr. Başak Şenel, Kdz. Ereğli Devlet Hast. Zonguldak  
Uzm. Dr. Jamal Hasanlı, Ankara Üniversitesi, Ankara

**Danışma Kurulu/ Advisory Board**

Prof. Dr. Recep Akdur  
Prof. Dr. Cem Atbaşoğlu  
Prof. Dr. Ayla Aysev  
Prof. Dr. Salih Battal  
Prof. Dr. Abdülkadir Çevik  
Prof. Dr. Saynur Canat  
Doç. Dr. Başaran Demir  
Doç. Dr. Makbule Çiğdem Aydemir  
Doç. Dr. Tülin Gençöz  
Prof. Dr. Selim Hovardaoğlu  
Prof. Dr. Emine Kılıç  
Prof. Dr. Nahit Özmenler  
Prof. Dr. Hüseyin H. Özsan

Prof. Dr. Armin Schmidtke  
Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün  
Doç. Dr. Şennur Kışlak Tutarel  
Prof. Dr. Gülsüm Ançel  
Prof. Dr. Veli Duyan  
Prof. Dr. Berna Uluğ  
Prof. Dr. Aylin Uluşahin  
Prof. Dr. Birim Günay Kılıç  
Doç. Dr. Serpil Aygün Cengiz  
Prof. Dr. Figen Çok  
Prof. Dr. Fatma Öz  
Doç. Dr. Yasemin Yavuz  
Doç. Dr. Pınar Uran

**Katkıda Bulunanlar**

Öğr. Gör. Dr. Burçin Çolak  
Dr. Melike Ezerbolat Özateş  
Dr. Kamran Aliyev  
Dr. Yağmur Kır  
Dr. Tümkü Çobanoğlu Tunalı  
Dr. Vusal Aliyev  
Dr. Turan Ayıdağa

Dr. İsa Kumlu  
Dr. Adnan Kuşman  
Dr. Oğuzhan Herdi  
Dr. Kazım Cihan Can  
Dr. Damla Sayar Akaslan  
Dr. Ece Ağaş Ertan  
Dr. Selma Çilem Kızılpınar

Türkiye'de Kriz Dergisi 4 ayda bir olmak üzere yılda üç kez yayınlanır. Dergide yayınlanan yazı, resim, şekil ve tabloların yayını hakkı saklıdır. Yayıncının yazılı izni olmadan kullanılamaz. Bilimsel amaçla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Dergide yayınlanan tüm yazılar aksi belirtilmedikçe yalnızca yazar/yazarların görüşlerini temsil eder ve yayını kurulunun politikasını ve düşüncelerini göstermez.

Journal of Crisis in Türkiye is published three issue per year. All rights reserved throught the world and in all languages. No part of this publication may be reproduced, transmitted or stored any form or by any means with out the written permission of copyright holder. All articles published represent the opinions of the authors and do not reflect the policy of editor or editorial board unless it is clearly specified.

# KRİZ DERGİSİ

Cilt 27, Sayı 3, 2019

## İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

Önsöz..... IV

### ARAŞTIRMA MAKALELERİ / ORIGINAL RESEARCH ARTICLES

Dinamik Yönelimli Etkileşim Grup Psikoterapisinde İyileşmenin Beier Cümle Tamamlama Testi ile Değerlendirilmesi/ Evaluation of Healing in Dynamic Oriented Interaction Group Psychotherapy with Beier Sentence Completion Test.....101  
Oğuzhan HERDİ, Damla Sayar AKASLAN, Ece Ağtaş ERTAN, Gülay ALPTEKİN, Vesile Şentürk CANKORUR

Psikolojik Otopsi: Adli Alanda Çalışanlar Bu Kavramı Biliyorlar mı? /Psychological Autopsy: Do The Forensic Professionals Know?..... 114  
Gülşah Şükran KALE, İ. Hamit HANCI, Hatice DEMİRBAŞ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikosomatik Ünitesi Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi/Ankara University Faculty of Medicine Hospital Psychosomatic Unit Evaluation of The Effectiveness of Group Psychotherapy ..... 131  
Selma Çilem KIZILPINAR, Ece Ağtaş ERTAN, Kazım Cihan CAN, Vesile Şentürk CANKORUR

Klinik Olmayan Örneklemede Aleksitiminin Yordayıcıları Olarak Duygu Odaklı Yapılar ve Benlik Saygısı / Emotion-Oriented Structures and Self-Esteem as a Predictors of Alexithymia in a Non-Clinical Sample ..... 141  
Arkun TATAR, Sami ÇAMKERTEN

### DERLEME MAKALELERİ/ REVIEW ARTICLES

Destekleyici Dinamik Psikoterapinin Temel Stratejileri /Basic Strategies of Supporting Dynamic Psychotherapy ..... 158  
Pervin TUNÇ

Çocuk İzlem Merkezi Modeli ve Bu Modelde Gözlenen Sorunlar / The Model of Child Advocacy Center and Problems Observed in This Model ..... 178  
Gülçin ORHAN, Betül ULUKOL, Hayri CANBAZ

## ÖNSÖZ

Değerli Kriz Dergisi Okuyucuları,

İntihar bir insanın kendi isteğiyle yaşamını sonlandırması olarak tanımlanmaktadır. İntihar davranışı toplumsal bir sorundur ve bu davranışın birçok farklı nedeni bulunmaktadır. Türkiye'deki intiharların çoğu ası şeklindedir. İntihar istatistikleri verilerine (2009) göre kişilerin %53,7'si kendisini asarak, %26,2'si ateşli silah kullanarak, %5,8'i kimyasal madde kullanarak, %8,7'si kendisini yüksekten atarak, %5,6'sı diğer yöntemleri kullanarak intihar etmiştir.

Medya genellikle gazete, televizyon, internet ve birçok araçlarla topluma bilgi sağlamaktadır. Ne yazık ki medyanın intihar haberlerini sunum şekli intihara hassas gruplar arasında özendirici olmaktadır. İntihar davranışının nedeninin bir hastalık olabileceği gerçeği bu haberlerde maalesef atlanmaktadır.

Son dönemde Türkiye'de geniş yankı bulan siyanürle intihar olgularının olması ve bu olaya haberlerde geniş yer verilmesi sonrasında başka olguların gerçekleşmesi dikkat edilmesi gereken bir husustur. İntihar davranışı aslında bir yardım çığıdır. İntihar düşüncesi olduğunda veya yakınınızdaki biri intihar etme isteğini dile getirdiğinde mutlak bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına başvurmanız gerekmektedir. Kriz dergisinin daha önceki sayılarında intihar davranışı, yardım etme yolları, medya ve intihar konuları kapsamlı biçimde yer almaktadır, bu bilgiler okuyucuya yol gösterici olabilir.

Değerli Kriz Dergisi okuyucuları, 2019'un son sayısı olarak bu yıla veda ediyoruz. Yeni yılınızı kutlar 2020 yılının sağlıklı ve mutlu bir yıl olmasını dilerim

Saygılarımla,

**Uzm. Dr. Jamal Hasanlı**  
**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Psikiyatri Anabilim Dalı**

## DİNAMİK YÖNELİMLİ ETKİLEŞİM GRUP PSİKOTERAPİSİNDE İYİLEŞMENİN BEİER CÜMLE TAMAMLAMA TESTİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Oğuzhan Herdi\*, Damla Sayar Akaslan\*, Ece Ağtaş Ertan\*, Gülay Alptekin\*\*,  
Vesile Şentürk Cankorur\*\*\*

Makale geliş tarihi/Received:17.07.2019/

Kabul tarihi/ Accepted:27.11.2019

\*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi,

\*\*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Hemşire,

\*\*\*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Profesör

[oguzhan2036@gmail.com](mailto:oguzhan2036@gmail.com)

[damlasyr@hotmail.com](mailto:damlasyr@hotmail.com)

[ecegts@gmail.com](mailto:ecegts@gmail.com)

[gly\\_alptkn\\_07@hotmail.com](mailto:gly_alptkn_07@hotmail.com)

[vesile.senturk@kcl.ac.uk](mailto:vesile.senturk@kcl.ac.uk)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0101-2663>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7807-5369>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-497X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2016-2299>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2911-8323>

### ÖZET

**Giriş:** Grup psikoterapisi neredeyse tüm psikiyatrik tanı kategorilerinde uygulanan bir tedavi yöntemidir. Yazındaki yüzlerce kuramın var olması ile ilişkili olarak bir o kadar da grup psikoterapisi yöntemi tanımlanmıştır. Etkililiği çalışmaların birçoğunda tanıya veya semptomla özel objektif testler ile gösterilmiş olup projektif testlerin kullanıldığı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada dinamik yönelimli etkileşim grup psikoterapisinin etkililiğini projektif bir test olan Beier Cümle Tamamlama Testi (BCT) ile göstermek ve tedavi sonunda BCT'deki olumlu ve olumsuz ifadelerle ait puanların klinik iyileşme düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Psikosomatik Servisinde yatarak tedavi gören 16 hastaya tedavi öncesi ve sonrasında BCT uygulanmış ve BCT'ler puanlanmıştır. Klinisyenlerden hastaları 'daha kötü', 'haliyle' ve 'daha kötü' taburcu şeklinde gruplandırılmaları istenmiştir. 'Daha kötü' taburcu kanaati verilen hasta olmadığı için analizler diğer iki grup arasında yapılmıştır. Tedavi ile BCT'deki puan değişimleri ve bu değişimlerin gruplar arasındaki farkları analiz edilmiştir. **Bulgular:** Tedavi yöntemi olumsuz ifadelerde anlamlı olarak azalma ve olumlu ifadelerde anlamlı olarak artış yaratmıştır. Tedaviden daha fazla fayda gördüğü düşünülen grubun benlik, anne ve korku ile ilişkili maddelerdeki olumlu ifadelerin artışı diğer gruba göre daha fazladır. **Sonuç:** Sonuç olarak bu çalışma ile ilk kez erişkin hastalarda grup terapisinin iyileştirici etkisi BCT gibi projektif bir testle değerlendirilmiştir. Bir çalışmadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psikodinamik, grup psikoterapisi, Beier Cümle Tamamlama Testi.

## EVALUATION OF HEALING IN DYNAMIC ORIENTED INTERACTION GROUP PSYCHOTHERAPY WITH BEIER SENTENCE COMPLETION TEST

### ABSTRACT

**Introduction:** Group psychotherapy is a treatment method applied in almost every psychiatric diagnosis category. There are methods of group psychotherapy as much as theories in the literature. Effectiveness of group psychotherapy has been proved with objective scales specific to diagnosis or symptom in the most of the previous studies but projective tests have never been used for this purpose. In this study, we aimed to investigate the effectiveness of psychodynamic interactive group psychotherapy using Beier Sentence Completion Test (SCT) and correlation of clinical improvement with scores of positive and negative phrases in SCT.

SCT was applied before and after treatment to 16 patients who hospitalized in Ankara University Psychiatry Department Psychosomatic Unit and SCTs were scored. It was requested from clinicians to group patients in order to 'worse', same as before' and 'better' discharged. Because of there was no patients in 'worse' discharged, statistical analysis have been conducted in between other two group. Patients were divided into three groups in terms of their clinical improvement. Changes in SCT scores after treatment and differences among groups were analyzed.

Treatment caused increase in positive phrases and decrease in negative phrases. Changes in phrases about self, mother and fear is more prominent in the group achieved more improvement after treatment than other groups.

In conclusion with this study, it is the first time that the effectiveness of group psychotherapy was assessed by a projective test such like SCT in adult patients.

**Keywords:** Psychodynamic, group psychotherapy, Beier Sentence Completion,

### GİRİŞ

Tüberküloz tanısı almış hastalarda yürütülen grup seanslarının hastalıkları üzerinde olumlu bir etki yarattığının gösterilmesi ile birlikte grup psikoterapisinin tıp dünyasına girdiği düşünülmektedir. İlk dönemlerde psikoanalitik eğilimden etkilenen grup terapileri bireysel terapiler gibi katı kurallar dahilinde yapılmaktayken günümüzde tüm bunların esnetildiği görülmektedir (Şentürk Cankorur, 2016). 1960'lı yıllarda da ülkemizde de grup terapisi analitik yönelimli olarak boy göstermeye başlamıştır. Sonrasında ise dünya ile eşlenik olarak yeni yöntemler Türk psikiyatrisinde kendine yer bulmuştur.

Mevcut literatürde yüzlerce kuramın var olması beraberinde farklı grup psikoterapilerin tanımlanmasını da getirmiştir. Yürütülen bu çalışmada tedavi yöntemi olarak kullanılan psikodinamik yönelimli grup terapisi ise ego psikolojisi, nesne ilişkileri, kendilik psikolojisi ve bağlanma teorilerinden beslenen dinamik kuramı temeline oturtmuş bir terapi yöntemidir(Ribeiro, Ribeiro, &

Von Doellinger, 2018). Teorik temellerini Bion atmış olup peşi sıra gelen kuramcılar tarafından çerçevesi genişletilmiştir (Sieradzki, 2017). Dinamik yönelimli grup psikoterapilerinin biçemi grupta bir nedenle var olamayacak hastanın yerine yeni hasta kabul edilip edilmeyeceğine, uygulandığı yere ve süresine göre farklılık göstermektedir.

Grup terapisi, bireyin günlük hayatta yaşadıklarının bir anlamda grup içerisinde yeniden deneyimlenmesi ve bu deneyimlemenin iyileştirici bir nitelikte kullanılması varsayımlarına dayanmaktadır. Tekrarlanan deneyim bu defa terapist veya terapistlerin kontrolü altında ve hem kendisine hem de grubun diğer üyelerine fayda sağlama niyetinde olan diğer grup üyelerinin gözleri önünde sergilenmektedir. Davranış bilimleri açısından bakıldığında da grup içerisinde yaşanan durum üyelere belli bir tepkiye (davranış veya duygu) neden olur ve bu tepkisi nedeni ile diğer üyelere geri bildirim alan grup üyesinin verdiği tepkiyi gözden geçirdiği ve değişikliğe gittiği öne sürülmektedir. (Hopfenberg, 2015).

Grup psikoterapisinin önde gelen isimlerinden olan Irwin Yalom, umut aşılama, evrensellik, bilgi aktarımı, özgecilik, birincil aile grubunun onarıcı yinelenişi, toplumsallaştırma tekniklerinin gelişimi, taklitçi davranış, bireylerarası öğrenme, grup bağlılığı, katarsis, varoluşsal etmenler olmak üzere on bir tane tedavi edici nitelikte deneyim tanımlamıştır (Yalom, Tangör, & Karaçam, 2002). Ülkemizde de “İyileştirici Etmenler Cümle Listesi (Q sort check list)” dinamik yönelimli etkileşim grup psikoterapisi ve farmakoterapi uygulanan 3 hasta grubunda “aile ilişkilerinin yeniden yaşanması”, “kişilerarası öğrenme” ve “grup bütünlüğü” ilk üç iyileştirici deneyim olarak bulunmuştur (Şentürk, Arslan, & Çevik, 2006).

Grup psikoterapisi aracılığıyla hastalardaki iyileşmenin bir diğer deyişle uygulanan terapi yönteminin etkililiğinin gösterildiği çalışmalara göz atıldığında depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TTSB), yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar gibi psikopatolojiler üzerinde yapılmış pek çok çalışma mevcuttur (Ivezić et al., 2017; Kvarstein, Nordviste, Dragland, & Wilberg, 2017; Maxwell, Tasca, Ritchie, Balfour, & Bissada, 2014). Ancak dinamik yönelimli grup psikoterapiler (DYGP) ile ilgili gözden geçirme ve metaanaliz çalışmalarının sayısı sınırlıdır. Yürütülen bir gözden geçirme çalışmasında, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan erişkinlerde DYGP'nin hem psikiyatrik hem de sosyal uyum ile kişilerarası ilişkiler üzerinde iyileştirici etkiye sahip olduğundan söz edilmiştir(Callahan, Price, & Hilsenroth, 2004). TSSB tanısı almış 158 savaş gazisi ile yapılan çalışmada bir yıl boyunca haftada bir seans olmak üzere uygulanan DYGP'nin hem TSSB hem de depresif belirtileri azalttığı gösterilmiştir (Levi ve ark., 2017). Kişilik bozuklukları ile yapılan bir çalışmada ise 12 hafta boyunca uygulanan DYGP'nin nörotisizm ve dışavurum puanlarında azalma yarattığı gösterilmiştir(Sieradzki, 2017). SCL 90-R kullanılarak yürütülen bir etkililik çalışmasında ise tanı açısından heterojen 236 ayaktan hastaya DYGP uygulanmış ve uygulanan 39 seans psikoterapinin bu grup hastada orta-büyük etki alanına sahip olduğu gösterilmiştir(Jensen, Mortensen, & Lotz, 2010). Benzer etki alanı ergen ve genç erişkin örneklem grubunda yürütülen bir çalışma da ortaya konmuştur(Edlund & Carlberg, 2016).

Tüm bu söz edilen çalışmalarda hastalarda tedavi süreci ile birlikte gelen iyileşme, genel hastalık ciddiyetini değerlendiren veya semptomla özel ölçekler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bilgimiz dahilinde Beier Cümle Tamamlama testi (BCT) bireysel veya grup terapisinde elde edilen iyilik

halinin değerlendirilmesi için kullanılmamıştır. Katılımcıların maddeleri kolaylıkla ve hızlıca yanıtlayabilmesi, belirli bir eğitim düzeyini şart koşmaması, maddi açıdan zorlayıcı olmaması gibi özellikleri tedavi sürecinde BCT'yi önemli yere oturtmaktadır. Ülkemizde yapılan iki tane uzmanlık tezi hastalarda müdahale öncesi ve sonrasında BCT uygulaması ile müdahalenin etkisi değerlendirilmiş olup bunlardan ilki 8-10 yaş grubu çocuklara uygulanan psikolojik danışmanlıkla ilgilidir (Akçay, 2018). Akçay'ın tezinde çocuklara uygulanan, Bilişsel Davranışçı Terapi modelini temel alan psikolojik danışmanlık seanslarının etkililiği BCT ile değerlendirilmiştir. Yürütülen çalışmada 76 çocuğa BCT verilmiş, korkuya karşı olumsuz ifadeleri fazla olan ve olmayan şeklinde grup önce ikiye ayrılmış sonrasında korkuya karşı olumsuz ifadeleri olan 26 çocuk da kendi içerisinde iki gruba ayrılmıştır. Toplamda üç grup oluşturan ekip bir gruba psikolojik danışmanlık seanslarını, ikinci gruba korku ile ilişkili müdahalede bulunmadan danışmanlık seansı, üçüncü gruba ise kontrol grubu olarak kullanmışlardır ve sonuç olarak uyguladıkları yöntemin korku üzerinde ve genel iyilik hali üzerinde etkili olduğunu bir projektif test kullanarak göstermişlerdir. BCT'nin kullanıldığı bir diğer çalışmada ise travmaya maruz kalmış lise çağındaki ergenler üzerinde uygulanan kısa acil psikolojik danışma tedavisinin etkililiği değerlendirilmiştir (Çitil, 2016).

Bu çalışmada dinamik yönelimli etkileşim grup psikoterapisinin etkililiğinin projektif bir test olan Beier Cümle Tamamlama ile gösterilmesi ve tedavi sonunda BCT'deki olumlu ve olumsuz ifadeler ait puanların klinik iyileşme düzeyi ile ilişkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır. Hipotezimiz BCT, dinamik yönelimli etkileşim psikoterapisinin etkililiğini gösteren projektif bir testtir ve bu etkililik düzeyi BCT'deki olumlu ifadelerin artışı ve olumsuz ifadelerin azalışı ile paralellik gösterir.

## YÖNTEM

### *Örnekleme*

Eylül-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikosomatik Servisine 2 ay süre ile yatarak tedavi görmesi adına kabul edilen 16 hasta ile çalışma yürütülmüştür.

### *Kullanılan Veri Araçları*

Yaş, cinsiyet ve medeni durum ile ilgili bilgiler ve hastaların almış oldukları tanımlar yatış öncesinde yapılan anamnez görüşmelerinin not edildiği dosyalardan elde edilmiştir.

### *Beier Cümle Tamamlama Testi*

Yarı yapılandırılmış projektif bir test olan BCT, Beier tarafından bireylerin genel tutumlarını, eğilimlerini ve isteklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup Alibal (1994) tarafından dilimize uyarlanmıştır (Alibal, 1994). Beier Cümle Tamamlama Testi'nin 56 eksik cümle içeren A formu 8-16 yaş arasındaki çocuklara uygulanmaktadır. 67 eksik cümle içeren B formu ise 16 yaş üzeri kişilere verilmektedir. Yürütülen bu çalışmada hastalara B Formu verilmiştir. Testin alt boyutları, geçmişe karşı tavırlar beş madde (Örnek: "Çocukken..."), geleceğe karşı tavırlar beş madde (Örnek: "Emelim ve isteğim..."), benlik duygusu altı madde (Örnek: "Kendi kendimi kontrol etmekte..."), anne algısı 5



madde (Örnek: "Annelerin iyisi..."), baba algısı beş madde (Örnek: "Babamı severim fakat..."), ev ve aile ilişkilerine karşı tavırlar beş madde (Örnek: "Evde olduğum zaman..."), arkadaşlara karşı tavırlar beş madde (Örnek: "İyi arkadaşlar..."), otoriteye karşı tavırlar beş madde (Örnek: "İşlerin başında ben olsam..."), korku ve endişeler beş madde (Örnek: "... için korkuyorum."), suçluluk duyguları beş madde (Örnek: "En büyük kabahat..."), okul ve işe karşı tavırlar beş madde (Örnek: "İlerdeki işim..."), karşı cinsle olan ilişkilere karşı tavırlar beş madde (Örnek: "Cinsel ilişkiler..."), genel tavırlar altı madde (Örnek: "Hayat...") olacak şekilde belirlenmiştir.

Testin değerlendirilmesinde tamamlanan cümlelere olumlu-olumsuz ya da nötr olma durumlarına göre incelenmektedir. Testin değerlendirilmesinde üç adım mevcuttur. İlk olarak bireyin tamamladığı cümlenin olumlu, olumsuz veya nötr bir ifade olmasına göre değerlendirici tarafından olumlu (+) / olumsuz (-) / nötr (0) şeklinde puan verilmektedir. Sonrasında her alt gruba ait +,- ve 0'lar toplanmakta ve bireyle ilgili genel bir kanıya varılmaktadır. Daha sonrasında ise içerik değerlendirilmesi yapılarak yapısal ve konusal işaretler ortaya konmaktadır (puanlama detayları için (Bayanoğlu, n.d.).

#### *Çalışma Dizaynı*

Yukarıda belirtilen süre zarfında serviste 2 farklı grup dönemi olmuştur. İlk dönemde 12, ikinci dönemde 11 hasta servise yatırılarak tedavileri başlanmıştır. Hastaların her birine servise kabul edilmeden önce Minnesota Çoklu Kişilik Envanteri (İngilizce kısaltması MMPI), Beck Depresyon ve Anksiyete ölçekleri ve BCT uygulanmıştır. 23 hastanın 20 tanesi 2 aylık tedavi sürecini tamamlayabilmiştir. 3 hasta servis kurallarına uyum gösteremedikleri için tedavilerinin başka servislerde devam ettirilmiş olması ve 1 hastanın yatış sürecini sonuna kadar tamamlamasına rağmen bu süreçte manik epizot yaşaması nedeni ile bu hastaya ait veriler de kullanılmamıştır. 3 hastanın da yatış sırasında uygulanan psikolojik değerlendirme testlerine ulaşamadığı için çalışmadan çıkartılmışlardır.

2 aylık yatış süreçlerinde hastalara haftada 2 gün olmak üzere ortalama 50 dakika kadar süren etkileşim odaklı psikodinamik yönelimli grup psikoterapisi uygulanmıştır. Grup seanslarında servis sorumlusu olan terapist ve bir koterapist yer almıştır. Tedavi ekibinin geri kalan üyeleri ise seansları aynalı camın arkasından izlemişlerdir ve seans sonlarında terapist ile koterapiste geri bildirimde bulunmuştur. Grup psikoterapisinin yanı sıra hastalarla haftada iki kez olmak üzere serviste çalışan asistan doktorlar tarafından ortalama 20 dakika kadar süren bireysel görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelere hastayı takip eden intern doktor da eşlik etmiştir. Hafta içlerinde serviste kalma zorunluluğu olup hafta sonlarında hastane dışında vakit geçirebilme imkanları bulunan hastalara serviste buldukları süre zarfında serviste çalışan hemşireler ve psikologlar tarafından uğraş terapileri uygulanmıştır. Yanı sıra tedavi ekibi tarafından ihtiyacı olduğu düşünülen hastalara ise farmakoterapi başlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 16 hastaya 2 aylık tedavi sürecinin sonunda BCT tekrar uygulanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrası BCT'ler her iki grupta da yer alan asistan doktor (araştırma yazarı), her iki grubu takip eden bir hemşire ve en az 2 ay serviste çalışmış olan iki asistan doktor tarafından yapılmıştır. Bu iki asistan doktordan biri ilk grubun tedavi ve takip sürecinde yer almışken diğer ikinci

grubun tedavi ve takip sürecinde yer almıştır ve takip etmedikleri gruptaki hastaların BCT'lerini puanlamışlardır. Puanlama sistemi yöntem kısmında anlatılmış olup puanlamayı yapan ekibe bu sistem puanlama yapılmadan önce tarif edilmiştir. BCT'de yer alan her bir alt grup için her üç puanlayıcının verdiği +, - ve 0 lar ayrı ayrı toplanıp 3'e bölünerek ortalama puanlar elde edilmiştir. Aynı zamanda puanlamayı yapan ekibe hastaların klinik olarak iyileşmelerini değerlendirmeleri adına bir kanaat bildirmeleri (daha kötü, haliyle veya daha iyi) istenmiştir. Her iki grubun da tedavi sürecinde yer alan iki araştırmacı tüm örneklem klinik olarak iyileşmeleri üzerine kanaat bildirmişken diğer iki araştırmacı takip ettikleri hastaların klinik olarak iyileşmeleri üzerine kanaat bildirmişlerdir. Araştırmacılar klinik kanaatlerini hastaların semptomlarında azalma, işlevsellikte artış, kişilerarası ilişkilerde çatışmaların azalması ve servis kurallarına uyum konusunda edindikleri gözleme dayanarak vermişlerdir. Semptomlarda azalma hastaların başvurudaki belirti ve bulgularındaki klinisyen gözlemine göre olan azalma ile değerlendirilmişken işlevsellikteki artış kat içerisinde gerçekleştirilen uğraş aktivitelerine katılım düzeyindeki artış ile değerlendirilmiştir. Kişilerarası ilişkilerdeki çatışmalar diğer hastalar ve tedavi ekibi ile olan davranış ve tutumlardaki iyileşme ile değerlendirilmiştir. Toplamda her bir hasta için üç araştırmacı tarafından kanaat bildirilmiştir. Eğer iki araştırmacı aynı diğer farklı kanaatte bulunmuşsa iki araştırmacının verdiği kanaat, üç araştırmacı da farklı kanaat getirmişse 'haliyle' taburcu kanaati kabul edilmiştir.

#### *İstatiksel Yöntemler*

Çalışmada oluşturulan hipotezler doğrultusunda SPSS 21.0 programı kullanılarak analizler yürütülmüştür. İlk olarak hastalara ait sosyodemografik değişkenlerin betimleyici özellikleri incelenmiştir. Yürütülen analizden elde edilen sonuçlar BCT puanlarının normal dağıldığına işaret etmektedir. Tüm örnekleme BCT puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında nasıl bir değişim gösterdiğini incelemek amacıyla bağımlı gruplar t-testi analizi kullanılmıştır. İleri analizlerde klinik iyilik hallerine göre örneklem üç gruba ayrılmıştır. Ancak 'daha kötü' klinik kanaati verilen hasta bulunmadığı için analizler 'haliyle' ve 'daha iyi' klinik kanaati verilen gruplarda yapılmıştır. İki grubun tedavi öncesi ve sonrası elde edilen BCT puanlarını karşılaştırmak ve puan değişimleri açısından gruplar arasında bir fark olup olmadığını incelemek için Student's T testi uygulanmıştır. Dağılım analizi sonuçları, her iki gruptan elde edilen BCT puanlarının normal dağıldığını göstermektedir.

## **BULGULAR**

Örneklemin yaş ortalaması  $38.25 \pm 12.04$ 'tür. Hastaların %56.3'ü (n=9) kadın, %43.8'i (n=7) erkektir. Medeni durum açısından %50'si (n=8) bekar olup %37.5'i (n=6) evli ve %12.5'i (n=2) boşanmıştır.

Örneklemin klinik tanı açısından heterojen bir grup olduğu görülmüştür. Hastaların %18.8'nde (n=3) majör depresyon, %12.5'nde (n=2) bedensel belirti bozukluğu, %12.5'nde (n=2) obsesif kompulsif bozukluk, %12.5'inde (n=2) aktif psikotik belirtisi olmayan şizofreni tanısı mevcuttur, geri kalan %43.8'nde (n=7) ise diğer klinik tablolar mevcuttur (Yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu vd.) (Tablo 1).

**Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Tanılar**

	%	N=	Ortalama ± SD
Yaş			38,25 ± 12,04
Cinsiyet			
Kadın	56,3	9	
Erkek	43,8	7	
Medeni Durum			
Bekar	50	8	
Evli	37,5	6	
Boşanmış	12,5	2	
Klinik Tanı			
Majör Depresyon	18,8	3	
Bedensel Belirti	12,5	2	
Bozukluğu			
Obsesif Kompulsif	12,5	2	
Bozukluk			
Şizofreni	12,5	2	
Diğer	43,8	7	

Tedavi öncesi BCT'den elde edilen puanlarda olumlu ifadelerin ortalaması  $15.33 \pm 5.99$ , olumsuz ifadelerin  $26.48 \pm 8.93$  ve nötr ifadelerin ortalaması  $23.91 \pm 5.65$ 'tir. Tedavi sonrası verilen BCT'den elde edilen puanlardaki olumlu, olumsuz ve nötr ifadelerin ortalamaları ise sırasıyla  $26.23 \pm 7.08$ ;  $13.69 \pm 7.97$ ;  $23.89 \pm 5.35$ 'tir.

Tedavinin iyileştirici etkisini göstermek için yapılan Bağımlı gruplar t testi analiz sonuçları hastaların dile getirdiği olumlu ifadelerin toplamında anlamlı düzeyde artış olduğunu ( $t = -7.030$ ,  $p < .001$ ), olumsuz ifadelerin toplamında anlamlı düzeyde azalma olduğunu ( $t = 7.418$ ,  $p < .001$ ) göstermektedir. Ancak toplam nötr ifadelerde anlamlı düzeyde herhangi bir değişimin ( $t = .110$ ,  $p = .985$ ) varlığı görülmemiştir.

BCT'nin alt grupları bağımlı gruplar t testi ile değerlendirildiğinde ise hastaların geçmişe karşı tavırlar alanında bildirilen olumsuz ifadelerde anlamlı bir azalma olduğu ( $t = -1.865$ ,  $p = 0.030$ ), geleceğe karşı tavırlar alt alanında bildirdikleri olumlu ifadelerde artış ( $t = -5.401$ ,  $p < .001$ ), olumsuz ifadelerde ise azalış olduğu ( $t = 4.737$ ,  $p < .001$ ), benliğe karşı tavırlar alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -6.421$ ,  $p < .001$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 7.450$ ,  $p < .001$ ), anneye karşı tavırlar alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -4.404$ ,  $p = .001$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 4.011$ ,  $p = .001$ ), babaya karşı tavırlar alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -3.226$ ,  $p = .006$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 4.148$ ,  $p = .001$ ), ev ve aile ilişkilerine karşı tavırlar alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -3.567$ ,  $p = .003$ ), arkadaş ilişkilerine karşı tavırlar alanındaki olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 2.339$ ,  $p = .034$ ), otoriteye karşı tavırlar alanındaki olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 2.787$ ,  $p = .014$ ), korku ve endişeler alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -4.411$ ,  $p = .001$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 4.369$ ,  $p = .001$ ), suçluluk duyguları alanındaki olumlu ifadelerde artış ( $t = -4.400$ ,  $p = .001$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 3.946$ ,  $p = .001$ ), okul ve iş ilişkili olumlu ifadelerde artış ( $t = -3.251$ ,  $p = .005$ ), olumsuz ifadelerde azalış ( $t = 4.361$ ,  $p = .001$ ), karşı cinse karşı tavırlar alanındaki olumsuz

ifadelerde azalış ( $t = 2.775, p = .014$ ), genel tavırlarla ilişkili olumlu ifadelerde artış ( $t = -3.964, p = .001$ ), olumsuz ifadelerde ise azalış ( $t = 4.546, p < .001$ ) olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Grup Terapisinin İyileştirici Etkisinin BCT ile Değerlendirilmesi**

Total BCT Puanları	T	p	
Olumlu İfadeler	t= -7,030	p<0,001	
Olumsuz İfadeler	t=7,418	p<0,001	
Nötr İfadeler	t=0,110	p=0,985	
<b>BCT Alt Grup Puanları</b>			
Geçmişe Karşı Olumsuz İfadeler	t=-1,865	p=0,030	
Geleceğe Karşı Olumlu İfadeler	t=-5,401	p<0,001	
Olumsuz İfadeler	t=4,737	p<0,001	
Benliğe Karşı Olumlu İfadeler	t=-6,421	p<0,001	
Olumsuz İfadeler	t=7,450	p<0,001	
Anneye Karşı Olumlu İfadeler	t=-4,404	p=0,001	
Olumsuz İfadeler	t=4,011	p=0,001	
Babaya Karşı Olumlu İfadeler	t=-3,226	p=0,006	
Olumsuz İfadeler	t=4,148	p=0,001	
Ev ve Aile İlişkilerine Karşı Olumlu İfadeler	t=-3,567	p=0,003	
Arkadaş İlişkilerine Karşı Olumsuz İfadeler	t=2,339	p=0,034	
Otoriteye Karşı Olumsuz İfadeler	t=2,787	p=0,014	
Korku İlişkili Olumlu İfadeler	t=-4,411	p=0,001	
Olumsuz İfadeler	t=4,369	p=0,001	
Suçluluk İlişkili Olumlu İfadeler	t=-4,400	p=0,001	
Olumsuz İfadeler	t=3,946	p=0,001	
Okul ve İş İlişkili Olumlu İfadeler	-3,251	0,005	
Olumsuz İfadeler	4,361	0,001	
Karşı Cins Karşı Olumsuz İfadeler	2,775	0,014	
Genel Tavırlar İlişkili Olumlu İfadeler	-3,964	0,001	
Olumsuz İfadeler	4,546	<0,001	
P<0,050 istatistiksel anlamlılık değeridir. Her bir alt grup için olumsuz ifadeler ve nötr ifadeler için de analizler yapılmış olup tabloda sadece anlamlı olanlara yer verilmiştir.			

Örneklemin %68,8'i (n=11) "daha iyi taburcu oldu", %31,3'ü ise (n=8) "haliyle taburcu oldu" olarak nitelendirilmiştir. Ancak "Daha kötü halde taburcu oldu" şeklinde klinisyen tarafından değerlendirilen herhangi bir hastanın bulunmadığı görülmüştür. Bu nedenle ileri analizler iki grup (haliyle taburcu oldu; daha iyi taburcu oldu) arasında yürütülmüştür. Bu iki hasta grubuna tedavi öncesi ve sonrasında verilen BCT'lerde yer alan her bir ifadeye ait toplam puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (tedavi öncesi verilen BCT için sırasıyla toplam olumlu ifadeler için  $p = .561$ , toplam olumsuz ifadeler için  $p = .867$ , toplam nötr ifadeler için  $p = .663$ ; tedavi sonrası verilen BCT için sırasıyla  $p = .106$ ,  $p = .135$ ,  $p = .540$ ). Alt grup analizlerde ise tedavi sonrası verilen BCT'nin genel tavırlar, korku ve endişeler ile benlik duygusu alanlarındaki ifadeler daha iyi taburcu olan hastalarda anlamlı olarak daha az olduğu (sırasıyla  $p = .031$ ;  $p = .047$ ;  $p = .043$ ), korku ve endişeler ile benlik duygusu alanlarındaki olumlu ifadeler daha iyi olan grupta anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (sırasıyla  $p = .007$ ;  $p = .031$ ).

Puanlardaki değişim ile klinisyenin iyilik hali bakımından gözlemi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla da tedavi öncesi ve sonrası her bir ifade grubu ve başlık için puanlar arasındaki fark üzerinden analizler yapılmıştır. Puan farklarının normal dağıldığı görülmüştür. Toplam olumlu ifadelerin daha iyi taburcu olan hastalarda daha fazla arttığı ( $p = .009$ ) olumsuz ifadelerin ise daha fazla azaldığı ( $p = .043$ ) görülmüştür. Özellikle de korku ve endişeler, anneye karşı tavırlar ve benlik duygusu alt alanlarındaki olumlu ifadelerin daha iyi taburcu olan hastalarda daha fazla arttığı bulunmuştur (sırasıyla  $p = .002$ ;  $p = .032$ ;  $p = .008$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada dinamik yönelimli etkileşim grup psikoterapisinin BCT'deki olumlu ifadeler ve olumsuz ifadeler üzerinde etkili olduğunu, BCT'nin alt grupları açısından bakıldığında ise özellikle gelecek, benlik, anne, suçluluk, korku ve genel tavırlar ilişkili ifadeler üzerinde kuvvetli; geçmiş, baba, okul ve iş, karşı cins, arkadaş ilişkili ifadelerde ise hafif ve orta düzeyde etkili olduğu gösterildi. Aynı zamanda etkililik düzeyinin olumlu ifadelerin artması ve olumsuz ifadelerin azalması ile paralel olduğu bulundu. Alan yazında bir ilk niteliğini taşıyan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, BCT ile serviste uygulanan etkileşim odaklı psikodinamik yönelimli grup psikoterapisine bağlı klinik iyileşmenin tanı açısından heterojen örneklem üzerinde bile ortaya konabileceğini göstermektedir. Tedavi öncesi ve sonrası BCT'ler incelendiğinde uygulanan tedavi metodunun olumlu ifadelerde artışa ve olumsuz ifadelerde azalışa yol açtığı gösterilmiştir ve bu veriler tedavi modalitemizin başarılı olduğuna işaret etmektedir.

BCT'nin alt başlıkları değerlendirildiğinde neredeyse tüm alt gruplarda anlamlı değişiklikler gözlenmiştir. Geçmişe karşı olumsuz ifadelerde olan azalma hastanın grup sürecinde psikolojik olarak gerileyerek (regresyon) tedavi sürecinde bir anlamda geçmişine bakışımı yeniden yapılandırması ile ilişkili olabilir. 2 ay sürecinde aynı serviste yaşayan hastalar bir anlamda dışarıdaki hayatın bir benzerini oluşturmaktadırlar. Psikodinamiğin temel kavramlarından biri olan kişinin ilk dönem kurduğu ilişkilerin ilerleyen hayatta yeni kurulan ilişkilerde tekrarlar nitelikte ortaya çıkması olan

aktarım kavramı tedavi protokolümüzün de temelini oluşturmaktadır. Bu açıdan düşünüldüğünde geçmiş ilişkilerin mevcut zamanda tekrarlanması ile geçmiş deneyimler tekrarlanmış ve yeniden yapılanma sürecine girmiş olabilir. Yine bulgularımızda anne, baba, ev ve aileye karşı olan ifadelerdeki değişimler de bu açıdan açıklanabilir. Uyguladığımız tedavi modalitesi bu aktarımların ortaya çıkmasını ve gündelik hayatta kurulan ilişkilerin tekrarlanması için tasarlanmıştır. Tedavi ekibi her sabah kendi aralarında hastaların bir önceki akşamının nasıl geçtiği hakkında bilgi edinir, edinilen bilgileri yorumlar ve hastaların gelişimi hakkında tartışır. Bu toplantıların peşi sıra hastalarla günaydın toplantısı yapılır. Günaydın toplantılarında ise hedef hastaların tedavi ekibinin gözetimi altında tedavi ekibini serviste bulunmadığı dönemde neler deneyimlediklerini, kendileri ile ilgili bir yaşantı ve bu yaşantının yarattığı duyguyu dile getirmeleridir. Grup terapi seansları, bireysel görüşmeler ve ortak toplantılar haricinde ise hastalar serviste birlikte vakit geçirmektedirler. Geçirdikleri vaktin büyük çoğunluğu ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan etkileşimler tedavi ekibi tarafından gözlenmektedir. Kısaca tarif ettiğimiz tedavi modalitemiz Yalom'un iyileştirici etmenler olarak belirttiği 11 maddenin her birine sahiptir. Yalom'un iyileştirici etmenleri düşünüldüğünde BCT bu maddelerin her birini değerlendirmektedir. BCT'nin yarı yapılandırılmış ve projektif bir ölçüm aracı özelliği taşımasıyla hastaların kendilerini daha iyi bir şekilde ifade edebilmeleri sağlanmaktadır. BCT ile hastaların duygusal çatışmaları, fantazileri ve düşünceleri klinisyen tarafından daha iyi anlaşılmaktadır. Aynı zamanda hızlı ve ucuz olması, uygulanması için Rorschach, TAT testleri gibi özel bir eğitime ihtiyaç duyulmaması bu testi daha kıymetli hale getirmektedir.

Tedavi sonucunda benliğe karşı tutumlarda ortaya çıkan değişimler bir diğer önemli gözlemimizdir. Tüm psikoterapi süreçleri bir anlamda benliğin yeniden yapılandırılma süreci olarak tarif edildiğinden bu bulguları elde etmemiz şaşırtıcı değildir.

Klinisyenin gözlemi doğrultusunda taburculuk döneminde klinik iyileşmenin daha yüksek olduğu düşünülen hastalarda toplam olumlu ifadeler daha fazla artmış, toplam olumsuz ifadeler ise daha fazla azalmıştır. Her ne kadar bu değerlendirme yönteminin gözleme dayalı olması bir kısıtlılık olduğu bilirse de BCT'deki klinik iyileşme sonuçları ile korele olduğu görülmektedir. Grup terapisinde iyileşme daha çok ölçeklerle değerlendirilmiş olup BCT'nin herhangi bir ölçek veya erişkinlerde semptomlarda iyileşme ile ilişkisini gösteren bilgimiz dahilinde bir çalışma yoktur (Jensen et al., 2010; Levi et al., 2017; Sieradzki, 2017). Psikiyatrik danışmanlık yapılan 8-10 yaşındaki çocuklarda çalışmamızdaki dizayna benzer şekilde tedavinin sonunda BCT'nin çocuklar için olan A formunun tekrar verildiği bir tez çalışmasında da yapılan danışmanlığın bu yaş grubu çocuklarda BCT'deki olumlu ifadelerin arttığı olumsuz ifadelerin ise azaldığı özellikle korku ve genel durumlara karşı olan tavırlardaki olumsuz ifadelerin azaldığı gösterilmiştir (Akçay, 2018). Bu çalışmada da hem tedavi sonucunda korku ve genel durumlara karşı olan olumlu ifadelerde artış hem de klinik olarak daha iyi olduğu düşünülen hastalarda bu artışın daha fazla olduğunu gözlenmiştir. Tedavi modalitemizde tedavi ekibi ve hastaların ortak toplantılarında, grup terapisinde seanslarında ve servis içi aktivitelerde hastaların korkuları ile baş etmeleri için müdahaleler ve davranışçı önerilerde bulunmaktadır. Özellikle duygu ifadesi veya rahatsız hissettiği durumu dile getirmekten korkan hastalar tedavi ekibinin gözetimi altında paylaşımda bulunmaları için desteklenmektedirler. Korku ilişkili tutumlardaki değişiklikler tedavinin bir getirisi olarak düşünülebilir.

Bir diğerk bulgu ise daha iyi bir halde taburcu olduğu düşünölen hastaların anneye karşı olan tutumlarından olan değışikliklerdir. Bu durum öncelikle grup seanslarını yürüten ve aynı zamanda servisin sorumlu hocasının kadın olması ile açıklanabilir. Gerek aktarımların analizi gerekse korku ile ilgili olan durumda ifade edilenle benzer şekilde otoriter bir fiğüre karşı oluşan duygu veya otoriter kişiden duyulan rahatsızlığın ifade edilmesinin tedavi ekibi tarafından desteklenmesi hastalarda anneye yönelik olan tutumlarda iyileşmeye yol açmış olabilir.

Bu çalışmanın güçlü yanları, erişkin grupta grup psikoterapisinde gözlemlenen iyileşmenin BCT ile ortaya konulması ve aynı zamanda BCT'deki ifade değışiklikleri ile klinik iyileşme arasındaki korelasyonu ortaya koyan ilk çalışmadır. Projektif bir test kullanılarak yapılan çalışmamız hastaların kendilerini ölçek maddeleri ile sınırlandırarak değil kendi cümleleri ile ifade etmelerine olanak sağlamıştır ve bu da çalışmamızı güçlü kılan bir diğerk özelliktir.

Çalışmanın sınırlılıklarının en başında hastaların klinik iyileşmeleri objektif testlerle değil klinisyen gözlemi ile yapılmıştır. Ancak servisimizde yatan hastalarımız göz önüne alındığında her birinin birincil bir DSM V' te yer alan tanısı olmakla birlikte sadece bir tanı kategorisi hastaları tanımlamak için yeterli değildir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastada aynı zamanda depresyon, anksiyete belirtileri de bulunabilir, psikotik özellikleri olan bir hastanın aynı zamanda çocukluk çağı travmaları ve uzamış/kronik yaşları olabilir. Bu açıdan bakıldığında hastaların klinik iyileşmelerinin tedavi ekibinin gözlemlerine dayanarak değerlendirilmesi bir hastaya her bir semptom grubu için farklı bir ölçek vermekten daha uygulanabilir bir tercih olmuştur. Servisimizin özellikleri göz önünde bulundurulduğunda yatarak takip edilmelerine onay verilen hastalar tek bir tanı kategorisine ait tanısı olan kişilerden oluşmamakta heterojen bir grup özelliğı taşımaktadır. Bu nedenle klinik iyileşme için objektif testlerin kullanımı uygulanabilir gözükmemektedir. Bir diğerk sınırlılığımız ise hastaların yazdıkları cümlelerin olumlu, olumsuz veya nötr olduğuna kanaat verilmesi öznel olmuştur. Öznelliğın ortadan kaldırılması adına testler hastaları tanımayan bir başka hekime de puanlatılmıştır. Ancak yine de iki ay boyunca hastaları takip eden hekim ve hemşirenin cümleleri yorumlamasına bağılı ortaya çıkacak yanlılık bir sınırlılıktır. Her ne kadar yazımızda grup psikoterapisinin etkililiğine vurgu yapmış olsak da değinilmesi gereken bir konu da hastaların sadece grup psikoterapisi tedavisi almamalarıdır. İhtiyaç duyulan hastalarda farmakoterapinin kullanılmış olması ve tüm hastaların aynı zamanda bireysel psikoterapiler ve uğraş aktivitelerine katılmış olması çalışmamız için karıştııcı bir faktördür. BCT'deki ifadelerin değışimi farmakoterapiye bağılı azalan psikiyatrik semptomlar nedeni ile mi oldu sorusunun yanıtını bu çalışma tasarımı ile vermek mümkün değildir. Bu sorunun cevabı ancak randomize kontrollü çalışmalar ile verilebilir. BCT'nin ne kadar süre zarfından sonra tekrarlanabilir olduğu alan yazında belirtilmemiştir. Bu nedenle hastaların 2 ay sonrasında tekrar BCT doldurmalarının nasıl bir etkisi olabileceğı bilinmemektedir. Hastaların hem kendilerine karşı hem de tedavi ekibine karşı durumlarını iyi gösterme ihtimallerinin varlığı da sonuçlarımız üzerinde etkili olmuş olabilir. Ancak bu tür bir yanlılığın aşılması mümkün değildir. Son olarak örneklemin küçük olması da çalışmamız için bir sınırlılık yaratmıştır.

## SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışma BCT'nin erişkin hastalarda grup terapisinden elde edilen iyileşmenin gösterilmesi için kullanıldığı ilk çalışmadır. Tedavi sonucunda BCT'deki olumlu ifadelerin arttığı, olumsuz ifadelerin azaldığı, klinik iyileşme ile BCT'deki olumlu ifadelerin artışı ve olumsuz ifadelerin artışı arasında bir korelasyonun varlığı saptanmıştır. Hastaları tek bir tanı kategorisine sıkıştırarak ölçekler ile iyilik halinin değerlendirilmesinden bir anlamda yeniden yapılanma olan psikoterapi süreçlerinde elde edilen iyiliğin projektif testlerle gösterilmesinin önermekteyiz. Bu yazı öncül bir çalışma olup yapılandırılmış tanı ölçekleri (depresyon, anksiyete vs. belirtileri değerlendiren ölçekler) eklenerek daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akçay, I. (2018). *Analyzing the effects of group psychological counseling program according to results of projective assessment tests applied to 8-10 years old children*. Yeditepe University.
- Alibal, M. (1994). Projektif testlerle kişilik değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 193–209.
- Bayanoğlu, S. (n.d.). [https://www.academia.edu/8470027/beier\\_c%C3%BCmle\\_tamamlama](https://www.academia.edu/8470027/beier_c%C3%BCmle_tamamlama). Retrieved from [https://www.academia.edu/8470027/beier\\_cümle\\_tamamlama](https://www.academia.edu/8470027/beier_cümle_tamamlama)
- Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2004). A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1521/ijgp.54.4.491.42770>
- Çitil, C. (2016). *Dynamic oriented, short-brief-emergency psychological counseling towards solving traumatic problems of high school students*. İnönü University.
- Edlund, J. N., & Carlberg, G. (2016). Psychodynamic psychotherapy with adolescents and young adults: Outcome in routine practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/1359104514554311>
- Hopfenberg, R. (2015). Psychodynamic group psychotherapy: A behavior science perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.3.332>
- Ivezić, S. Š., Petrović, B. R., Urlić, I., Grah, M., Mayer, N., Stijačić, D., ... Biočina, S. M. (2017). Guidelines for individual and group psychodynamic psychotherapy for the treatment of persons diagnosed with psychosis and/or schizophrenia. *Psychiatria Danubina*.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2010). Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.3109/08039480903443874>
- Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L., & Wilberg, T. (2017). Outpatient psychodynamic group psychotherapy – outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/pmh.1352>
- Levi, O., Shoval-Zuckerman, Y., Fruchter, E., Bibi, A., Bar-Haim, Y., & Wald, I. (2017). Benefits of a Psychodynamic Group Therapy (PGT) Model for Treating Veterans With PTSD. *Journal of Clinical*



*Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22443>

Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/a0031100>

Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & Von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>

Şentürk Cankorur, V. (2016). *Grup Psikoterapileri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uygulamaları* (1st ed.). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Şentürk, V., Arslan, E., & Çevik, A. (2006). Evaluation of therapeutic factors with Q sort method in group therapy period in inpatients . *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*.

Sieradzki, A. (2017). The effects of short-term group psychodynamic psychotherapy on the personality traits of patients treated in a daily ward. *Psychiatria Polska*. <https://doi.org/10.12740/pp/65270>

Yalom, I. D., Tangör, A., & Karaçam, Ö. (2002). *Grup psikoterapisinin teori ve pratiği*. Kabalcı.

## PSİKOLOJİK OTOPSİ: ADLİ ALANDA ÇALIŞANLAR BU KAVRAMI BİLİYORLAR MI?

Gülşah Şükran KALE\*, İ. Hamit HANCI\*\*, Hatice DEMİRBAŞ\*\*\*

Makale geliş tarihi/ Received:19.07.2019

Kabul tarihi/Accepted:07.11.2019

\* Uzman Adli Psikolog, Nazilli 2. Aile Mahkemesi

\*\* Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

\*\*\* Doç. Dr., Hacı Bayram Veli Üniversitesi Psikoloji Bölümü.

gulsahskale@hotmail.com

hanci@medicine.ankara.edu.tr

htcdemirbass@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8940-7744>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3504-3751>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-8562>

Bu çalışma, yazarın Ankara Üniversitesi Disiplinler arası Adli Bilimler Enstitüsü Adli Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi'nin bilimsel makale hali olup, Uluslararası 14. Anadolu Adli Bilimler Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Giriş:** Psikolojik Otopsi, intiharın anlaşılması, önlenmesi ve şüpheli ölümlerin aydınlatılmasında kullanılan bir yöntemdir. Ölen kişiye ilişkin bilgilerin toplanması ve ölen kişinin yakınlarıyla görüşülmek suretiyle elde edilen bilgilerden yola çıkarak kişinin ölüm öncesindeki zihinsel durumunun yeniden yapılandırılması amaçlanmaktadır. Bu yöntemle kişinin bir intiharın objesi olup olmadığına ya da intiharının altında yatan gerçek sebeplere ulaşılmaya çalışılmaktadır. **Yöntem:** Bu çalışmada ülkemizde psikolojik otopsi kavramının adli alanda çalışabilecek profesyoneller tarafından ne ölçüde bilindiği araştırılmak istenmiştir. Bu amaçla adli alanda çalışan psikologlar, psikiyatristler, adli tıp hekimleri, hâkimler, savcılar, avukatlar ve polisler olarak belirlenen yedi meslek grubundaki Ankara, İzmir ve Aydın'da çalışan 211 kişiye hazırlanan "Psikolojik Otopsiye Bakış Anketi" uygulanarak veri toplanmıştır. **Bulgular:** Bu araştırmanın sonucunda, katılımcıların %63,5'inin "psikolojik otopsi" kavramı daha önceden duymamış oldukları ve %72,5'inin ise kavramın ne demek olduğunu bilmedikleri tespit edilmiştir. Meslek grubu ve bulunulan şehrin kavramı bilmek konusunda yordayıcı olduğu, yöntemin ülkemizde uygulanması konusunda yetkin personel olmaması, hukuki altyapı eksikliği ve yöntemi kimin uygulayabileceğinin en çok ifade edilen sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların büyük bölümünün (%84) "psikolojik otopsi" yönteminin uygulanabilir ve hukuki süreçlerde kabul edilebilir olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. **Tartışma:** Birçok ülkenin adli sistemi içinde çeşitli amaçlar için kullanılmakta olan bu yöntemin, ülkemizde intiharlarla ilişkin risk faktörlerini araştırmak için yapılan sayılı çalışma dışında bugüne

kadar yeterli ilgiyi görmediği, adli alan çalışanlarının da psikolojik otopsi kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Adli alanda yer alan meslek gruplarının eğitimlerine “psikolojik otopsi” yöntemi hakkında bilginin dâhil edilmesi, konu hakkında bilimsel çalışmaların artırılması ve hukuki altyapısının geliştirilmesiyle özellikle intiharların anlaşılması, önlenmesi ve şüpheli ölüm olaylarının azaltılması konusunda ciddi bir gelişme sağlanacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikolojik otopsi, intihar, adli vaka, şüpheli ölüm analizi.

## PSYCHOLOGICAL AUTOPSY: DO THE FORENSIC PROFESSIONALS KNOW?

### ABSTRACT

**Introduction:** Psychological autopsy is a method that is used to understand and prevent suicide and to illuminate equivocal deaths. It is aimed to reconstruct the mental state of the deceased before death by gathering information about the deceased and interviewing with the relatives of the deceased. In this way, it is tried to be reached whether the person is the suicide figure or not; or the underlying reasons of suicide. **Method:** In this study, a questionnaire study about the term “psychological autopsy” has been done in order to measure the level of knowledge of the experts who work in the forensic field. Two hundred eleven person who works as psychologists, psychiatrists, coroner, police, judge, prosecutor and lawyer in Ankara, Izmir and Aydın have participated in this study. **Results:** As a result of the study, it has been seen that many of the participants %63,5 haven't heard this term before and 72,5 percent of them do not know what the term means. It is detected that the most expressed issues are that the occupational group and the current city are predictive about knowing the term, there isn't enough competent staff on applying this method in our country, the lack of legal substructure and who can apply the method. It is also detected that most of the participants (%84) think that the method of psychological autopsy is applicable in our country and it is acceptable in judicial process. **Discussion:** It is determined that this method, is used for various purposes in forensic systems of many countries, hasn't drawn enough interest until now except for few studies which is done for searching the suicide risk factors in our country. It is considered that a significant improvement about understanding and avoiding the suicides, and reducing the suspicious death cases will be provided by including the knowledge of the “psychological autopsy” method into the training of the occupational groups in the forensic field; increasing the scientific studies about the subject and improving the legal substructure.

**Key Words:** Psychological autopsy, suicide, forensic case, suspicious death analyze.

### GİRİŞ

Otopsi, ölüm nedenini ve ölüm mekanizmasını saptamak ile ölümü aydınlatabilecek durumların tespiti için gereken teknik ve laboratuvar incelemeleri yapmak amacıyla ölen kişinin tüm boşluklarının açılıp bütün sistem ve organlarının eldeki yöntemlerle incelenmesi işidir (Alper ve ark., 1999). Psikolojik otopsi ise, kişinin ölüm şeklinin mümkün olan en yüksek kesinlikte belirlenmesini, ölüm anındaki intihar risk faktörlerinin tanımlanmasını ve değerlendirmesini içeren ölüm sonrası soruşturmadır (Knoll, 2008). Isometsa'ya göre (2001) psikolojik otopsi, ölen kişinin ailesi, akrabaları,

arkadaşları, başvurduğu sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmeler, tıbbi ve psikiyatrik kayıtları, diğer bilgi ve belgeler ve adli inceleme ile ölen kişiye ilişkin ulaşılabilir tüm bilgileri içeren, birçok görüşmeci ve kayıttan elde edilen bilgilerin sentezlenmesidir. Kişinin neden intiharı seçtiği, intihara götüren motivasyon, kişisel felsefesi, psikodinamikleri ve intiharın neden o zaman diliminde yapıldığını anlamaya yardımcı olur (Jacobs ve Klein-Benheim, 1995).

Psikolojik Otopsi yönteminin, 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Los Angeles şehrinde geliştirildiği birçok kaynakta belirtilmektedir (Ogloff ve Otto, 1993; Knoll, 2008; Henry ve Greenfield, 2009; Vasudeva Murty, 2010). Psikolojik Otopsi kavramının ilk kez Los Angeles İntihar Önleme Merkezi Müdürü olan Edwin Shniedman tarafından ortaya atıldığı, aynı merkezde çalışan doktorlardan Norman Farberow, Robert Litman'ın da psikolojik otopsi yönteminin geliştirilmesinde rol oynadıkları ifade edilmektedir (Dregne, 1982; Ogloff ve Otto, 1993; Isometsa, 2001; Vasudeva Murty, 2010).

Psikolojik otopsinin tanımı ve kapsamı konusunda bazı farklılıklar bulunmaktadır. Psikolojik otopsi yönteminin önceleri ölüm nedenini saptamaya (intihar mı, kaza mı, doğal ölüm mü yoksa cinayet mi?) odaklandığı ancak zamanla ruh sağlığı çalışanlarının ölen kişinin ruhsal durumunu tanımlama veya ayırt etme girişimleri sayesinde daha kapsamlı bir hal aldığı dikkati çekmektedir (Ogloff ve Otto, 1993). Bu alandaki ilk çalışmaların, intihar vakalarını tanımlayıcı çalışmalar olduğu ve daha kontrolsüz yürütüldüğü fakat sonraki yıllarda ikinci nesil çalışmaların standardize edilmiş görüşmeler ve vaka-kontrol çalışmalarından oluştuğu görülmektedir (Isometsa, 2001).

Vakanın objesi olan kişi "ölmüş" olduğundan veriler ikincil kaynaklardan toplanmaktadır. Psikolojik otopsilerin uygulanması konusunda belirli bir biçim olmamakla birlikte; temel olarak iki ana bilgi kaynağından faydalanılmaktadır (Ogloff ve Otto, 1993). Yöntem, ilk olarak ölen bireye ilişkin bilgileri ve kayıtları; ikinci olarak bireyin yakınlarıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bilgileri içermektedir (Ogloff ve Otto, 1993; Cross, Gust-Brey ve Ball, 2002). Bireye ait tüm kişisel bilgiler, tıbbi kayıtlar, polis kayıtları ve adli kayıtlar kaynak olarak kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra, ölen kişinin geçmişi, ilişkileri ve kişilik özellikleri hakkında bilgi sağlanabilecek olan ailesi, akrabaları, arkadaşları, işvereni/iş arkadaşları, eşi ve çocukları, doktorları, ilişkide bulunduğu ya da herhangi bir şekilde temasta bulunduğu diğer kişiler ile görüşülerek elde edilen bilgilerden de yararlanılmaktadır (Vasudeva Murty, 2010). Bu verilerden yola çıkılarak ölen kişinin ölümü hakkında bir yargıya ulaşmak hedeflenmektedir.

Ogloff ve Otto (1993), soruşturmanın öznesi olan kişiyle görüşülemediği olmasının ruh sağlığı çalışanlarının terapötik ya da adli amaçlarla yaptığı diğer pek çok değerlendirmeden farklı olduğunu nitekim psikolojik otopside kişinin kendisiyle görüşülemediğini ve kendisinden bilgi alınmadığını, oysaki ruh sağlığı çalışanları tarafından yapılan ruhsal bozuklukların değerlendirmesi ve tedavisinde kişiyle görüşme yapmanın değerlendirmenin en önemli kısmı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca psikolojik otopsilerin hukukçular için tanıdık olan diğer zihinsel durum değerlendirmelerinden farklı olduğunu, mahkemelerde sıklıkla karşılaşılan velayet yeterliliği, tanıklık etme yeterliliği, dava üstlenme yeterliliği gibi yeterlik ve kapasite değerlendirmelerinde değerlendirilen kişinin ulaşılabilir olması ve o anki zihinsel durumu ve uyumuna odaklanması açısından psikolojik otopsilerle iki

önemli yönden ayrıldığını dile getirmişlerdir (Ogloff ve Otto, 1993). Yeterlik ve kapasite değerlendirmelerinde kişinin genel olarak zihinsel durumu dikkate alınmasına rağmen ceza sorumluluğu değerlendirmeleri ve psikolojik otopsilerde kişinin fiili gerçekleştirdiği durumdaki zihinsel durumu hakkında inceleme yapılmaktadır. Ancak kişinin ulaşılabilirliği yönünden psikolojik otopsiler ile ceza sorumluluğu değerlendirmeleri de ayrılmaktadır (Ogloff ve Otto, 1993).

Shneidman 1976'da ilk kez yonteme ilişkin ilkeler (anahatlar) belirleyerek yonteme ait bir çerçeve çizmiş ve uygulama sırasında elde edilmesi gereken bilgileri tanımlamıştır. Ebert ise 1987'de yontemin uygulanmasında standardizasyon sağlayabilmek için ilkelerini ayrıntılandırarak daha kapsamlı hale getirmiştir (Canter, 2000; Vasudeva Murty, 2010). Tablo 1'de Shneidman'ın 1976'da belirlediği Psikolojik Otopsinin ilkeleri verilmiştir.

**Tablo 1. Shneidman'ın 1976'da Belirlediği Psikolojik Otopsinin İlkeleri (Canter, 2000)**

1. Kurbanın Kimlik Bilgileri ( <i>ad, yaş, adres, medeni durumu, dini inancı, mesleği ve diğer ayrıntılar</i> )
2. Ölümüne İlişkin Detaylar ( <i>ölüm Nedeni, ölüm metodu, toksikoloji raporu, otopsi bulguları</i> )
3. Kurbanın Kısa Yaşam Öyküsü ( <i>ailesi, kardeşleri, akademik başarısı, devamsızlık, sınıfta kalma durumu gibi okul kayıtları, evliliği, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, aldığı tedavi ve psikoterapiler, önceki intihar girişimleri</i> )
4. Kurbanın Ailesinin Ölüm Öyküsü ( <i>ailedeki intiharlar, kanser ya da diğer ölümcül hastalıklar, ebeveynlerin ölüm yaşları vb.</i> )
5. Kurbanın yaşam tarzı ve kişiliğinin tanımlanması
6. Kurbanın strese verdiği kendine özgü tepkileri, duygusal patlamaları, dengesizlik dönemlerinin varlığı/yapısı
7. Son bir yıl içinde yaşanan patlama, baskı, gerilim, belaya bulaşma gibi durumların varlığının saptanması
8. Kurbanın alkol ve madde kullanımının tespiti a) yaşamı boyunca etkisi b) ölümüne etkisi
9. Kurbanın kişiler arası ilişkilerinin doğası
10. Kurbanın ölüme, kazaya veya intihara ilişkin düşünceleri, rüyaları, önsözleri ve korkularının tanımlanması
11. Kurbanın ölümünden önce yaşamındaki değişiklikler ( <i>alışkanlıkları, ilgileri, yeme, uyku ve cinsel davranış düzenleri, günlük rutinleri vb.</i> )
12. Kurbanın başarıları, planları gibi yaşama dönük bilgileri
13. Niyetinin değerlendirilmesi ( <i>intihar notunun varlığı, içeriği, el yazısı incelemesi ile kişiye ait olup olmadığının tespiti, tehdit altında olup olmadığının belirlenmesi vb.</i> )
14. Seçtiği yontemin öldürücülük oranı
15. Bilgi edinilen kişilerin kurbanın ölümüne verdikleri tepkiler
16. Ayırıcı özellikler, yorumlar vb.

Yapılan birçok çalışmada, yontemde bilgi toplamak amacıyla yapılan görüşmeler ile ölüm zamanı arasında belirli bir süre olması gerektiği vurgulanmış, bu sürenin uygunluğuyla ilgili çeşitli görüşlerin var olduğu görülmüştür. İki ila altı ay aralığının en uygun süreç olduğunu söyleyen çeşitli kaynakların

yamı sıra (INSERM, 2005; Pouliot ve De Leo, 2006; Knoll, 2008); Cooper ölümden en az üç ay sonra, Isometsa (2001) ise dört ay sonra görüşme yapılmasının uygun olduğu şeklinde net ifadelerde bulunmuşlardır. Pouliot ve De Leo (2006) çalışmasında anksiyete, depresyon, bilinç bulanıklığı gibi birçok psikolojik yas tepkilerinin yaygın olarak kaybın ilk yılında ortaya çıktığını dile getirilmiştir. Ayrıca ilk aylarda ölen kişinin yakınlarının halen yas sürecinde olması nedeniyle bilgi toplamanın zor olacağı, çok uzun bir süre sonra ise bilgilerin/anıların güvenilirliğinin azalacağı düşünülmektedir. Görüşmelerin yakınlar ile yüz yüze yapılmasının tercih edilmesi gerektiği, görüşme yapılan kişilerin görüşme sırasındaki beden dili ve tepkilerinin gözlemlenmesinin de hem alınan bilginin güvenilirliği hem de en doğru sonuca ulaşmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Knoll (2009) çalışmasında, görüşmenin birkaç saat sürebileceği ve yakınların süreç hakkında önceden bilgilendirilmesi gerektiği, öncelikle açık uçlu sorulardan başlanması gerektiği, aşırı not almak yerine ses kaydı yapmanın tercih edilmesinin katılımcıların çoğu için daha uygun olacağı, duygusal konuların tartışılmasından kaçınılması gerektiği, akrabaların düşüncelerine saygılı olunması gerektiği, istedikleri zaman görüşmenin bitirilebileceğinin söylenmesi, kendilerini suçlu hissetmelerini sağlayacak söylem ve tepkilerden kaçınılması ve görüşmeyi yakının kendisine ne kadar yardımcı olduğunu belirtir olumlu bir ifadeyle bitirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Vasudeva Murty (2010), makalesinde yöntemin uygulanması sırasında etik kurallar çerçevesinde katılımcıların bilgilendirilmiş onamının alınması, karşılıklı saygı ve gizliliğin oluşturulması, ölen kişinin ve katılımcıların onurları ile haklarını ihlal etmeyecek biçimde, duyarlı bir şekilde yürütülmesi gerektiğini etik kurallar çerçevesinde belirtmiştir.

Psikolojik Otopsi yönteminin amaçları intiharı anlamak, kişiliği anlamak, niyet ve motivasyonu anlamak, şüpheli ölüm araştırması, ceza ve hukuk davaları, hayat sigortası, tıbbi kötüye kullanım iddiaları, intiharın önlenmesine ilişkin kurumsal önlemlerin geliştirilmesi olarak sıralanabilir (Ogloff ve Otto, 1993; Knoll, 2008; Murty, 2010). İntiharın, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 15-39 yaşlar arasındaki en yaygın ikinci, 30-49 yaşlar arasındaki en yaygın beşinci ölüm nedeni olduğu görülmektedir (akt. Naudo-Molist vd., 2017). Bu nedenle intiharlardaki risk faktörlerinin belirlenerek intiharların önlenmesine yönelik çalışmalar halk sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmadaki hedef, "Psikolojik Otopsi" kavramının ülkemizdeki profesyoneller arasındaki bilinirliğini öğrenmektir. Bu amaçla ülkemizde adli alanda çalışan ve psikolojik otopsi yöntemine doğrudan ya da dolaylı olarak dâhil olacağı düşünülen yahut konuyla ilgili olacağı düşünülen yedi meslek grubunun bu konudaki bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını ölçmektir.

Çalışmanın birinci hipotezinde kavramın katılımcılar tarafından daha önce duyulup duyulmadığı, bilinip bilinmediği, bu yöntemin uygulanabilirliği, uygulanması durumunda karşılaşılabilecek zorluklarının neler olabileceği, bu yöntemi hangi meslek grubunun uygulamasının daha uygun olduğu ve psikolojik otopsi yönteminden elde edilen bilgilerin yargılama süreçlerinde kabul edilebilir olup olmadığı hakkındaki düşüncelerinin öğrenilmesi hedeflenmektedir. İkinci hipotez de ise yaş, cinsiyet, şehir, meslek grubu, meslekte çalışma süresi gibi değişkenlerin psikolojik otopsi kavramının bilinirliği ile ilişkisini ölçmektir.

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın örneklemini “adli alanda yer alan, bir ölüm vakasında görev alabileceği düşünülen, konuyla ilgili olabilecek veya yöntemi uygulayabilecek” meslek grupları oluşturmaktadır. Bu meslek grupları psikologlar, psikiyatristler, adli tıp hekimleri, hâkimler, savcılar, avukatlar ve polisler olarak belirlenmiştir. Ankara, Aydın ve İzmir illerinde bu mesleklerde yer alan 211 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Anketler katılımcılara araştırmacı tarafından doğrudan uygulanmıştır. Örneklem üç farklı şehir ve yedi farklı meslek grubundaki katılımcılardan oluştuğundan ve bu meslek gruplarının genellikle çalışma koşullarının yoğun ve hassas olması nedeniyle, bazı katılımcılara internet üzerinden hazırlanan form gönderilerek (n=23) doldurmaları istenmiştir.

Anketlerin uygulanmasından önce, katılımcılara kısaca araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü olup olmadıkları sorulduktan sonra katılmaya gönüllü olan kişilere öncelikle "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" verilmiştir. Ardından "Psikolojik Otopsiye Bakış Anketi"ndeki sorular araştırmacı tarafından sorularak katılımcıların yanıtları not edilmiştir.

Araştırmada örneklemini oluşturan katılımcılara ulaşabilmek için izin gereken kurumlardan Polis Akademisi ve Hâkimler Savcılar Yüksek Kurulu'ndan izin talep edilmiştir. İdari yazışmalar sonucunda izin talebini kabul eden kurumlarda uygulama yapılmıştır. Ayrıca araştırmaya Ankara Üniversitesi Etik Kurul tarafından 25.12.2014 tarihinde etik onay verilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından yüksek lisans tez çalışması için ilgili alan yazını incelenerek oluşturulmuş "Psikolojik Otopsiye Bakış Anket formu" uygulanmıştır (Ek-1). Bu ankette yaş, cinsiyet, meslek grubu, meslekte çalışma süresi gibi sosyodemografik verilerin yanı sıra Psikolojik Otopsi hakkında 7 soru yer almaktadır. Bu soruların bir kısmı açık uçlu, bir kısmı kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket formu ile katılımcıların Psikolojik Otopsi yöntemini daha önceden duymuş olup olmadıklarını, duymuşlar ise anlamını biliyor olup olmadıklarını, psikolojik otopsinin ülkemizde uygulanabilirliğini ve sınırlılıkları hakkındaki düşüncelerini, yöntemi kimin uygulayabileceğine ilişkin düşüncelerini ölçmek amaçlanmıştır. Her anketin başında örneklemini oluşturan bireyler için bilgilendirilmiş onam formu yer almaktadır.

### İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada hem nicel hem de nitel veriler toplanmıştır. Analizler ‘SPSS 22.0 for Windows’ programı ile yapılmıştır. Araştırmanın analizleri yapılmadan önce veri girişinin doğruluğu test edilmiştir. Verileri değerlendirmek amacıyla, ilk olarak sıklık ve yüzdeler hesaplanmış, daha sonra gruplar arasında yüzdeler açısından fark olup olmadığı Ki-Kare yöntemi ile incelenmiştir. Ayrıca, psikolojik otopsi kavramını yordayan faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş aralığı 23-65 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması  $40\pm 9$ 'dur. Yaş ve meslekteki çalışma süreleri, karşılaştırmalı istatistiksel analizler kullanabilmek amacıyla kategorik hale getirilmiştir. Yaş 20-35, 36-45, 46+ olarak üç grupta, meslekte çalışma süresi ise 0-10, 11-20, 21+ olmak üzere üç grupta incelenmiştir.

### Anket Sorularına Verilen Cevaplara İlişkin Sonuçlar

Anketin birinci sorusuna (Psikolojik Otopsi terimini daha önceden hiç duydunuz mu?) katılımcıların %36,5'i (n=77) "Evet" yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların %63,5'inin (n=134) "Psikolojik Otopsi" kavramını daha önceden duymamış oldukları saptanmıştır. Meslek grupları ve çalışılan şehre göre kavramı duymuş olmak arasındaki ilişkilerin dağılımı Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 2. Meslek grupları ile psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak arasındaki ilişkinin dağılımı**

N		Psikolog	Psikiyatrist	Adli Tıp Hekimi	Polis	Avukat	Hakim	Savcı	Toplam
Psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak	Evet	27	14	13	8	7	3	5	77
	Hayır	20	5	10	28	23	26	22	134
<b>Toplam</b>		47	19	23	36	30	29	27	211

**Tablo 3. Çalışılan şehir ile psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak arasındaki ilişkinin dağılımı**

N		Ankara	İzmir	Aydın	Toplam
Psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak	Evet	39	13	25	77
	Hayır	44	35	55	134
<b>Toplam</b>		83	48	80	211

Anketin ikinci sorusuna (Psikolojik Otopsi teriminin ne anlama geldiğini biliyor musunuz?) katılımcıların %27,5'i (n=58) "Evet" yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların %72,5'inin (n=153) "Psikolojik Otopsi" kavramının ne anlama geldiğini bilmedikleri saptanmış ve dikkati çekici bir bulgu olarak nitelenmiştir.

Anketin ikinci sorusunda yer alan Psikolojik Otopsinin ne anlama geldiğini bildiğine "evet" yanıtını verenlerden üçüncü soruda kısaca kavramı tanımlamaları istenmiştir. Bu tanımlar incelendiğinde 58 tanımdan 49'unun (%84,5) doğru olduğu, 9'unun (%15,5) yanlış olduğu görülmüştür. Yanlış cevapların meslek gruplarına bakıldığında 4'ünün avukat, 3'ünün polis, 1'inin



hâkim, l'inin savcı olduğu belirlenmiştir. Anket uygulanan 211 katılımcının sadece %23,22'sinin psikolojik otopsi kavramını doğru olarak bildiği saptanmıştır.

Anketin dördüncü sorusunda psikolojik otopsinin kısa bir tanımı verilerek bu tanım çerçevesinde katılımcıların psikolojik otopsinin ülkemizde uygulanabilirliği hakkındaki düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Kısmen uygulanabilir seçeneği de dahil edildiğinde katılımcıların %88,6'sının (n=187) psikolojik otopsi yönteminin ülkemizde *uygulanabilir olduğunu* düşündükleri görülmüştür. Bu konuda bir fikri olmayanlar dâhil edildiğinde ise katılımcıların %11,3'ünün (n=24) yöntemin ülkemizde *uygulanamaz olduğunu* düşündükleri tespit edilmiştir.

Anketin beşinci sorusunda “psikolojik otopsinin ülkemizde uygulanması konusunda hangi eksikliklerin var olduğunu düşündükleri” sorulmuştur. Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmişlerdir. 151 kişi *hukuki altyapı eksikliği* olduğunu, 160 kişi *yöntemi uygulayabilecek yetkin personelin bulunmadığı sorunu* olduğunu, 104 kişi, *yöntemi kimin uygulayacağı sorunu* olduğunu, 78 kişi *adli kayıtlara ulaşmada güçlükler* olduğunu, 74 kişi *tıbbi kayıtlara ulaşmada güçlükler* olduğunu, 73 kişi *polis kayıtlarına ulaşmada güçlükler* olduğunu, 102 kişi *ölen kişinin yakınlarına ulaşma ve onlarla görüşme konusundaki güçlükler* olduğunu ve 23 kişi *diğer güçlükler* olduğunu ifade etmiştir. Buna ilişkin oranlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Psikolojik Otopsi yönteminin ülkemizde uygulanabilmesi konusundaki güçlükler**

	Hukuki altyapı eksikliği	Yöntemi uygulayabilecek yetkin personelin bulunmaması	Yöntemi kimin uygulayabileceği sorunu	Adli kayıtlara ulaşmadaki güçlükler	Tıbbi kayıtlara ulaşmadaki güçlükler	Polis kayıtlara ulaşmadaki güçlükler	Ölen kişinin yakınlarına ulaşma ve onlarla görüşme konusundaki güçlükler	Diğer
<b>Vardır (%)</b>	71,6	75,8	49,3	37,0	35,1	34,6	48,3	10,9
<b>Yoktur (%)</b>	28,4	24,2	50,7	63,0	64,9	65,4	51,7	89,1

Ayrıca anketin beşinci sorusunun son seçeneğinde (diğer) katılımcıların yöntemin ülkemizde uygulanabilirliği konusundaki düşüncelerine şıklarda belirtilenlere ek olarak ifade etmek istedikleri sorunları açık uçlu olarak yanıtlamalarına imkân sağlanmıştır. Yirmi üç katılımcı diğer seçeneğini işaretleyerek görüş bildirmiştir. Bu görüşler bir araya getirildiğinde şu şekilde sıralanabilir:

- Kurumlar arası organizasyonun tam oluşturulamaması,
- Hem uygulayıcılar hem bilgi kaynakları açısından gerekli eğitim seviyesi, bilimsel düşünme ve donanımın olmaması,
- Yöntemin kişinin iç dünyasına tamamen ulaşmada yeterli olmadığı,
- Kayıtların sağlıklı tutulmaması,
- Kısıtlı zaman ve kadro sorunu,

- Ailelerin sağlıklı bilgi vermemesi ya da gerçekleri gizlemek istemeleri.

Anketin altıncı sorusunda katılımcılara “Psikolojik otopsi çalışmalarını hangi meslek gurubunun uygulamasının en doğru sonuca ulaştıracağını düşündükleri” sorulmuş (Tablo 5) ve yedi farklı seçenek sunulmuştur. Bir seçenekte (diğer) katılımcılara belirtilenlerin dışında düşündükleri bir meslek grubu olup olmadığı sorularak açık uçlu olarak yanıtlanma fırsatı sunulmuştur (Tablo 6).

**Tablo 5. “Psikolojik otopsi çalışmalarını hangi meslek grubunun uygulamasının en doğru sonuca ulaştıracağını düşünüyorsunuz” sorusuna verilen cevapların dağılımı**

	Adli Psikolog	Psikiyatrist	Adli Tıp Hekimi	Psikolog	Polis	Hekim	Diğer
Uygulamalı	181	84	84	69	41	6	20

**Tablo 6. Anketin altıncı sorusunun “diğer” seçeneğine verilen yanıtların dağılımı**

	Cumhuriyet Savcısı	Multidisipliner (Adli Psikolog, Psikiyatrist ve Adli Tıp Hekimi)	Adli Klinik Psikolog	Klinik Psikolog	Adli Psikiyatrist	Hakim	Aile Hekimi	Hukukçular	Psikoloji eğitimi almış kolluk
Görüş bildirenlerin sayısı (n=14)	4	3	1	1	1	1	1	1	1

Anketin yedinci sorusunda Psikolojik Otopsi yönteminin ülkemizdeki adli süreçlerde (soruşturma ve kovuşturma) kabul edilebilir olup olmadığına ilişkin sonuçlar Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Anketin yedinci sorusuna verilen yanıtların dağılımı**

	Kişi Sayısı	Oran (%)	Kişi Sayısı	Oran (%)
Kabul Edilebilir	92	43,6	195	92,4
Kısmen Kabul Edilebilir	103	48,8		
Kabul Edilemez	11	5,2	16	7,6
Bir Fikrim Yok	5	2,4		

### Psikolojik Otopsi ve İlişkili Değişkenlerin Analiz Sonuçları

Psikolojik Otopsi yönteminin uygulanabilirliği ile adli süreçlerde kabul edilebilirliği arasındaki ilişkiye bakıldığında, yöntemin ülkemizde hem uygulanabilir hem de adli süreçlerde kabul edilebilir

olduğunu ifade eden 178 kişi olduğu, yöntemin hem uygulanamaz hem de adli süreçlerde kabul edilemez olduğu ifade eden ise 7 kişinin olduğu görülmüştür.

(Tablo 8). Psikolojik otopsinin ülkemizde uygulanabilirliği ile adli süreçlerde kabul edilebilirliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $X^2= 18.002$ ,  $sd=1$ ,  $p=0.000$ ).

**Tablo 8: Psikolojik Otopsi yönteminin uygulanabilirliği ile adli süreçlerde kabul edilebilirliği arasındaki ilişkinin dağılımı**

	Uygulanabilir	Uygulanamaz	Toplam
Kabul Edilebilir	178	17	195
Kabul Edilemez	9	7	16
Toplam	187	24	211

Meslek grupları ile psikolojik otopsi kavramını duymuş olma ve psikolojik otopsi kavramını biliyor olmak arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ( $X^2= 41.950$ ,  $sd=6$ ,  $p=0.000$ ;  $X^2= 40.132$ ,  $sd=6$ ,  $p=0.000$ ).

Çalışılan şehir ile psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak ve psikolojik otopsi kavramını biliyor olmak arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki vardır. ( $X^2= 6.727$ ,  $sd=2$ ,  $p=0.035$ ;  $X^2= 8.416$ ,  $sd=2$ ,  $p=0.015$ ).

Cinsiyet, yaş ve meslekte çalışma süresi ile psikolojik otopsi kavramını duymuş olmak arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=1.270$   $sd=1$   $p=0.260$ ,  $X^2=0.302$   $sd=2$   $p=0.860$ ,  $X^2=0.082$   $sd=2$   $p=0.959$ ). Cinsiyet, yaş ve meslekte çalışma süresi ile psikolojik otopsi kavramını biliyor olmak arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=0.772$   $sd=1$   $p=0.379$ ,  $X^2=0.038$   $sd=2$   $p=0.981$ ,  $X^2=0.417$   $sd=2$   $p=0.812$ ).

### Regresyon Analizi Sonuçları

Meslek ve şehir değişkeninin psikolojik otopsi kavramını bilmek konusunda yordayan değişkenler olduğu, cinsiyet, yaş ve çalışma süresinin yordayıcı olmadığı görülmüştür. Regresyon analizi sonucuna göre psikolog (OR=1), psikiyatrist (OR=.299, 95%CI: .109-.817) ve adli tıp hekimi (OR=.141, 95%CI: .041-.489) olmanın psikolojik otopsiyi yordayan meslekler olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre psikolog, psikiyatrist, adli tıp hekimi olmak psikolojik otopsiyi biliyor olmak anlamına gelmektedir.

Regresyon analizi sonucuna göre; Ankara'da çalışan meslek gruplarının diğer şehirlerde çalışan meslek gruplarına göre psikolojik otopsiyi biliyor olmak anlamına gelmektedir (OR=1).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikolojik Otopsi alanyazınına bakıldığında, dünyanın hemen her bölgesinde yöntemin sıklıkla intihara ilişkin risk faktörlerinin saptanması ve devamında intiharı önleme programlarının geliştirilmesi konusunda veri oluşturmak amacıyla kullanıldığı görülmektedir (Phillips vd., 2002; Suominen vd., 2002; Ak vd., 2009; Kurihara vd., 2009; Chachamovich vd., 2013; Paraschakis vd., 2015; González-Castro vd., 2017; Hagaman vd., 2017; Naudo-Molist vd., 2017; Jeon vd., 2018; Arensman vd., 2019; Rasouli vd., 2019).

Yöntem, ülkemizde de -sayılı çalışma da olsa- intiharların nedenlerini ve risk faktörlerini belirleyebilmek için kullanılmıştır. Dilsiz (1994) bir ruhsal otopsi denemesi adlı çalışmada yedi intihar vakasına yöntemi uygulamaya çalışmış ancak sadece üçünün yakınlarıyla görüşme sağlayabilmiştir. Sayıl, Canat ve Tuğcu (2003) ise, Adıyaman'daki onaltı intihar vakasına psikolojik otopsi yöntemini uygulamışlar ancak beş aileyle görüşememişlerdir. Altındağ ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada (aktaran Ak, Özmenler ve Özşahin, 2009) otuzbir intihar vakasına psikolojik otopsi yöntemini uyguladıkları görülmektedir. Taktak, Üzün ve Balcıoğlu (2012) yüzirmidört vakada, Kömür ve arkadaşları (2015) bir vakada ve Karataş, Şahin ve Sevinç (2016) kırk vakada psikolojik otopsi yöntemini uygulamışlardır. Bu tür psikolojik otopsi çalışmalarıyla intihar konusunda risk faktörlerinin belirlenmesinin yanı sıra intiharla mücadele konusunda atılacak adımlar konusunda önemli bir yol alınacağı düşünülmektedir.

Toplumsal bir sorun olan ve ulusal bir strateji geliştirilerek mücadele edilmesi gereken intihar olgusunun araştırılması, toplumumuzdaki intihar risk faktörlerinin belirlenmesi ve buna ilişkin kurumsal önlemler alınabilmesi için psikolojik otopsi uygulamalarının artırılması önem taşımaktadır. Yaş, cinsiyet, psikiyatrik bozukluklar, ailesel ve genetik etkenler, fiziksel hastalık öyküsü, umutsuzluk hisleri, zorlu yaşam olayları, çocukluk dönemi yaşantıları, cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, psikososyal ve çevresel faktörler gibi çok çeşitli risk faktörlerinin intihar davranışına yakınlıkta yer aldığı belirtilmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004; Yoshimasu ve ark., 2008). Gök ve arkadaşları (2004), 1997-2002 yılları arasında İstanbul'da yaşanan 49 polis intiharını yalnızca resmi kayıtları ele alarak topladıkları veriler ile girişimi önceden fark edilmesinin sağlanmasına ve intiharla mücadele konusunda neler yapılabileceğini açıkladıkları görülmüştür. Bu çalışmaların alanyazın için oldukça değerli olduğu ancak benzer çalışmalarda psikolojik otopsi yönteminin de kullanılmasıyla daha da derinlemesine bilgi edinilebileceği düşünülmektedir. Nitekim, ülkemizde sekiz yıl içerisinde oldukça sıradışı sayılabilecek olan ancak birbirini anımsatan iki olgu gerçekleşmiştir. Her iki olguda da dört kardeş aynı anda intihar eyleminde bulunarak yaşamlarına son vermişlerdir. Olgulardan biri 2011 yılında Kahramanmaraş'ta, diğeri 06.11.2019 tarihinde İstanbul Fatih'te gerçekleşmiştir (<https://www.kanalmaras.com/gundem/fatihteki-4-kardesin-intihari-kahramanmarastaki-4-kardesi-akillara-h68856.html>).

Türkiye İstatistik Kurumunun en son açıklanan 2014 yılı istatistikleri de göstermektedir ki, ülkemizde intihar eden kişilerin yarısından fazlasının (%52,9) gerçek intihar nedeni bilinmemektedir. Dolayısıyla yapılan çalışmaların yeterli olmadığı görülmekte, intihara ilişkin çalışmalarda daha yoğun

kullanılmasının yanı sıra, adli süreçlerde de kullanılabilir hale getirilmesinin önem taşıdığı düşünülmektedir.

Çalışmamız sonucunda konu hakkında çalıştığı düşünülen meslek grubundan sağlık sınıfında yer alan adli tıp hekimi, psikiyatrist ve psikologların yöntemden haberdar oldukları, kolluk gücü ve hukukçuların ise kavram hakkında bilgi sahibi olmadığı gözlemlenmiştir. Yöntem hakkında bilgilendirilen katılımcıların bu yöntemin ülkemizde uygulanabilirliği konusunda yaşanabileceğini öngördükleri sorunlar sırasıyla yöntemi uygulayabilecek yetkin personel olmaması, hukuki altyapı eksikliği ve yöntemi kimin uygulayabileceği sorununun en çok vurgulanan ilk üç seçenekte yer aldığı ve katılımcıların en az yarısının bu seçenekleri işaretlediği tespit edilmiştir. Araştırmacı tarafından tespit edilen eksikliklerin tamamının az ya da çok katılımcılar tarafından da düşünüldüğü ancak özellikle kişinin resmi bilgilerine erişilmesi konusunda beklenenden az sayıda bunun bir sorun olacağını düşünen kişinin olduğunun ifade edildiği görülmüştür. Hâkim, savcı, psikiyatrist ve polislerin adli, tıbbi ve polis bilgilerine ulaşmada en az sıkıntı yaşandığını beyan ettikleri görülmüştür.

Yöntemi hangi meslek grubunun uygulamasının daha sağlıklı bir sonuca ulaştıracağı konusunda adli psikologlar, psikiyatristler ve adli tıp hekimlerinin uygulamasının daha uygun olacağı cevabı da alanyazınla uyumlu bir bulgu olarak elde edilmiştir. Blau (1994), psikolojik otopsi yönteminin davranış bilimciler tarafından (psikiyatristler, psikologlar) uygulandığını, bu yöntemde davranış bilimcilerin ölen kişinin bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde kendine zarar verme motivasyonu olup olmadığını saptanmaya çalışıldığını oysa kolluk güçleri açısından bakıldığında soruşturmanın ölümün doğal yolla olup olmadığı şeklinde bir tespiti içerdiğini söylemiştir. Ayrıca Amerikan İntiharbilim Derneği (AAS)'nin düzenlediği Psikolojik Otopsi Sertifika Programına, sosyal bilimler ve davranışları inceleyen dallardan sağlık alanında en az yüksek lisans düzeyinde olmayı, davranış bilimleri geçmişi ve görüşme becerilerinde farklı eğitimi olanları ya da psikolojik otopsi uygulamalarında çalışan ya da gönüllü olan kişiler kabul edilmektedir (American Association of Suicidology, 2016).

Bir intihar ya da ölüm vakasında adli tıp uzmanından rapor alınmakta, inceleme kolluk kuvveti ile savcılık makamı tarafından yürütülmektedir. Soruşturmayı yürüten makamın yöntem hakkında bilgi sahibi olması, soruşturmanın mevcut bilgi ve kanıtlarla tıkandığı, ilerleyemediği durumlarda başvurabilecekleri bir yöntemin de farkında olmalarını beraberinde getireceği düşünülebilir. Adli vakaların nesnesi bireydir ve bireyin eylemine dair yapılacak bir araştırmada psikolojisinin göz ardı edilmesinin ciddi hatalara sebebiyet vereceği söylenebilir. Bunların yanı sıra, yöntemin yasal bir zemine oturtularak adli sistem içine dâhil edilmesiyle “şüpheli ölüm” araştırmalarında yöntemin işlevsel bir şekilde uygulanabilir duruma getirilmesi ile yöntemin mahkemeler nezdinde kabul görebilecek bir niteliğe kavuşturulması katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

Ak, M., Özmenler, K. N., Özşahin, A. (2009). Psikolojik otopsi ve Türkiye'deki uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 332-335

- Ak, M., Gülsün, M., Perdeci, Z., Sütçügil, L. ve Bozkurt, A. (2009). Psikolojik otopsi: Öldürme ardından özkıyım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 103-105.
- Alper, B., Azmak, D., Çekin, N., Gülmen, M.K, Koç, S., Salaçin, S. (1999). Adli Otopsi ve Adli Patoloji, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, Ankara. S:36-82.
- American Associaton Of Suicidology. Psychological Autopsy Certification Training. Erişim: <http://www.suicidology.org/training-accreditation/psychological-autopsy-certification+> Erişim Tarihi:26.01.2016
- Arensman, E., Larkin, C., Mccarthy, J., Leitao, S., Corcoran, P., Williamson, E., ... & Bradley, C. (2019). Psychosocial, psychiatric and work-related risk factors associated with suicide in Ireland: optimised methodological approach of a case-control psychological autopsy study. *BMC psychiatry*, 19(1), 275.
- Atay, İ. M., Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*. 12(3): 39-52.
- Blau, T. H. (1994). *Psychological services for law enforcement*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Canter, D. V. (2000). Psychological autopsies. *Encyclopedia of Forensic Sciences*. Elsevier, London, UK.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J., & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *International journal of circumpolar health*, 72(1), 20078.
- Cross, T. L., Gust-Brey, K., & Ball, P. B. (2002). A psychological autopsy of the suicide of an academically gifted student: Researchers' and parents' perspectives. *Gifted child quarterly*, 46(4), 247-264.
- Dilsiz, A. (1994). Bir ruhsal otopsi denemesi. *Kriz Dergisi*, 2 (1) , 218-222 .
- Dregne, N. M. (1982). Psychological autopsy: a new tool for criminal defense attorneys. *Ariz. L. Rev.*, 24, 421.
- González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Hernández-Díaz, Y., Juárez-Rojop, I. E., León-Garibay, A. G., Guzmán-Priego, C. G., López-Narváez, L. & Fréсан, A. (2017). Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *Journal of forensic and legal medicine*, 52, 236-240.
- Gök, M., Özaşçılar, M. ve Ziyalar, N. (2004). İstanbul'da 1997-2002 yılları arasında polis intiharları. *Polis Bilimleri Dergisi*. 6(3-4), 31-43.
- Hagaman, A. K., Khadka, S., Lohani, S., & Kohrt, B. (2017). Suicide in Nepal: a modified psychological autopsy investigation from randomly selected police cases between 2013 and 2015. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(12), 1483-1494.
- Henry, M. & Greenfield B. J. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsy: the impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis*. 30(1):20-24.
- INSERM Collective Expertise Centre. (2005). Suicide: Psychological autopsy, a research tool for prevention.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological autopsy studies—a review. *European psychiatry*, 16(7), 379-385.

- Jacobs, D., & Klein-Benheit, M. (1995). The psychological autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 23(2), 165-182.
- Jeon, M., Cho, H. N., Bhang, S. Y., Hwang, J. W., Park, E. J., & Lee, Y. J. (2018). Development and a pilot application process of the Korean psychological autopsy checklist for adolescents. *Psychiatry investigation*, 15(5), 490.
- Karataş, K.K., Şahin, M. F., Sevinç, S. (2016). Tamamlanmış intiharlarda psikolojik otopsi yöntemi ile intihar belirleyici faktörlerinin araştırılması, *Adli Tıp Dergisi*, 30(2), 128-134.
- Kömür, İ., Özdemirel, R.Ö., Özver, İ., Özbay, M., Şahin, E. ve Gürler, A.S. (2015). Psikolojik otopsi; intihara sürükleyen sebebin otopside tespit edildiği bir olgu sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, 29(1), 61-66.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: Applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393-397.
- Knoll IV, J. L. (2009). The psychological autopsy, part II: toward a standardized protocol. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 52-59.
- Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R., & Tirta, I. G. R. (2009). Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC public health*, 9(1), 327.
- Naudó-Molist, J., Nebot, F. X. A., Matavera, I. S., Villaroel, R. M., Briones-Buixassa, L., & Nuño, J. J. (2017). A descriptive analysis of suicide deaths and application of the Psychological Autopsy method during the period 2013–2015 in the region of Osona (Barcelona, Spain). *Spanish journal of legal medicine*, 43(4), 138-145.
- Ogloff, J. R., & Otto, R. K. (1993). Psychological autopsy: Clinical and legal perspectives. *St Louis University Law Journal*, 37, 607.
- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L., & Douzenis, A. (2015). A 2-year psychological autopsy study of completed suicides in the Athens greater area, Greece. *Psychiatry investigation*, 12(2), 212.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360(9347), 1728-1736.
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Rasouli, N., Malakouti, S. K., Rezaeian, M., Saberi, S. M., Nojomi, M., De Leo, D., & Ramezani-Farani, A. (2019). Risk factors of suicide death based on psychological autopsy method; a case-control study. *Archives of academic emergency medicine*, 7(1).
- Sayı, I., Canat, S. Ve Tuğcu, H. (2003), On altı intihar olgusunun psikolojik otopsi yöntemi ile değerlendirilmesi, *Kriz Dergisi*, 11(2), 1-6.
- Suominen, K., Isometsä, E., Heilä, H., Lönnqvist, J., & Henriksson, M. (2002). General hospital suicides—a psychological autopsy study in Finland. *General hospital psychiatry*, 24(6), 412-416.

- Taktak, Ş., Üzün, İ., Balcıoğlu, İ. (2012). İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 117-124.
- TÜİK 2014 Yılı İntihar İstatistikleri. Erişim: [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626>]. Erişim Tarihi: 27.01.2016
- Vasudeva Murty, C. R. (2010). Psychological autopsy – a review. *Al Ameen J. Medical Sciences*. 3(3), 177-181.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13(5), 243-256.



**EK – 1**  
**PSİKOLOJİK OTOPSİYE BAKIŞ ANKETİ**Cinsiyet:  Kadın  Erkek Yaşınız : .....

Mesleğiniz: Mesleğinizdeki Çalışma Süreniz: .....

- 
- Psikolog
- 
- Psikiyatrist
- 
- Adli Tıp Hekimi
- 
- 
- Savcı
- 
- Hâkim
- 
- Avukat
- 
- Polis

1. “Psikolojik Otopsi” terimini daha önceden hiç duydunuz mu?  
 Evet  Hayır2. “Psikolojik Otopsi” teriminin ne anlama geldiğini biliyor musunuz?  
 Evet  Hayır3. Yanıtınız “evet” ise bir cümleyle tanımlar mısınız?  
.....

Psikolojik Otopsi, şüpheli ölüm olaylarının aydınlatılmasında ve intihar davranışının anlaşılmasında kullanılan bir yöntemdir. Ölen kişinin tıbbi, adli, polis vb. kayıtlarının incelenmesi ve bireyin yakınlarıyla görüşmeler yapılmasıyla kişiye ilişkin bilgi toplayarak şüpheli ölüm olayının gerçek nedenlerinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

4. Bu tanım çerçevesinde düşündüğünüzde ülkemizde bu yöntemin uygulanabilirliği konusundaki düşünceleriniz nelerdir? Lütfen aklınıza gelen gerekçeleri kısaca açıklayınız.

Varsa Gerekçeleriniz:

- 
- Uygulanabilir .....

 Kısmen uygulanabilir ..... Uygulanamaz ..... Bir fikrim yok .....

5. Yöntemin ülkemizde uygulanması konusunda aşağıdaki eksikliklerden / sorunlardan hangilerinin var olduğunu düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 
- Hukuki Altyapı Eksikliği
- 
- 
- Yöntemi uygulayabilecek yetkin personelin bulunmaması
- 
- 
- Yöntemi kimin uygulayabileceği sorunu
- 
- 
- Adli kayıtlara ulaşmadaki güçlükler
- 
- 
- Tıbbi kayıtlara ulaşmadaki güçlükler
- 
- 
- Polis kayıtlarına ulaşmadaki güçlükler
- 
- 
- Ölen kişinin yakınlarına ulaşma ve onlarla görüşme konusundaki güçlükler
- 
- 
- Diğer .....

6. “Psikolojik Otopsi” uygulamalarını hangi meslek grubunun yapmasının en doğru sonuca ulaştıracağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilir ya da en uygun olduğunu düşündüğünüzden başlayarak numaralı bir sıralama yapabilirsiniz.)

- Polisler       Psikologlar       Adli Psikologlar       Psikiyatristler  
 Hekimler       Adli Tıp Hekimleri       Diğer .....

7. Bu yöntemle elde edilen bilgilerin ülkemizdeki adli süreçlerde (soruşturma ve kovuşturma aşamalarında) kullanılabilir / kabul edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet       Kısmen       Hayır       Bir fikrim yok

## ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKOSOMATİK ÜNİTESİ GRUP PSİKOTERAPİSİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Selma Çilem Kızılpınar\*, Ece Ağtaş Ertan\*, Kazım Cihan Can\*, Vesile Şentürk Cankorur \*\*

Makale geliş tarihi/ Received:12.07.2019

Kabul tarihi/ Accepted:15.12.2019

\* Araş. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

\*\*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

[uygurcilem@gmail.com](mailto:uygurcilem@gmail.com)

[kazimcihancan@gmail.com](mailto:kazimcihancan@gmail.com)

[ecegts@gmail.com](mailto:ecegts@gmail.com)

[vesile.senturk@kcl.ac.uk](mailto:vesile.senturk@kcl.ac.uk)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4176-9719>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1547-0040>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-497X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2911-8323>

### ÖZET

*Grup psikoterapileri sık görülen ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır ve bilişsel davranışsal, psikanalitik, dinamik, etkileşimsel, psikoeğitimsel, psikodrama gibi birçok teknik kullanılarak uygulanabilmektedir. Bu çalışmada sık görülen ruhsal hastalıklar tanısı ile kapalı, eklektik grup psikoterapisi programında tedavi edilen hastaların tedaviden faydalanmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikosomatik Ünitesi'nde Ocak 2010- Haziran 2018 tarihleri arasında tedavisi tamamlanan ve çalışmaya katılmaya onay veren olgular (n=116) ile telefon ile görüşülmüştür. Hastalardan yatış sırasında aldıkları tedaviden gördükleri faydayı 10 üzerinden Likert tipi değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca tedavi tekniklerini en çok faydalandıklarından en aza doğru sıralamaları istenmiştir. Sonuç olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikosomatik Ünitesi'nde tedaviye dirençli olarak değerlendirilen hastalarda 2 ay süre ile uygulanan tedavi modeli ile tedaviden iyi düzeyde fayda sağlanmış ve hastaların iyilik halleri uzun süreli olmuştur. Buna ek olarak, çalışmamızda grup psikoterapisinin bu modeldeki en önemli tedavi edici faktör olduğu saptanmıştır. Çalışmamız farmakoterapi ile birlikte grup psikoterapisin ana unsur olarak yer aldığı tedavi modelinin etkinliğini göstermesi açısından önemlidir.*

**Anahtar kelimeler;** Grup psikoterapisi, iyileştirici faktörler, özbidirim, etkinlik

## ANKARA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE HOSPITAL PSYCHOSOMATIC UNIT

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY

## ABSTRACT

*Group psychotherapies are used in the treatment of common mental disorders and can be applied by using many techniques such as cognitive behavioral, psychoanalytic, dynamic, interactive, psychoeducational and psychodrama. The aim of this study was to evaluate the benefits of treatment for patients who treated in closed, eclectic group psychotherapy program and followed up with the diagnosis of common psychiatric disorders. In this study, the patients (n:116) who completed the treatment between January 2010 and June 2018 in Psychosomatic Unit of the Department of Mental Health and Diseases of Ankara University Faculty of Medicine were interviewed by telephone. We asked patients to evaluate the benefits they got from the treatment during hospitalization on a Likert-type scale out of 10. In addition, they were asked to sort the treatment techniques. Consequently, the treatment model which applied in Ankara University Faculty of Medicine Psychosomatic Unit, for 2 months, provided good benefit and long-term well-being of the patients. In addition, in this study it was found that group psychotherapy itself was the most important therapeutic factor in this treatment model. Our study is important for showing the effectiveness of the treatment model in which pharmacotherapy and group psychotherapy are the main elements.*

**Key words;** *Group psychotherapy, curative factors, self report, effectiveness*

## GİRİŞ

Sağaltım durumunun biçimine göre psikoterapiler grup psikoterapileri ve bireysel terapiler olarak sınıflandırılabilir. Bireysel psikoterapiler arasında psikodinamik terapiler, kişilerarası ilişkiler terapileri, bilişsel davranışçı terapiler, aile ve çift terapileri, hümanistik- varoluşçu terapiler, sorun çözme terapileri, farkındalık eğitimi ve psikoeğitimler sayılabilir. Grup psikoterapilerinde de bilişsel davranışsal, psikanalitik, dinamik etkileşimsel, psikoeğitimsel, psikodrama gibi birçok teknikten söz edilebilir (Yalom, 1995). Grup psikoterapileri sık görülen ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılmasının yanında ciddi işlevsellik kaybı olan psikotik özellikli birçok hastalığa da uygulanabilmektedir. Yalom (1995) ‘Grup Psikoterapilerinin Teoriği ve Pratiği’ kitabında 11 iyileştirici faktör tanımlamıştır; umut aşılama, evrensellik, bilgi aktarımı, özgecilik, birincil aile grubunun onarıcı yineleyişi, toplumsallaştırıcı tekniklerin geliştirilmesi, taklitçi davranış, bireyler arası öğrenme (girdi-çıkı), grup bağlılığı, katarsis, varoluşsal etmenler (Tinklenberg ve Gilula, 1970; Butler ve Fuhriman, 1983; Yalom 1995).

Grup psikoterapilerinin etkinliği ile ilgili de birçok araştırma yapılmıştır. Depresyonda grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirildiği, 48 araştırmanın derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında grup terapisinin depresyon tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (McDermut, Miller ve Brown, 2001). Gelerter ve ark. (1991) 65 hastada 12 hafta boyunca farmakoterapi ve grup psikoterapisi uygulayarak etkinliklerini karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak bilişsel davranışçı grup terapisinin, etkin bir farmakoterapi kadar etkili olduğu bildirilmiştir. Travma sonrası stres bozukluğunda psikoeğitimsel

grup terapinin yapıldığı bir başka çalışmada da 16 haftalık tedavi sonucunda 29 hastanın 26'sında belirtilerde anlamlı iyileşme olduğu gösterilmiştir (Lubin, Loris, Burt ve Johnson, 1998). Ergenlerde öfke kontrolü üzerine yapılan kısa grup psikoterapisi sonrasında, öfke yönetimi konusunda önemli derecede iyileşme olduğu bildirilmiştir (Snyder, Kymissis ve Kessler, 1999). Grup terapilerinde iyileştirici etmenlerin araştırıldığı çalışmaları içeren bir gözden geçirme çalışmasında, kendini anlama, katarsis ve kişilerarası öğrenmenin danışanlara en yardımcı olan etmenler olduğu bildirilmiştir (Kellermen 1985).

Yatan hastalarda grup terapisi ilk olarak 1900'lü yılların başında Edward Lazel tarafından şizofreni hastalarına, psikoeğitimsel yöntemle uygulanmış olmakla birlikte 1970'lerden bu yana gelişerek bugünkü halini almıştır (Özbay, 2016, Çevik ve Şentürk Cankorur, 2016). Son yıllarda ülkemizde birçok merkezde ayakta ve yatarak grup terapileri uygulanmaktadır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda (A.Ü.T.F. Ruh S. ve H. A.D.) Psikosomatik Ünitesi'nde ve Alkol Bağımlılığı Servisi'nde kapalı etkileşimsel grup psikoterapileri, Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi biriminde ayakta ve kapalı etkileşimsel grup terapileri, Gündüz Servisi'nde ayakta grup terapileri, kapalı etkileşimsel grup terapileri ve psiko-eğitimsel grup terapileri, psiko servislerinde psiko-eğitimsel grup psikoterapileri uygulanmaktadır. A.Ü.T.F. Ruh S. ve H. A.D. Psikosomatik Servisi'nde uygulanan grup psikoterapilerinde iyileştirici etmenlerin Q sort tekniği ile araştırıldığı, toplam 36 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada, Yalom'un 12 iyileştirici etmeninden aile ilişkilerini yeniden yaşama, kişiler arası öğrenme ve grup bütünlüğü faktörleri en etkili 3 etmen olarak bulunmuştur (Şentürk, Arslan ve Çevik, 2006). Bu çalışmada her bir iyileştirici etmen 5 cümle ile tanımlanmış olup, 60 cümlelik bir liste oluşturulmuştur. Q-sort tekniği kullanılarak katılımcılardan iyileştirici etmenleri en faydalıdan en az faydalıya doğru sıralamaları istenir. Q sort tekniğinin uygulandığı bu çalışmada, en az faydalı kategorinin önemsiz olduğu anlamı çıkarılmamalıdır. Bu sadece bahsi geçen kategorinin diğerlerine göre daha az faydalı olduğu anlamına gelmektedir. Yine A.Ü.T.F. Ruh S. ve H. A.D. Psikosomatik ünitesinde yatarak tedavi gören 17 hastada grup terapisi sonrasında duygudurum belirtilerinde belirgin gerileme olduğu gösterilmiştir (Kaplan Kurnaz, Özateş, Çevik ve Şentürk Cankorur, 2018). Ülkemizde grup terapilerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu konuda çeşitli vaka sunumları bulunmaktadır (Arslan, Şentürk ve Çevik, 2010).

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında kullanılan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması açısından etkinlik değerlendirmesi yapılması önem arz etmektedir. Bu anlamda ülkemizde yapılan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada A.Ü.T.F. Ruh S. ve H. A.D. Psikosomatik Ünitesi'nde, sık görülen ruhsal hastalıklar tanısı ile kapalı grup psikoterapisi programında tedavi edilen hastaların tedaviden faydalanmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### ÖRNEKLEM

A.Ü.T.F. Ruh S. ve H. A.D. Psikosomatik Ünitesi'nde Ocak 2010- Haziran 2018 tarihleri arasında tedavisi tamamlanan 29 terapi grubundan, taburculuk sonrası kendisine telefon ile ulaşabildiğimiz ve çalışmaya katılmaya onay veren hastalar (n=116) çalışmaya alınmıştır. Çalışmamızda 233 hasta telefon ile aranmış, hastaların %49.4'üne (n:113) ulaşılammış, %50.6'sına (n:118) ulaşılabilmiştir. %0.9'u (n:2) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Ulaşılabilen ve çalışmayı kabul eden hastalar daha çok 2014 Ocak ayında ve sonrasında tedavisi tamamlanmış olan hastalardan oluşmaktadır. Hastalara ulaşılammamasının en sık nedeni, kişilerin yatış sırasında belirttiği numaralarını değiştirmiş veya kapatmış olmalarıdır. Bu çalışma Mayıs 2019- Haziran 2019 tarihlerinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamında Psikosomatik Ünitesi'nde belirtilen dönemde tedavisi yürütülmüş hastaların kayıtlarından iletişim bilgilerine ulaşılmıştır.

### Tedavi Protokolü

Psikosomatik Ünitesi'nde tedavisi yürütülen hastalar ağırlıklı olarak tedaviye dirençli olgulardan oluşmaktadır. Daha önce uygun süre ve dozda farmakoterapi almış ancak tedavi ile yeterli iyileşme sağlanamamış hastalar, tedavi ekibi ile değerlendirilerek Psikosomatik Ünitesi'ne yatışları sağlanmaktadır. Yatışı yapılan hastalara laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid hormon düzeyleri, vitamin düzeyler ölçümü), Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri, Beier Cümle Tamamlama Testi, IQ değerlendirme testleri yapılmaktadır. Yapılan bu değerlendirmeler, hastaların biyolojik modelle değerlendirilmesinin yanında, grup terapileri başlamadan önce sorunları ele alış biçimlerinin, içgörü düzeylerinin, psikolojik zihinliliklerinin ve sorun alanlarının belirlenmesine fayda sağlamaktadır. Buna ek olarak mental kapasite değerlendirmelerinin yapılması da grup terapisinde dinamiklerin işleyebilmesi ve ortaya çıkabilecek zorlukların öngörülebilmesi açısından önem arz etmektedir. Hastalar yatış esnasında tedavi programı konusunda bilgilendirilmektedirler. Hastalardan serviste yapılan bütün terapiler ve etkinliklere katılımları beklenmektedir. Yatış esnasında veya sonrasında tedavi uyumunda güçlük yaşadığını bildiren hastalar tedavileri yeniden düzenlenerek taburcu edilmektedirler. Kliniğimizde ortalama 12-14 oturum dahilinde, kapalı grup şeklinde dinamik yönelimli etkileşimli grup psikoterapisi uygulanmaktadır. Grup oturumları 50 dakika olup haftada iki kez yapılmaktadır. Terapiler aynı terapist tarafından yürütülmekte, ancak yardımcı terapistler her grupta değişmektedir. Yardımcı terapistlik görevini o dönemde serviste çalışan araştırma görevlileri yerine getirmektedir. Bunun yanında, bir tedavi grubu içerisinde yardımcı terapist değişimi yapılmamış olup, aynı yardımcı terapist hastalarla birlikte tedaviyi tamamlamaktadır. Psikosomatik Ünitesi'nde yapılan bireysel terapiler o dönemde serviste çalışan araştırma görevlileri tarafından yapılmaktadır. Bireysel görüşmeler ortalama 20 dakika olup haftada 2 kez yapılmaktadır. Günaydın toplantıları, sosyal gezi saati, spor saati, çay eğlence saati ve uğraş terapileri ortam tedavisinin en önemli etmenleridir. Yatış

sırasında terapilere ek olarak hastaların ilaç tedavileri sıklıkla gözden geçirilmekte ve gerekli değişiklikler yapılmaktadır. Kliniğimizde hastaların yaşadığı sorun alanlarına yönelik öznel değerlendirmelerinin yanında, multidisipliner bir ekip tarafından bu sorun alanlarında hastanın rolünün ne olabileceğine dair bilgiler edinilmekte ve hastaya geri bildirimler verilmektedir. Tedavi sürecinde hastaların kişilik özelliklerini öğrenmeleri, içgörü geliştirmeleri, kendilerini bir gruba ait hissetmeleri, sorunlarının diğer hastalarla benzer özellikler gösterdiğini fark etmeleri, duygularını ve düşüncelerini dışa vurmaya öğrenmeleri, kendilerinin başkalarının gözünde değerlendirebilme imkânı bulmaları tedavi sürecinde iyileştirici rol oynamaktadır.

Çalışma için etik kurul onayı 08/04.2019 tarih ve 07-543-19 karar numarası ile Ankara Üniversitesi Etik Kurul komitesi tarafından alınmıştır.

### **Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Ölçümü**

Bu çalışma kapsamında yazarlar tarafından sosyodemografik bilgilerin edinilmesi ve tedavinin değerlendirilmesi amacı ile olgu rapor formu hazırlanmıştır. Olgular telefon ile aranarak yatışları sırasındaki yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi ve meslek bilgileri edinilmiştir.

Hastalara hastanemiz Psikosomatik Ünitesinde aldıkları tedaviden gördükleri faydayı ve şikayetlerindeki düzelme miktarını oluşturulan sorularla 10 üzerinden Likert tipi değerlendirmeleri istenmiştir. Yatış sırasında elde edilen iyilik halinin de şimdi ne kadarının devam ettiğinin değerlendirilmesi istenmiştir. Daha sonra belirtilen değerler tarafımızca değerler 0-4 arası kötü, 5-7 arası orta, 8-10 arası iyi sonuç olacak şekilde gruplandırılarak analizler yapılmıştır. Tedavi ile ilgili değerlendirme için, tedaviden görülen fayda, şikayetlerde düzelme miktarı benzer sonuçları yansıttığı için yalnızca tedaviden görülen fayda ile bu ilişkilere bakılmıştır. Ayrıca tedavi tekniklerinin alt başlıklarından olan grup terapisi, bireysel psikoterapi, ilaçlar, sosyal ortam, kurallar ve düzen arasında en çok fayda gördüklerinden en az fayda gördüklerine göre bir sıralama yapılması istenmiştir. En çok fayda gördükleri tekniğe 1, en az fayda gördükleri tekniğe de 5 puan vermeleri istenmiştir.

### **İstatistiksel Analiz**

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumları, çalışma durumları ve tanıları ilgili tanımlayıcı sıklık analizleri yapılmıştır. Katılımcıların yaşları 0-30 yaş, 31-40, 41-50, 50 üstü şeklinde gruplandırılarak kategorik hale getirilmiş, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı sıklık analizleri ile hastaların en faydalı buldukları tedavi bileşenleri belirlenmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım değişkenler için bağımsız gruplar t testi, normal dağılmayanlarda ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Korelasyon analizinde Spearman testi uygulanmıştır. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS 22 programı kullanılarak yapılmıştır.

## BULGULAR

### Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik verileri ile ilgili değişkenler hastaların yatışları sırasındaki durumları sorularak belirlenmiştir. Örneklemin yatış sırasındaki yaş ortalaması standart sapması  $41,15\pm 13,39$  olup, %64,7'si (n:75) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %61,2'si (n:71) evli, %33,6'sı (n:39) bekar olduğunu, %5,2'si (n:6) bu bilgiyi paylaşmak istemediğini bildirmiştir. Yapılan değerlendirme yatıştan ortalama  $4,18\pm 2,62$  yıl (min: 1,08 max:9,58) sonradır. Hastaların %34,5'i 8 veya daha az yıl, %28,4'ü 9-12 yıl, %32,8'i ise 12'den daha fazla yıl eğitim almış bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin %35,3'ü ücretli çalışmakta, %18'i emekli olmuş, %43,1'i çalışmamaktadır (Tablo 1). Çalışmaya katılan hastaların yatışından sonra geçen sürenin ortalaması  $4,18\pm 2,62$  yıldır.

### Klinik Özellikler

Kliniğimizde takip edildikleri sırada hastaların, %35,3'ü (n:41), depresif nöbet, %16,4'ü (N:19) diğer bunalı bozuklukları, %12,9'u (n:15) bipolar duygudurum bozukluğu, %9,5'i (n:11) somatoform bozukluk, %8,6'sı (n:10) obsesif kompulsif bozukluk ve %10,3'ü (n:7) ise diğer tanılar (yeme bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, patolojik kumar oynama vb.) olarak gruplandığımız ICD-10 tanıları ile izlenmiştir. (Tablo 1)

Tedaviden gördükleri faydanın ortalaması 10'lu Likert puanlaması üzerinden  $6,68\pm 3,09$  (min:0, max:10), şikayetlerde düzelme  $6,24\pm 3,22$  (min:0, max:10), iyilik halinin devamı  $5,59\pm 3,22$  (min:0, max:10), olarak puanlanmıştır. Gruplara ayırarak incelediğimizde tedaviden gördükleri faydayı %21,6'sı kötü, %31,9'u orta, %43,1'i iyi olduğunu belirtmiştir. Şikayetlerde düzelme miktarını ise, %19'u kötü, %37,9'u orta, %35,9'u iyi olarak bildirmiştir. İyilik halinin devamlılığını ise, %31,0'ı kötü, %27,6'sı orta, %33,0'ı iyi olarak belirtmiştir.

Kendilerine en iyi gelen tedavi edici faktörü sıralamaları istendiğinde, %32,8'i grup psikoterapilerini, %21,6'sı bireysel terapileri, %15,5'i sosyal ortamın tedavi edici etkisini, %8,6'sı ilaç tedavisini, %6'sı ise kuralların tedavi edici etkisini belirtmişlerdir (Şekil 1).

Hastaların tedaviden gördükleri faydaya verdikleri puan ile yaş arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle incelenmiş, aralarında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Spearman's Rho=0,077,  $p=0,451$ ). Ayrıca; katılımcıların yaşları 0-30 yaş, 31-40, 41-50, 50 üstü şeklinde gruplandırılarak, yaş gruplarıyla tedaviden fayda görme oranları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında tedaviden görülen



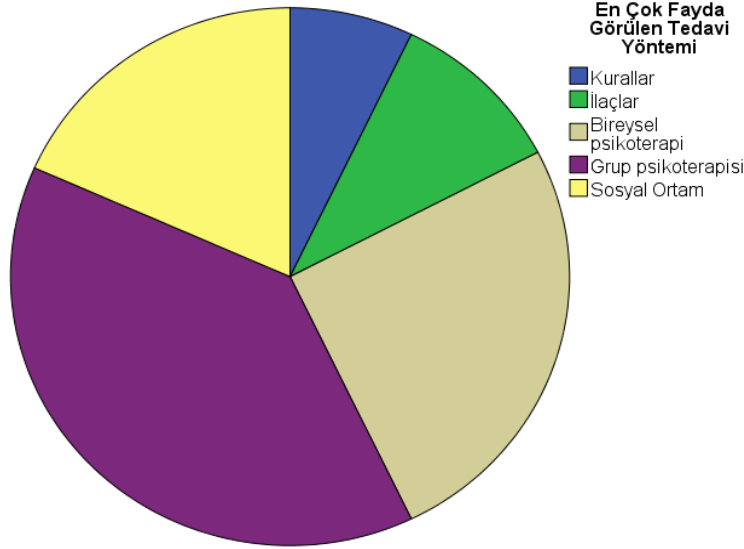
Fayda açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Kruskal Wallis testi,  $p=0,335$ ). Tedaviden yararlanıma göre gruplandırılarak yapılan değerlendirmede; iyi, orta ve kötü düzeyde fayda gören gruplar arasında, eğitim düzeyi (ki-kare testi,  $p=0,632$ ), medeni durum (ki-kare testi,  $p=0,679$ ) ve çalışma durumu (ki-kare testi,  $p=0,804$ ) açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kadın ve erkek hastalar tedaviden gördükleri fayda açısından karşılaştırıldığında, kadın hastaların erkeklere göre tedaviden daha çok fayda gördüğü saptanmıştır (Mann-Whitney U testi,  $p=0,014$ ). Ayrıca cinsiyetin iyilik halinin devamlılığında da anlamlı farklılık oluşturduğu, kadınlarda iyilik halinin devamlılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mann-Whitney U testi,  $p=0,007$ ). Cinsiyetler arasında en çok tedavi eden yöntem beyanı konusunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür (ki-kare testi,  $p=0,358$ ).

Tedaviden görülen fayda grupları arasında hastalık tanıları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (ki-kare testi,  $p=0,580$ ). Tanı grupları arasında da en çok yarar görülen tedavi etmeni açısından anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür (ki-kare testi,  $p=0,121$ ).

Örneklemin %50,9'u taburculuktan sonra Psikosomatik Ünitesi'nde takiplere devam ettiğini, %46,6'sı tedaviye devam etmediğini bildirmiştir. Katılımcıların % 29,3'ü herhangi bir merkezden psikiyatrik destek almadığını bildirirken %69,0'ı halen psikiyatrik tedavilere devam ettiğini bildirmiştir. Taburculuk sonrası Psikosomatik Ünitesinde tedavi devamlılığı ile tedaviden görülen faydanın ilişkisine bakıldığında tedaviye devam etme bakımından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ).

Tablo 1: Sosyodemografik veriler		Hasta ( n : 116)
Yaş		ort±s.s 41,15 ±13,39
Cinsiyet		% (n)
Erkek		64,7 (75)
Kadın		35,3 (41)
Çalışma Durumu		
Çalışıyor		35,3 (41)
Çalışmıyor		43,1 (50)
Emekli		18,1 (21)
Medeni Durum		
Evli		61,2 (71)
Bekar		33,6 (39)

Eğitim Düzeyi (yıl)	
<8	34,5 (40)
9-12	28,4 (33)
>12	32,8 (38)
Tanı	
Depresif Nöbet	35,3 (41)
Bunaltı Bozuklukları	16,4 (19)
Obsesif kompulsif bozukluk	8,6 (10)
Bipolar bozukluk	12,9 (15)
Somatoform bozukluk	9,5 (11)
Diğer	10,3 (12)



**Şekil 1:** Hastaların tedavide en çok fayda gördüklerini belirttiği tedavi yöntemi sıklıkları

## TARTIŞMA

Bu çalışmada; daha önce bireysel terapi ve farmakoterapi uygulanmış ancak yeterli iyileşme sağlanamamış hastalarda, Psikosomatik Ünitesi kapalı grup psikoterapisi modelinin hastaların büyük kısmında iyileşme sağladığı ve bu iyilik halinin hastaların büyük bir çoğunluğunda ortalama 4,18 yıl süre ile devam ettiği saptanmıştır.

Çalışmada bu modeldeki en önemli tedavi edici faktörün grup psikoterapisi olduğu saptanmıştır. Hastalar tedaviye en az etki eden faktörler olarak kurallar ve ilaç tedavilerini belirtmişlerdir. Bunun

sebebi olarak servisimizde yatarak tedavi gören hastaların daha önce ilaç tedavisi almış ve fayda görmemiş kişilerden oluşması olduğunu düşünülmüştür.

Çalışmada cinsiyet tedaviden görülen fayda ve iyilik halinin devamlılığını etkileyen tek değişken olarak saptanmıştır. Kadınların özellikle zorlu durumlarda kadın gruplarında kendilerini daha iyi ifade edebildikleri belirtilmiştir (Holmes, 2002). Ayrıca yapılan bir araştırmada da çalışmamızla uyumlu olarak kadınların grup psikoterapisinden gördüğü faydanın erkeklere göre daha yüksek olduğu, gruba uyumunun daha yüksek olduğu, erkeklere göre gruba daha çok bağlılık gösterdikleri belirtilmiştir (Ogrodniczuk, Piper ve Joyce, 2004). Çalışmamızda kadınların her bir grupta sayı olarak çoğunlukta olmaları sebebi ile gruba bağlılıklarının artmakta olduğunu ve bunun tedavi sonucunu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Diğer değişkenlerin sonucu etkilememesinin, örneklem boyutunun küçük olması ile ilişkilendirmekteyiz. Zira eğitim durumu gibi etkenlerin terapi etkinliği üzerine önemli etkisi olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda tedavi etkinliğinin değerlendirmesinde, yatış sürecinden ortalama 4 yıl sonra hastaların öz bildirimleri kullanılmıştır. Hastaların tedavi ile iyileşmesi geçerli bir ölçekle değerlendirilmemiştir. Hastaların güncel psikiyatrik durumu değerlendirilemediğinden, hastalar güncel psikopatolojileri sebebi ile daha olumlu ya da daha olumsuz yanıt vermiş olabilirler. Bu önemli bir kısıtlılıktır, ancak tedaviden 4 yıl geçmesine rağmen hala olumlu yanıt verilmesinin önemli ve geçerli sayılabileceği kanaatindeyiz.

Sonuç olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikosomatik Ünitesi'nde uygulanan tedavi modelinde tedaviye dirençli olarak değerlendirilen hastaların çoğunluğu tedaviden iyi ve çok iyi düzeyde faydalanmışlar ve iyilik halleri uzun süreli olmuştur. Çalışmamız farmakoterapi ile birlikte grup psikoterapisinin ana unsur olarak yer aldığı tedavi modelinin etkinliğini göstermesi açısından önemlidir.

#### KAYNAKLAR

- Arslan, E., Şentürk, V. ve Çevik, A. (2010). Bir hastanın grup terapisi sürecinde kendi tanımıyla "kendine olan yolculuğu". *Kriz Dergisi*, 18(3), 27-36.
- Butler, T. ve Fuhrman, A. (1983). Curative factors in group therapy: A review of the recent literature. *Small Group Behavior*, 14(2), 131-142.
- Çevik A. ve Şentürk Cankorur V. (2016). Dinamik Yönelimli etkileşimli Grup Psikoterapileri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uygulamaları. (s. 47-53) Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Taneer, M. E. ve Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.

- Holmes, L. (2002). Women in group and women's groups. *International journal of group psychotherapy*, 52(2), 171-188.
- Kaplan Kurnaz B, Ezerbolat Özateş M., Çevik, A. ve Vesile, Ş. C. (2018). Zeka ve duygudurum belirtilerinin grup psikoterapisi öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 26(1).
- Kellermann, P. F. (1985). Participants' perception of therapeutic factors in psychodrama. *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 38, 123-132.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J. ve Johnson, D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1172-1177.
- McDermut, W., Miller, I. W. ve Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 98-116.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14(2), 231-243.
- Özbay H. (2016). Grup Psikoterapileri. Şentürk Cankorur V. (Ed.). *Grup Psikoterapileri*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uygulamaları. (s. 23-33) Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi
- Snyder, K. V., Kymissis, P. ve Kessler, K. (1999). Anger management for adolescents: Efficacy of brief group therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1409-1416.
- Şentürk, V., Arslan, P. E. ve Çevik, A. (2006). Yatan Hastalarda Grup Psikoterapisi Sürecinde İyileştirici Etmenlerin 'Q Sort Tekniği' ile Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 26(3), 232-239.
- Tinklenberg J. ve Gilula M. (1970). Curative factors in group psychotherapy." Yalom I. D., *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books

## KLİNİK OLMAYAN ÖRNEKLEMDE ALEKSİTİMİNİN YORDAYICILARI OLARAK DUYGU ODAKLI YAPILAR VE BENLİK SAYGISI

Arkun Tatar\* Sami Çamkerten\*\*

Makale geliş tarihi/Received:16.08.2019

Kabul tarihi/ Accepted:11.12.2019

\* Doç. Dr. FSM Vakıf Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

\*\*Psikolog, İstanbul /Türkiye

arkuntatar@yahoo.com

[sami.camkerten@gmail.com](mailto:sami.camkerten@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-2369-9040

ORCID: 0000-0001-8924-9483

**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Arkun Tatar, FSM Vakıf Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü- Üsküdar Yerleşkesi Valide-i Atik Mah. Kartalibaba Cad. No: 36 P. Kodu 34664 Üsküdar İstanbul

### ÖZET

*Bu çalışmada, benlik saygısı ve empati, duygusal zeka, duygusal farkındalık, kaygı, depresyon gibi duygu odaklı ölçeklerin klinik olmayan örnekleme aleksitiminin yordanmasında ne derecede etkili olduklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 18-71 yaşları arasında, 321 kadın, 287 erkek olmak üzere 608 kişi katılmıştır. Çalışmada, tüm katılımcılara A Aleksitimi Ölçeği, Duygusal Zeka Ölçeği, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10, Empati Ölçeği, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri uygulanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak aleksitimi puanının yordanmasında diğer ölçeklerin etkisi incelenmiştir. Aleksitimi puanının yordanmasında çoklu R<sup>2</sup> değeri tüm grupta 0,593, kadınlarda 0,627, erkeklerde 0,560 bulunmuştur. Aleksitiminin yordanmasında duygusal zekanın, empatinin, duygusal farkındalığın, pozitif ve negatif duygu durumunun, kaygının ve benlik saygısının etkili olduğu görülmüştür. Aleksitiminin "Duygusal" bileşeninin yordanmasında depresyon, durumluk kaygı ve pozitif duygu durumu puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olmamıştır. Aleksitiminin "Bilişsel" bileşeninin yordanmasında ise anksiyete, benlik saygısı ve negatif duygu durumu puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olmamıştır. Kadın ve erkek grupları için işlemler ayrı ayrı olacak şekilde tekrarlanmıştır. Yordayıcı değişkenlerde bazı farklılıklar olmakla birlikte genel olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** aleksitimi, duygu, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati

### EMOTION-ORIENTED STRUCTURES AND SELF-ESTEEM AS A PREDICTIONS OF ALEXITHYMIA IN A NON-CLINICAL SAMPLE

#### ABSTRACT

*In the present study it was aimed to examine the effectiveness of self-esteem and emotion-oriented scales such as empathy, emotional intelligence, emotional self-awareness, anxiety, and depression for predicting alexithymia in a non-clinical sample. A total of 608 people, 321 women and 287 men ranging in age from 18 to 71 participated in the study. In the study, The A Alexithymia Scale, the Emotional Intelligence Scale, the Emotional Self-Awareness Scale, the Empathy Quotient, the Positive and Negative Affect Schedule, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the State-Trait Anxiety Inventory, and the Coopersmith's Self-esteem Inventory were administered to all participants. The effectiveness of the scales in predicting alexithymia score was examined by using multiple regression analysis. Multiple R<sup>2</sup> values were determined 0.593 in the whole group, 0.627 in women, and 0.560 in men. Emotional intelligence, empathy, emotional self-awareness, positive and negative affects, anxiety and self-esteem were found to be effective in predicting alexithymia score. Depression, state anxiety and positive affect scores were not statistically significant in predicting the "Affective" component of alexithymia. For prediction of the "Cognitive" component, anxiety, self-esteem and negative affect scores were not been effective at a statistically significant level. Same statistical processes were repeated separately for women and men. Although there were some differences in the predictor variables, similar results were obtained in general.*

**Keywords:** alexithymia, emotion, emotional intelligence, emotional self-awareness, empathy

## GİRİŞ

Aleksitimi, kavramsal olarak duyguları sözel olarak ifade edememe (Ghiggia ve ark., 2017; Pistorio, Veroux, Sinagra, Basile ve de Pasquale, 2017) şeklinde tanımlanmaktadır ve duygular konusunda kelime bulmakta güçlük çekme ile belirginleşen çok yönlü bir yapının genel adı olarak kullanılmaktadır (Preece, Becerra, Allan, Robinson ve Dandy, 2017; Taylor, Bagby ve Parker, 2016). Aleksitimi, somatik semptomlardan yakınan ve psikosomatik bozukluğa sahip olan hastalarla klinik ortamda yapılan gözlemler sonucunda ortaya konulmuştur (Chalah ve Ayache, 2017; Kajanoja, Scheinin, Karlsson, Karlsson ve Karukivi, 2017; Khosravani, Ardestani, Bastan ve Kamali, 2017). Aleksitimi, duyguları anlama ve anlamlandırmada yaşanan güçlük ve kişiler arası ilişkilerde duygu değerlendirmesine ilişkin bilişsel-deneyimsel eksiklik ile karakterize bir olgudur (Ghiggia ve ark., 2017; Kajanoja ve ark., 2017; Pistorio ve ark., 2017; Rehman, Gumley ve Biello, 2018; Shah, Hall, Catmur ve Bird, 2016; Taylor ve ark., 2016). Olgu, yapısal olarak duyguları deneyimleme ve çözümlenme güçlüğü, duyguları fark etme ve ayırt etme zorluğu, duygu içerikli mesajları okuma ve diğer insanlara iletme zorluğu, hayal gücü eksikliği, dışsal yönelimli bilişsel stil ile kendini göstermektedir (Chalah ve Ayache, 2017; Cruise ve Becerra, 2018; Dehghani, Dehghani, Kafaie ve Taghizadeh, 2017; Ghiggia ve ark., 2017).

Aleksitiminin kavramsallaştırılmasında, duyguların fark edilmesi ve değerlendirilmesini ifade eden duyguları fark etme-değerlendirme modeli önerilmekte (Preece ve ark., 2017) ve yapının bilişsel, duygusal olmak üzere iki gizil faktörden (latent factor) oluştuğu bildirilmektedir. Bilişsel boyut, duyguları ayırt etme, analiz etme ve tanımlama becerilerinin zayıf olmasını işaret ederken, duygusal boyut hayal kuramamayı ve eksik duygusal tepkiselliğin olduğu azalmış duygusal deneyimleri ifade etmektedir. Bilişsel ve duygusal zorluğun bir arada olduğu aleksitimi türü tip I Aleksitimi olarak tanımlanırken, sadece bilişsel zorluğun olduğu aleksitimi türü tip II Aleksitimi olarak tanımlanmıştır.

Her iki aleksitimi türü için de nöropsikolojik kanıtların olduğu belirtilmektedir (Chiu, Lee, Chen, Ho ve Wu, 2017; de Panfilis, Ossola, Tonna, Catania ve Marchesi, 2015; Vorst ve Bermond, 2001).

Somatoform bozukluğa sahip olan bireylerin, aleksitimiye olan eğilimlerinin yüksek olduğu, kişiler arası iletişim becerilerinin zayıf olduğu ve bu nedenle de duyguları sözel olarak ifade etmek yerine bedensel bir ağrıya dönüştürdükleri belirtilmektedir (Alfasi ve Soffer-Dudek, 2018; Jordan ve Smith, 2017). Bu yönüyle, aleksitimi düzeyinin yüksek olması, bireylerin daha olumsuz duygusal yaşantılara sahip olmasına işaret etmektedir (Gao ve ark., 2018). Aleksitiminin anlaşılmasına yönelik ilk dönem çalışmalarında, olumsuz duygusal deneyimlerin fiziksel semptomlar olarak ortaya çıktığı psikosomatik bozukluklar arasında sınıflandırıldığı, buna karşın takip eden çalışmalarda bir kişilik özelliği (trait) olarak da kabul edildiği ve ölçümünün buna uygun olarak gerçekleştirildiği görülmektedir (El Abiddine ve ark., 2017; Mattila ve ark., 2010; Tatar ve ark., 2017). Bu açıdan aleksitiminin hem klinik hem de klinik olmayan genel örneklerde incelendiği görülmektedir (Tatar ve ark., 2017; Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl ve Tchanturia, 2017).

Genel olarak yaygınlık oranının %5-21 arasında olduğu belirtilen aleksitiminin, kadınlarda veya erkeklerde daha yaygın olarak görüldüğüne ilişkin birbirinden farklı sonuçlar sunulduğu, bununla birlikte erkeklerin aleksitimi düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışma sonuçları bulunduğu görülmektedir (Demartini ve ark., 2014; Gabriel, Untas, Lavner, Koleck ve Luminet, 2016; Heaton ve ark., 2012; Leweke, Leichsenring, Kruse ve Hermes, 2012; Mattila ve ark., 2010; Salminen, Saarijarvi, Aarela, Toikka ve Kauhanen, 1999; Tselebis ve ark., 2010; Westwood ve ark., 2017). Diğer bir ifadeyle, aleksitiminin görülme sıklığının ve aleksitimi düzeyinin cinsiyet açısından farklılık gösterdiğine ilişkin farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bu açıdan cinsiyet farklılıkları incelendiğinde, genel olarak, erkeklerin dışsal yönelimli ve problem odaklı düşünme, kadınların ise erkeklere oranla daha çok içsel yönelimli, duygu odaklı ve negatif düşünme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Gabriel ve ark., 2016; Thomsen, Mehlsen, Viidik, Sommerlund ve Zachariae, 2005).

Aleksitimi genellikle psikolojik ve psikiyatrik bozukluklar ile bağlantılı olarak değerlendirilmektedir (Bagby, Taylor ve Ryan, 1986; El Abiddine ve ark., 2017; Huang, Tzeng, Lin, Chung, 2017; Hornsveld ve Kraaimaat, 2012; Kerr, Johnson, Hans ve Krumrine, 2004; Leweke ve ark., 2012; Mikolajczak ve Luminet, 2006). İlgili çalışmalarda aleksitiminin, otizm (Heaton ve ark., 2012; Shah ve ark., 2016), obsesif kompulsif bozukluk (Khosravani ve ark., 2017), anksiyete (di Tela ve ark., 2017; Tselebis ve ark., 2010), yeme bozuklukları (Nowakowski, McFarlane ve Cassin, 2013), uyku bozuklukları (Alfasi ve Soffer-Dudek, 2018), benlik saygısı (Garafalo, Holden, Zeigler-Hill ve Velotti, 2016; Timoney ve Holder, 2013; Yelsma, 1995), empati (Guttman ve Laporte, 2002), duygusal zeka (Parker, Taylor ve Bagby, 2001), duygusal farkındalık (Herbet, Herbet ve Pollatos, 2011), alkol bağımlılığı (Cruise ve Becerra, 2018), depresyon (Hoffmann ve ark., 2016; Tselebis ve ark., 2010), yalnızlık (Jordan ve Smith, 2017), stres, travma sonrası stres bozukluğu (Dehghani ve ark., 2017; Frewen, Dozois, Neufeld ve Lanius, 2008; Frewen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2018; Kerr, Johnson, Gans ve Krumrine, 2004), saldırganlık (Berke ve ark., 2017) ve fibromiyalji (di Tela ve ark., 2017; Ghiggia ve ark., 2017; Montoro, Reyes del Paso ve Duschek, 2016) gibi pek çok olguyla

ilişkilendirildiği görülmektedir. Aleksitimi ayrıca, kişilik ile bilişsel, duygusal sağlık arasındaki ilişkide olası bir aracı değişken olarak da alınmaktadır (Atari ve Yaghoubirad, 2016).

Aleksitimik özellikler, bireyin çevresiyle olan ilişkilerinin bozulmasına ve kendini yalnız hissetmesi gibi klinik olmayan psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (El Abiddine ve ark., 2017). Aleksitimik bireylerin duygularını anlama / anlamlandırmada güçlük çekmeleri nedeniyle stres yaratan durumlardan ve ortamlardan kaçınmaları, aleksitiminin stresle ilişkisini yansıtmaktadır (Gao ve ark., 2018; Kerr ve ark., 2004; Popa-Velea, Diaconescu, Mihailescu, Popescu ve Macarie, 2017). Aleksitimik bireylerin şiddet eğilimleri de yüksek olabilmektedir. Bu doğrultuda aleksitimik özelliklerin giderilmesinde etkili olan müdahale yöntemleri bu bireylerde şiddet eğiliminin azaltılmasında da etkili bir yöntem olmaktadır (Atari ve Yaghoubirad, 2016; Berke ve ark., 2017).

Duygusal becerilerde eksiklik, empati yoksunluğu, katı / hissiz yüz ifadeleri, uyumsuz duygu düzenleme davranışları, duyguları tanımlamada duygusal ve bilişsel güçlük ile belirginleşen bir yapı olduğu ifade edilen (Atari ve Yaghoubirad, 2016; Günter, Matthes, Kersting, Egloff ve Suslow, 2016; Luminet, Bagby, Wagner, Taylor ve Parker, 1999; Mann, Wise, Trinidad ve Kohanski, 1994) aleksitimiye ilişkin genel örneklem değerlendirilmesinde yaygın kullanılan Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin (Toronto Alexithymia Scale) aleksitiminin sadece bilişsel boyutlarını ölçtüğü (Kajanoja ve ark., 2017) ancak bu ölçekle birlikte farklı ölçme araçlarında aleksitiminin, duyguları tanımda zorluk (difficulty identifying feelings), duyguların ifade edilmesinde zorluk (difficulty describing feelings) ve dışsal yönelimli düşünme tarzı (an externally oriented thinking style), hayal kurmada zorluk (fantasising difficulty), duygusal tepki vermede güçlük (difficulty emotionalising) gibi yönlerine yer verildiği görülmektedir (Borhani, Lavadas, Fotopoulou ve Haggard, 2017; Montoro ve ark., 2016; Perece, Becerra, Allan, Robinson ve Dandy, 2017; Tatar ve ark., 2017; Vorst ve Bermond, 2001; Westwood ve ark., 2017). Bu çalışmada da yukarıda sunulanlar doğrultusunda klinik olmayan örnekleme aleksitiminin empati, pozitif ve negatif duygu durum, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, kaygı, depresyon gibi duygu odaklı yapılarla (di Tela ve ark., 2017; Guttman ve Laporte, 2002; Herbet ve ark., 2011; Hoffmann ve ark., 2016; Parker ve ark., 2001; Thomsen ve ark., 2005) ve negatif ve pozitif duygu ile ilişkili olmasından dolayı benlik saygısı (Brown ve Marshall, 2001; Kang, Shaver, Sue, Min ve Jing, 2003) ile yordanması düşünülmüştür. Böylece bu yapıların aleksitiminin bilişsel ve duygusal yönlerini yordama oranları açısından da karşılaştırılması düşünülmüştür. Ayrıca cinsiyet gruplarında duyguların ve benlik saygısının aleksitimiye etkisinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Çalışmaya 650 kişi katılmış, çalışmada kullanılan ölçeklerden biri ve / veya birkaçına ait maddelerin bazılarının boş bırakılması nedeniyle 42 kişinin (%6,46) verisi değerlendirme dışı tutulmuştur. Kullanılan tüm ölçekleri bütünüyle cevaplayan 18-71 yaşları arasında (ortalama 31,99 ±



10,98 yıl) 287 erkek (%47,2) ve 321 kadın (%52,8) olmak üzere 608 kişinin verisi geçerli veri olarak bu çalışmada kullanılmıştır. Verisi değerlendirilen katılımcıların 306'sının bekar (%50,3), 284'ünün evli (%46,7), 5'inin dul (%0,8) ve 13'ünün boşanmış (%2,1); 34'ünün ilkokul (%5,6), 36'sının ortaokul (%5,9), 119'unun lise (%19,6), 418'inin üniversite mezunu (%68,8) olduğu ve birinin (%0,2) ise eğitim durumunu belirtmediği görülmüştür. Katılımcıların 32'si gelir durumunu kötü (%5,3), 395'i gelir durumunu orta (%65,0) ve 174'ü gelir durumunu iyi (%28,6) olarak tanımlamış ve yedi kişi (%1,2) ise gelir durumunu belirtmemiştir. Çalışmada dahil etme kriteri olarak 18 yaş ve üzeri yetişkinler ile kullanılan ölçeklerin öz bildirim türü olması nedeniyle basılı form ölçekleri cevaplama işlemini kendi kendine yapabilen bireyler alınmıştır.

### **Gereçler**

Bu çalışmada, A Aleksitimi Ölçeği, A Duygusal Farkındalık Ölçeği, Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Empati Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği ve sosyo-demografik soruları içeren anket formu kullanılmıştır

**A Aleksitimi Ölçeği**, iki üst yapı altında (Duygusal ve Bilişsel Bileşen) beş faktörden (Duygusal Deneyimleri Çözme ve İfade Etme, Dürtüsel Davranma, Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz, Düşsel Yaşam ve İmgeleme, Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi) oluşan 28 maddelik beşli likert tipi cevaplama seçeneği olan öz bildirim türü bir ölçektir (Tatar ve ark., 2017). Bu çalışmada Duygusal, Bilişsel Bileşen alt boyutları ve ölçeğin genel toplam puanı kullanılmıştır.

**A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10**, Tatar, Özdemir, Çeliklebaşı ve Özmen (2018) tarafından geliştirilen 10 maddelik beşli likert tipi cevaplama seçeneği olan ve toplam puan ile değerlendirme yapılan bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksek oluşu, duyguları okuma ve fark etme becerisinin yüksekliğine işaret etmektedir.

**Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği**, Schutte ve ark., (1998) tarafından geliştirilen, Tatar, Tok, Bender ve Saltukoğlu (2017) tarafından Türkçe'ye çevrilen 33 maddelik beşli likert tipi cevaplama seçeneği olan ve genel toplam puanla değerlendirilen bir ölçektir.

**Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri**, "Evet" ve "Hayır" şeklinde cevaplama seçeneği olan bir ölçektir. Yetişkinlere uygulanan kısa ve uzun formu bulunmaktadır. Ölçek 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir ve ölçekten elde edilen puanın yüksek olması benlik saygısının yüksek olduğuna işaret etmektedir (Eker ve Yılmaz, 2016; Oktan ve Şahin, 2010). Bu çalışmada ölçeğin 25 maddelik kısa formu kullanılmıştır.

**Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği**, Spielberg'in Durumluk-Sürekli Kaygı Kuramına dayanan 20 maddesi durumluk ve 20 maddesi sürekli kaygıyı ölçen toplam 40 maddeden oluşan öz bildirim türü bir ölçektir. Ölçeklerden elde edilen toplam puan 20-80 arasındadır ve yüksek puan kaygı seviyesinin arttığını belirtir (Öner ve Le Compte, 1985)

**Empati Ölçeği**, Baron-Cohen ve Wheelwright (2004) tarafından geliştirilmiştir. Bora ve Baysan (2009) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Uzun formu 60 maddeden oluşan fakat 20 maddesi toplam puana dahil edilmeyen, kısa formu ise uzun formuna faktör analizi uygulanması sonucunda elde edilen maddelerden oluşan dördümlü likert tipi değerlendirme içeren bir ölçektir (Bora ve Baysan, 2009). Ölçekten alınan puanların yüksek oluşu empati düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada kısa formu kullanılmıştır.

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği**, tek maddeleri anksiyeteyi ve çift maddeleri depresyonu ölçen 14 maddeli dördümlü likert tipi cevaplama seçeneği içeren bir ölçektir (Aydemir, Güvenir, Küey ve Kültür, 1997). Bu çalışmada iki alt boyutu da kullanılmıştır.

**Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği**, Watson, Clark ve Tellegen'in (1988) geliştirdiği ve Gençöz (2000) tarafından Türkçe'ye çevrilen 10'u negatif ve 10'u pozitif duyguyu ölçen toplamda 20 maddelik beşli likert cevaplama seçeneği olan ölçme aracıdır.

### Uygulama

Çalışmanın verileri, dört aylık bir süre içerisinde, İstanbul ilinde, kolay örnekleme yöntemiyle ulaşılabilen ve başlıkta belirtildiği gibi "klinik grupta olmayan" kişilerden isim ve kimlik bilgisi alınmadan toplanmıştır. Bu nedenle çalışma, etik kurul izni alınmaksızın, katılımcılara "gönüllü olur formuyla" araştırma amacı hakkında bilgi verilerek ve katılmayı kabul eden kişilere formların bireysel olarak uygulamasıyla yürütülmüştür. Bir kişilik uygulama yaklaşık olarak bir saat sürmüştür.

### Verilerin Analizi

Bu çalışmanın verisinin analizi için, kullanılan ölçek toplam puanları için normal dağılım testleri yapılmış, ölçeklerin iç tutarlılık güvenirlik katsayıları hesaplanmış, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi ve aleksitimi puanlarının yordanması için de çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

### BULGULAR

Çalışmada önce ölçek toplam puanlarının normal dağılım gösterip göstermedikleri test edilmiş ve ölçeklerin (ve alt boyutlarının) iç tutarlılık güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık güvenirlik katsayılarının 0,652 (A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10) ile 0,932 (Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği-33) arasında değiştiği görülmüştür. Daha sonra A Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutları ile diğer ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi korelasyon analiziyle incelenmiştir. Kullanılan diğer ölçek toplam puanlarının A Aleksitimi Ölçeği genel toplam puanıyla -0,636 (A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10) ile -0,433 (PANAS Pozitif Duygu Alt Boyutu) arasında, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşeni toplam puanıyla -0,609 (A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10) ile -0,351 (PANAS Pozitif Duygu Alt Boyutu) arasında ve A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşeni

toplam puanıyla -0,465 (A Duygusal Öz Farkındalık) ile 0,236 (Sürekli Kaygı Ölçeği) arasında değişen korelasyon katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Ölçeklerin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları ve A Aleksitimi Ölçeği ile Korelasyon Katsayıları**

n=608	Cronbach Alfa	A Aleksitimi Ölçeği	A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Boyutu	A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Boyutu
A Aleksitimi Ölçeği	0,871			
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Boyutu	0,863			
A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Boyutu	0,761			
Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	0,932	-0,527***	-0,451***	-0,459***
A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	0,652	-0,636***	-0,609***	-0,465***
Baron Empati Ölçeği Kısa Form	0,858	-0,498***	-0,406***	-0,460***
Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	0,821	-0,433***	-0,351***	-0,403***
Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,814	0,452***	0,489***	0,255***
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,787	0,456***	0,491***	0,262***
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,678	0,484***	0,422***	0,409***
Durumluk Kaygı Ölçeği	0,906	0,465***	0,436***	0,354***
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,845	0,462***	0,519***	0,236***
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	0,792	-0,543***	-0,543***	-0,367***

\*\*\*p<0,001

Daha sonra tüm grupta, kadın ve erkek gruplarında ayrı ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış, A Aleksitimi Ölçeği toplam puanının yordanması amacıyla kurulan modeller tüm grupta ( $R^2 = 0,593$ ,  $F(10,597) = 86,818$ ;  $p < 0,001$ ), kadın ( $R^2 = 0,627$ ,  $F(10,310) = 52,217$ ;  $p < 0,001$ ) ve erkek ( $R^2 = 0,560$ ,  $F(10,276) = 35,185$ ;  $p < 0,001$ ) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm grup için kurulan modelde, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif duygu ve negatif duygu, anksiyete ve benlik saygısı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yer alırken, durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri modelde yer almamıştır. Kadın grubunda, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif duygu, negatif duygu ve benlik saygısı değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yer almıştır. Buna karşın, anksiyete, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri modelde yer almamıştır. Erkek grubunda ise duygusal zeka, duygusal farkındalık, empati ve benlik saygısı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde modelde yer alırken pozitif ve negatif duygu, anksiyete, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri regresyon denkleminde girmemişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2. A Aleksitimi Ölçeği Genel Toplam Puanının Çoklu Doğrusal Regresyon Analiziyle Yordanma Sonuçları**

Gruplar	Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>
Tüm Grup	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,164	-4,889***	86,818***	0,593
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,313	-9,438***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,144	-4,319***		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,072	-2,193*		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,142	4,000***		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,089	2,278*		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,069	1,974*		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	0,024	0,615		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,034	-0,774		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,130	-3,520***		
Kadın Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,098	-2,104*	52,217***	0,627
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,368	-8,353***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,130	-2,833**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,130	-2,772**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,179	3,788***		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,095	1,784		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,036	0,745		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	-0,020	-0,410		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,083	-1,343		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,177	-3,399*		
Erkek Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,211	-4,231***	35,185***	0,560
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,243	-4,756***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,155	-3,169**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,029	-0,598		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,091	1,629		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,105	1,735		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,086	1,648		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	0,084	1,294		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,012	-0,185		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,110	-2,009*		

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen alt boyutu toplam puanını tüm grupta, kadın ve erkek grubunda yordamak için ayrı ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve tüm grupta ( $R^2 = 0,544$ ,  $F(10,507) = 71,330$ ;  $p < 0,001$ ), kadınlarda ( $R^2 = 0,606$ ,  $F(10,310) = 47,780$ ;  $p < 0,001$ ) ve erkeklerde ( $R^2 = 0,48$ ,  $F(10,276) = 25,998$ ;  $p < 0,001$ ) kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Duygusal Bileşen alt boyutunun yordanmasında tüm grupta, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, negatif duygu, anksiyete, sürekli kaygı ve benlik saygısı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkiliyken, pozitif duygu, depresyon ve durumluk kaygı değişkenleri etkili olmamıştır. Kadın grubunda, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, negatif duygu, sürekli kaygı ve benlik saygısı değişkenleri regresyon denkleminde girerken empati, pozitif duygu, anksiyete ve durumluk kaygı değişkenleri denkleminde yer almamışlardır. Erkek grubunda ise duygusal

zeka, duygusal farkındalık, anksiyete ve benlik saygısı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaya katılırken, empati, pozitif ve negatif duygu, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri Duygusal Bileşen alt boyutunun yordanmasına katkı sağlamamışlardır (Tablo 3).

**Tablo 3. A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Boyutunun Çoklu Doğrusal Regresyon Analiziyle Yordanma Sonuçları**

Gruplar	Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>
Tüm Grup	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,149	-4,194***	71,330***	0,544
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,325	-9,280***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,078	-2,212*		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,024	-0,683		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,160	4,254***		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,116	2,808**		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	-0,016	-0,434		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	-0,062	-1,512		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	0,121	2,619**		
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,137	-3,519***			
Kadın Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,117	-2,448*	47,780***	0,606
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,367	-8,093***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,062	-1,309		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,045	-0,929		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,201	4,129***		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,074	1,349		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	-0,032	-0,643		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	-0,075	-1,518		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	0,155	2,431*		
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,145	-2,712**			
Erkek Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,186	-3,451**	25,998***	0,485
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,271	-4,907***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,095	-1,799		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	0,004	0,072		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,101	1,677		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,151	2,313*		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,016	0,276		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	-0,040	-0,577		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	0,079	1,096		
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,140	-2,359*			

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Tüm grupta, kadın ve erkek grubunda A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen alt boyutunun yordanması için ayrı ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve tüm grupta ( $R^2 = 0,392$ ,  $F(10,597) = 38,358$ ;  $p < 0,001$ ), kadın grubunda ( $R^2 = 0,441$ ,  $F(10,310) = 24,498$ ;  $p < 0,001$ ) ve erkek grubunda ( $R^2 = 0,355$ ,  $F(10,276) = 15,186$ ;  $p < 0,001$ ) bu alt boyutunu yordamak için kurulan regresyon modellerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Tüm grupta, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif duygu, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olarak regresyon denkleminde yer alırken negatif duygu, anksiyete ve benlik saygısı değişkenleri denkleme girmemiştir. Kadın grubunda, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif duygu, sürekli kaygı ve benlik saygısı değişkenleri kurulan modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yer almış buna karşın duygusal zeka, negatif duygu, anksiyete, depresyon ve durumluk kaygı değişkenleri ise yer almamıştır. Erkek grubunda ise duygusal zeka, empati, depresyon ve durumluk kaygı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olarak regresyon modelinde yer almış duygusal öz

farkındalık, pozitif ve negatif duygu, anksiyete, sürekli kaygı ve benlik saygısı değişkenleri denklemden çıkarılmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Boyutunun Çoklu Doğrusal Regresyon Analiziyle Yordama Sonuçları**

Gruplar	Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>
Tüm Grup	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,131	-3,201**	38,358***	0,392
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,195	-4,809***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,185	-4,559***		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,114	-2,825**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,072	1,666		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,024	0,502		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,160	3,759***		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	0,130	2,768**		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,231	-4,313***		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,078	-1,726		
Kadın Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,044	-0,772	24,498***	0,441
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,263	-4,875***		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,182	-3,248**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,205	-3,571***		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,099	1,700		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,095	1,463		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,115	1,952		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	0,059	1,006		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,374	-4,932***		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,168	-2,630**		
Erkek Grubu	Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Ölçeği	-0,168	-2,780**	15,186***	0,355
	A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği	-0,114	-1,842		
	Baron Empati Ölçeği Kısa Form	-0,181	-3,062**		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Alt Boyutu	-0,064	-1,090		
	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Alt Boyutu	0,043	0,636		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu	0,002	0,021		
	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu	0,153	2,415*		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	0,227	2,887**		
	Sürekli Kaygı Ölçeği	-0,134	-1,676		
	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	-0,028	-0,422		

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

## TARTIŞMA

Duyguların dışavurumunda ve yaşantılanmasında bilişsel ve duygulanımsal zorluk olarak tanımlanan aleksitiminin, depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozukluklarını içeren patolojilerin yanında, stres ve ruhsal bozukluklar için de risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte, aleksitimik bireylerin, stresli durumlarla başa çıkmada problem yaşadıkları, duygu durumlarındaki değişimleri anlamakta zorlandıkları ve empati yapmakta güçlük çektikleri belirtilmektedir (Bermond, Vorst, Vingerhoets ve Gerritsen, 1999; Gabriel ve ark., 2016; Gao ve ark., 2018; Parker ve ark., 2001; Preece ve ark., 2017). Bu belirtilenler doğrultusunda bu çalışmada klinik olmayan örneklemden, aleksitiminin açıklanmasında empati, pozitif

duygu, negatif duygu, duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, kaygı ve depresyon olmak üzere duygu odaklı yapıların ve benlik saygısının ne düzeyde etkili olduğunun belirlenmesinin yanı sıra aleksitiminin duygusal ve bilişsel bileşenlerinin bu yapılarla yordanma oranları açısından karşılaştırılması planlanmıştır. Çalışmada ayrıca ikincil amaç olarak da cinsiyet gruplarında yürütülen işlemler açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi düşünülmüştür.

Sonuçlar incelendiğinde, A Aleksitimi Ölçeği genel toplam puanının açıklanma oranının kadın grubunda, erkek grubundan belirgin düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Tüm grupta aleksitiminin yordanmasında duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif ve negatif duygu durum, anksiyete, depresyon ve benlik saygısı etkili olmuştur. Buna karşın, durumluk ve sürekli kaygının etkili olmadığı belirlenmiştir. Kadın grubunda duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, pozitif duygu durum, negatif duygu durum ve benlik saygısı anlamlı düzeyde etkili olurken, anksiyete, depresyon, sürekli kaygı ve durumluk kaygı etkili olmamıştır. Erkek grubunda ise kadın grubundan farklı olarak negatif ve pozitif duygu durum modelde yer almamıştır. İlgili yazında kadınların erkeklerden daha fazla negatif duyguya sahip olduğu (Thomsen ve ark., 2005), aleksitiminin duyguların işlenmesindeki zorluklarla karakterize bir olgu olmasının yanında anksiyete, duygusal zeka, negatif duygu, zayıf duygusal farkındalık ve empati ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Berke ve ark., 2017; di Tela ve ark., 2017; Gao ve ark., 2018; Herbert, Herbert ve Pollatos, 2011; Hoffmann ve ark., 2016; Parker ve ark., 2001). Aleksitiminin genel toplam puanının yordanmasında hem tüm grupta hem de kadın ve erkek gruplarında duygusal öz farkındalığın beta katsayısının en yüksek katsayı olduğu görülmüştür. Aleksitiminin, duygusal farkındalığın eksikliği şeklindeki tanımlandığı (Herbert ve ark., 2011; Kerr ve ark., 2004; Montoro ve ark., 2016) göz önünde bulundurulduğunda sonucun beklenen yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada, aleksitimiye ölçmeye yönelik mevcut Türkçe ölçme aracından (Taylor ve ark., 2016) farklı olarak, aleksitiminin duygusal bileşenini değerlendirmeye olanak sağlayan alternatif bir ölçme aracının kullanılmış olması, bu çalışmanın özgün yönünü oluşturmaktadır. Türkçeye çevrili yapılmış olan TAS-20'nin aleksitiminin sadece bilişsel yönünü ölçtüğü görülmektedir. Buna karşın, A Aleksitimi Ölçeği, yapının bilişsel boyutunun yanı sıra duygusal boyutunu da değerlendirme olanağı sunmaktadır (Tatar ve ark., 2017). Tüm grupta, A Aleksitimi Ölçeği genel toplam puanının açıklanma oranının duygusal bileşenden ve duygusal bileşenin de bilişsel bileşenden yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuç da bu çalışmada kullanılan ölçme aracının yordanması açısından duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlerin (ve benlik saygısının) önemini göstermektedir. Diğer yandan, aleksitiminin duygusal bileşeninin duyguları merkeze alan yapı ve değişkenler ile yordanma oranının, aleksitiminin bilişsel bileşeninin yordanma oranından yüksek olması, şaşırtıcı ve beklenmedik bir sonuç olmamıştır. Ancak buradaki önemli nokta, genel toplam puanın yordanma oranının duygusal bileşenden, duygusal bileşen yordanma oranının da bilişsel bileşenden yüksek olmasıdır. Bu sonuç, duygusal ve bilişsel bileşenlerin duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlerle yordanmasının ortak ve toplanan bir etki yaptığının işareti niteliğindedir. Bu durum bir yanıyla bu çalışmada aleksitiminin yordanmasında duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlerin önemini gösterirken diğer yanıyla da A Aleksitimi Ölçeği'nin iki boyutlu yapı geçerliliğine katkı yapmaktadır.

Daha önce belirtildiği gibi, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen alt boyutunun açıklanma yüzdesinin, üç grupta da (tüm grup, kadın ve erkek grubu) aleksitimi genel toplam puanın açıklanma yüzdesine oranla daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tüm grupta duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, empati, negatif duygu, anksiyete, sürekli kaygı ve benlik saygısı etkili olmuştur. Kadın grubunda, duygusal bileşen alt boyutunu duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, negatif duygu ve sürekli kaygı yordarken, erkek grubunda duygusal zeka, duygusal öz farkındalık, anksiyete ve benlik saygısı yordamıştır. Duygusal bileşenin üç grupta da en güçlü yordayıcısının duygusal öz-farkındalık olduğu görülmektedir. Aleksitiminin, negatif duygu (Taylor ve ark., 2016), duygusal zeka (Kerr ve ark., 2004), benlik saygısı (Brown ve Marshall, 2001; Kang ve ark., 2003; Yelsma, 1995) ve Bar-On Duygusal Zeka Ölçeği (Bar-On, 2006) kişiye özgü (duygusal öz farkındalık, özsaygı, öz-gerçekleştirim ve bağımsızlık), kişilerarası (empati, sosyal sorumluluk ve kişilerarası ilişkiler), stres denetimi (strese tolerasyon ve dürtü kontrolü) alt boyutları ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Parker ve ark., 2001). Bu çalışmada elde edilen sonuç da bu belirtilenlerle paralel doğrultudadır, yani ilgili çalışma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen alt boyutunun yordanmasında, kadınlarda sürekli kaygının, duygusal öz farkındalığın ve pozitif duygu düzeyinin, erkeklerde ise durumluk kaygının, empatinin ve duygusal zekanın en yüksek beta katsayısı ile ilk üç sırayı oluşturan değişkenler olduğu görülmüştür. Bu sonuca bağlı olarak da tüm grupta sürekli kaygı, duygusal öz farkındalık ve empati en yüksek beta katsayısı ile ilk üç sırayı oluşturmuştur.

Çalışmanın bütününde, benlik saygısının, duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlere doğrudan ilgisi yok ve bu yönüyle aleksitiminin yordanmasında diğer değişkenlerle birlikte ele alınmasına gerek olmadığı gibi görünmesine karşın, aleksitiminin benlik saygısıyla (Garafalo ve ark., 2016; Timoney ve Holder, 2013; Yelsma, 1995) ve benlik saygısının duygu odaklı yapılarla (Brown ve Marshall, 2001; Kang ve ark., 2003; Marshall, Marshall, Serran ve O'Brien, 2009; Oosterwegel, Field, Hart ve Anderson, 2001; Rey, Extremera ve Pena, 2011) ilişkileri birçok çalışmada ortaya konulmaktadır. Bu nedenle aleksitiminin yordanmasında değişken olarak benlik saygısının alınması yöntemsel açıdan uygun görünmektedir.

Bu çalışmada gözlenen önemli sınırlılıklardan birini aleksitimiye yordamak için alınan duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlerin bir kuramsal çerçevede alınmamış / alınmamış olması oluşturmaktadır. Bu sınırlılığı ise aleksitiminin etiolojisiyle ilgili kuramların dağınıklığı ve yetersizliği ile Türkçe ölçme araçlarının azlığının yarattığı eksiklik olmak üzere iki faktörün oluşturduğu görülmektedir. Bu sınırlılıklar dışarıda tutulmak koşuluyla daha sonrasına dönük olarak oluşan projeksiyon ise aynı yapı ve değişkenlerin yol (path) analizi gibi daha yeni yöntemsel yaklaşımlarla incelenebileceğidir. Özellikle değişkenler arası ilişkileri açıklayan teorilerin oluşturulması ve test edilmesi bağlamında belirtilen bu öneri işlevsel görünmektedir. Ayrıca aleksitiminin yordanmasında, cinsiyet gruplarında olduğu gibi yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu grupları gibi farklı bir çok sosyo-demografik grupta farklılıkların olabileceği öngörülmektedir. Bu doğrultuda, aleksitiminin kapsamının ne olduğu konusundaki belirsizliğin azaltılmasında duyguları merkeze alan yapı ve değişkenlerin rolünün biraz daha iyi anlaşılabilmesi öngörülmektedir.



**KAYNAKLAR**

- Alfasi, D., & Soffer-Dudek, N. (2018). Does alexithymia moderate the relation between stress and general sleep experiences? *Personality and Individual Differences*, 122, 87-92.
- Atari, M., & Yaghoubirad, M. (2016). The big five personality dimensions and mental health: the mediating role of alexithymia. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 59-64.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Bagby, M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207-215.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Berke, D. S., Macdonald, A., Poole, G. M., Portnoy, G. A., McSheffrey, S., Creech, S. K., & Taft, C. T. (2017). Optimizing trauma-informed intervention for intimate partner violence in veterans: the role of alexithymia. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 222-229.
- Bora, E., & Baysan, L. (2009). Empati Ölçeği-Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(1), 39-47.
- Borhani, K., Ladavas, E., Fotopoulou, A., & Haggard, P. (2017). "Lacking warmth": alexithymia trait is related to warm-specific thermal somatosensory processing. *Biological Psychology*, 128, 132-140.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2001). Self-esteem and emotion: some thoughts about feelings. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 575-584.
- Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: a systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 104, 31-47.
- Chiu, C. D., Lee, M. H., Chen, W. C., Ho, H. L., & Wu, H. C. (2017). Alexithymia and anesthetic bladder capacity in interstitial cystitis / bladder pain syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 100, 15-21.
- Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: a critical update. *Addictive Behaviors*, 77, 232-246.
- de Panfilis, C., Ossola, P., Tonna, M., Catania, L., & Marchesi, C. (2015). Finding words for feelings: the relationship between personality disorders and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 74, 285-291.
- Dehghani, F., Dehghani, F., Kafaie, P., & Taghizadeh M. R. (2017). Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 42-45.
- Demartini, B., Petrochilos, P., Ricciardi, L., Price, G., Edwards, M. J., & Joyce, E. (2014). The role of alexithymia in the development of functional motor symptoms (conversion disorder). *The Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 85(10), 1132-1137.

- di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Pain experience in fibromyalgia syndrome: the role of alexithymia and psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 208, 87-93.
- Eker, İ., & Yılmaz, B. (2016). Risk alma davranışı: çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı temelinde bir değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 27-36.
- El Abiddine, F. Z., Dave, H., Aldhafri, S., El-Astal, S., Hemaïd, F., & Parker, J. D. A. (2017). Cross-validation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: results from an Arabic multicenter study. *Personality and Individual Differences*, 113, 219-222.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(2), 243-246.
- Frewen, P. A., Lanius, R. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., Pain, C., Hopper, J. W., Densmore, M., & Stevens, T. K. (2008). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 171-181.
- Gabriel, B., Untas, A., Lavner, J. A., Kolec, M., & Luminet, O. (2016). Gender typical patterns and the link between alexithymia, dyadic coping and psychological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 96, 266-271.
- Gao, T., Li, J., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., & Mei, S. (2018). The influence of alexithymia on mobile phone addiction: the role of depression, anxiety and stress. *Journal of Affective Disorders*, 225, 761-766.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: the mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3-15.
- Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15(46), 19-26.
- Ghiggia, A., Romeo, A., Tesio, V., di Tella, M., Colonna, F., Geminiani, G. C., Fusaro, E., & Castelli, L. (2017). Alexithymia and depression in patients with fibromyalgia: when the whole is greater than the sum of its parts. *Psychiatry Research*, 255, 195-197.
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Günther, V., Matthes, A., Kersting, A., Egloff, B., & Suslow, T. (2016). Alexithymia and the implicit self-concept of extraversion in women. *Personality and Individual Differences*, 88, 21-25.
- Heaton, P., Reichenbacher, L., Sauter, D., Allen, R., Scott, S., & Hill, E. (2012). Measuring the effects of alexithymia on perception of emotional vocalizations in autistic spectrum disorder and typical development. *Psychological Medicine*, 42(11), 2453-2459.
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gartner, M., Bempohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 199, 23-29.
- Hornsveld, R. H. J., & Kraaimaat, F. W. (2012). Alexithymia in Dutch violent forensic psychiatric outpatients. *Psychology, Crime and Law*, 18(9), 833-846.

- 
- Huang, K. C., Tzeng, D. S., Lin, C. H., & Chung, W. C. (2017). Interpersonal-Psychological Theory, alexithymia, and personality predict suicide ideation among maladjusted soldiers in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 603-611.
- Jordan, K. D., & Smith, T. W. (2017). The interpersonal domain of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 110, 65-69.
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karlsson, L., Karlsson, H., & Karukivi, M. (2017). Illuminating the clinical significance of alexithymia subtypes: a cluster analysis of alexithymic traits and psychiatric symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 111-117.
- Kang, S. M., Shaver, P. R., Sue, S., Min, K. H., & Jing, H. (2003). Culture-specific patterns in the prediction of life satisfaction: roles of emotion, relationship quality, and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1596-1608.
- Kerr, S., Johnson, V. K., Gans, S. E., & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Student Development*, 45(6), 593-611.
- Khosravani, V., Ardestani, M. S., Bastan, F. S., & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 127-133.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22-28.
- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345-358.
- Mann, L. S., Wise, T. N., Trinidad, A., & Kohanski, R. (1994). Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality in normal subjects. *Psychological Reports*, 74(2), 563-567.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime and Law*, 15(2-3), 217-234.
- Mattila, A. K., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 216-221.
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1399-1408.
- Montoro, C. I., Reyes del Paso, G. A., & Duschek, S. (2016). Alexithymia in fibromyalgia syndrome. *Personality and Individual Differences*, 102, 170-179.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14.

- Oktan, V., & Şahin, M. (2010). Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2), 543-556.
- Oosterwegel, A., Field, N., Hart, D., & Anderson, K. (2001). The relation of self-esteem variability to emotion variability, mood, personality traits, and depressive tendencies. *Journal of Personality*, 69(5), 689-708.
- Öner, N., & LeCompte, W. A. (1985). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı* (2. baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115.
- Pistorio, M. L., Veroux, M., Sinagra, N., Basile, G., & de Pasquale, C. (2017). Alexithymia in kidney transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 49, 642-645.
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Mihailescu, A., Popescu, M. J., & Macarie, G. (2017). Burnout and its relationships with alexithymia, stress, and social support among Romanian medical students: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 1-10.
- Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341-352.
- Rehman, A., Gumley, A., & Biello, S. (2018). Sleep quality and paranoia: the role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry Research*, 259, 216-222.
- Rey, L., Extremera, N., & Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.
- Salminen, J. K., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.
- Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *Cortex*, 81, 215-220.
- Tatar, A., Özdemir, H., Çelikbaş, B., & Özmen, E. (2018). A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği'nin geliştirilmesi ve klinik olmayan örneklemede duygusal öz farkındalığın kaygı ve depresyondaki rolünün incelenmesi. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 4(13), 793-806.
- Tatar, A., Saltukoğlu, G., Alioğlu, S., Çimen, S., Güven, H., & Ay, Ç. E. (2017). Özellik yaklaşımıyla aleksitimi ölçme-I: A Aleksitimi Ölçeği madde seçimi ve faktör yapısının oluşturulması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 54(3), 216-224.
- Tatar, A., Tok, S., Bender, M. T., & Saltukoğlu, G. (2017). Asıl Form Schutte Duygusal Zeka Testinin Türkçeye çevirisi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 139-146.

- 
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). What's in the name 'alexithymia'? a commentary on "affective agnosia: expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 1006-1020.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Viidik, A., Sommerlund, B., & Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect-is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 38(8), 1935-1946.
- Timoney, L. R., & Holder, M. D. (2013). *Emotional Processing Deficits and Happiness: Assessing the Measurement, Correlates, and Well-Being of People with Alexithymia*. Dordrecht: Springer.
- Tselebis, A., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., Karkanias, A., Ilias, I., Siafakas, N., Vgontzas, A., & Tzanakis, N. (2010). Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 1-7.
- Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413-434.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81.
- Yelsma, P. (1995). Self-esteem and alexithymia. *Psychological Reports*, 77(3), 735-738.

## DESTEKLEYİCİ DİNAMİK PSİKOTERAPİNİN TEMEL STRATEJİLERİ

Pervin Tunç\*

Makale geliş tarihi/ Received:29.06.2019

Kabul tarihi/ Accepted:04.10.2019

\*Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Arel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

pervinden@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4938-0510>

### ÖZET

*Dinamik yönelimli destekleyici psikoterapi ruhsal sorunları olan hastaların çoğunun ihtiyaçlarını karşılayabilecek psikoterapötik bir yaklaşımdır ve psikodinamik psikoterapi uygulamalarından geliştirilmiştir. Buna karşın, çoğu ruh sağlığı uzmanının, destekleyici dinamik psikoterapinin öğretilmesi ve öğrenilmesinde çok az zaman ve çaba harcadıkları ve bu terapinin doğasını veya sürecini açıkça ve kesin olarak ifade edemediği gözlenmektedir. Bu psikoterapi yöntemi, belirtileri iyileştirmek, benlik değeri, ego işlevi ve uyum becerilerini geliştirmek amacı ile doğrudan müdahalede bulunmaktadır. Terapide hastanın ilkel aktarımlarını, gerçekliği algılamadaki çarpıtmalarını ve beklentilerini sistematik bir biçimde analiz etme yerine gerçekliğin sınırlarını oluşturmak daha önemlidir. Destekleyici psikoterapinin asıl amacı, ruhsal sorunları olan bireylerin bilinçdışı çatışmalarını araştırmak yerine ego fonksiyonlarını ve uyumunu iyileştirmektir. Bu nedenle dinamik yönelimli destekleyici psikoterapi, hastanın regresyonunu ve negatif aktarım özelliğini en aza indirirken gerçeklik algısını güçlendirmeye, dürtüselliğini azaltmaya ve kaotik düşünce sistemini netleştirmeye odaklanır. Bu makale, dinamik yönelimli destekleyici psikoterapinin uygulamalarını, gerekçelerini ve temel stratejilerini incelemektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Destekleyici Psikoterapi, Dinamik Psikoterapi, Temel Stratejiler

### BASIC STRATEGIES OF SUPPORTING DYNAMIC PSYCHOTHERAPY

#### ABSTRACT

*Dynamic oriented supportive psychotherapy is a psychotherapeutic approach which can fulfill the needs of most patients with mental problems and it was derived from psychodynamic psychotherapy applications. On the other hand, most psychology professionals put little effort into learning and teaching supportive dynamic psychotherapy and they are unable to accurately express the nature and the process of this therapy. This therapy method directly intervenes with the intentions of curing the symptoms, enhancing self-worth, developing ego function and improving adaptation skills. Forming the patients' boundaries of reality is more important than analyzing the*

*primitive transference, distortion of reality or expectations. The essential aim of supportive psychotherapy is to improve the patients' ego functions and harmony instead of researching their unconscious conflicts. Therefore, dynamic oriented supportive psychotherapy focuses on minimizing the patient's regression and negative transference, strengthening the reality perception, reducing the compulsivity and clarifying the chaotic thinking system. This article analyzes the applications, justifications and main strategies of the dynamic oriented supportive psychotherapy.*

**Key Words:** *Supportive Psychotherapy, Dynamic Psychotherapy, Basic Strategies*

## Giriş

Psikanalizden köken alan psikodinamik ve destekleyici psikoterapiler ruhsal sorunlar alanında yaygın olarak uygulanmaktadır (Pinsker, 1997). Psikodinamik bireysel psikoterapiler, destekleyici psikoterapilerden (DP) açıklayıcı psikoterapilere uzanan bir süreklilik olarak tanımlanmaktadır (Gabbard, 2005). Spektrumun “açıklayıcı” kutbunda bulunan psikanaliz, ifade edilemeyen duyguların, düşüncelerin ve çatışmaların keşfedilmesi ile elde edilen iç görüler arasındaki ilişkiyi analiz ederek kişilik değişimini sağlayan yaklaşımları içermektedir (Luborsky, 1984; Kernberg, 2008). Gabbard'a (2009) göre, spektrumun destekleyici kutbundaki, destekleyici psikoterapinin amacı hastanın kişiliğini değiştirmek yerine, hastanın semptomları, bilinçli çatışmaları veya geçici problemleri ile başa çıkmasına ve uyum göstermesine yardımcı olmaktır. Ancak destekleyici psikoterapide de hasta iç görü kazanmakta ve kişilik değişimine dair sonuçlar da ortaya çıkmaktadır (Rosenthal ve ark. 1999).

Hellersteinet (1994) destekleyici psikoterapinin psikopatolojilerinin ciddiyetine bakılmaksızın çoğu hasta için tercih edilen tedavi modeli veya varsayılan tedavi olarak görülmesi gerektiğini savunmaktadır. Destekleyici psikoterapi günümüzde en yaygın uygulanan bireysel psikoterapilerin başında gelmektedir (Winston, Rosenthal ve Pinsker, 2004). Aynı zamanda, destekleyici psikoterapinin psikanalizin açıklayıcı psikoterapisinin uygun olmadığı düşük işlevli belirli bir hasta grubunun tedavisinde kullanılan özgül bir terapi yöntemi olduğu da bildirilmiştir (Holmes, 1995). Rockland (2016) ise hastanın ihtiyaçlarına göre açıklayıcı ya da destekleyici terapi yaklaşımının uygun olduğunu belirtmektedir.

Bazı yazarlar destekleyici psikoterapiyi bir çeşit dinamik yönelimli psikoterapi olarak görürken (Appelbaum, 2005; Rockland, 1990; Werman,1981) bazıları ise destekleyici psikoterapiler ile dinamik psikoterapileri birbirinden ayırma eğilimindedir (Ursano, 2004; Crown,1988). Dinamik psikoterapiden ayrı bir destekleyici psikoterapi olmadığını savunanlar, tüm dinamik psikoterapilerin desteği içerdiğini söylemektedirler. Destek unsurunun hastanın gereksinimlerine, sorunlarına ve durumunun özelliklerine göre değişen ölçülerde bulunduğunu öne sürmektedirler (Appelbaum, 2005; De Jonghe, 1994; Dewald, 1994; Schlesinger, 1969; Pine, 1986). Bununla birlikte bazı yazarlar ise destekleyici psikoterapinin hastanın kendisine yönelik saygısını arttırmaya yardımcı olduğu, hastanın mevcut duruma uyum sağlama becerilerini en üst düzeye çıkardığını ifade etmektedir. Ayrıca hastanın kişiliği ve yaşam

koşulları göz önüne alındığında tutarlı bir işleyiş seviyesini koruyan veya yeniden tesis eden ego işlevlerini restore ettiği konusunda ortak düşünceye sahiptirler (Dewald, 1971; Ursano ve Silberman, 2004).

Klinik uygulamada ise, dinamik psikoterapistler destekleyici ve açıklayıcı yaklaşımların bir karışımını kullanmasına rağmen, destekleyici psikoterapinin kullanımına dair bazı farklardan söz edilebilir. Örneğin “Düşük işlevli” hastalar için destekleyici psikoterapinin kullanılması gerektiği klasik bakış açısı içinde öne sürülmektedir. Bununla birlikte, destekleyici müdahalenin ego fonksiyonlarının çatısını oluşturmaya destek olacağı görüşüne de yer verilmektedir (Hellerstein, Pinsker, Rosenthal ve Klee, 1994; Douglas 2008). Douglas'a (2008) göre, destekleyici psikoterapi, hastanın bozulmuş gerçekliği değerlendirme yetisini, sorunları ile başa çıkma yönetimini ele alarak ve destekleyerek olayları daha net görmesine yardımcı olmaktadır. Destekleyici psikoterapi, hastanın çeşitli duygularını ifade etmesine, duygularını düzenlemesine ve iç yaşantılarını daha tutarlı bir şekilde ifade etmesine yardım etmektedir.

Markowitz'a (2008) göre terapötik müdahalelerin, terapist ile hasta arasındaki ilişkinin duygusal yansıtma ve kişilerarası ilişkilerdeki sıcaklıkla karakterize edilmesi önemlidir. Destekleyici müdahale hastanın daha iyi sosyalleşmesine, sosyal olarak kabul edilemez davranışları üzerindeki kontrolünü güçlendirerek ve başkalarıyla ilişki kurmanın daha tutarlı yollarını bulmasını teşvik ederek yardımcı olmaktadır (Misch, 2000).

Güvenilir, tutarlı ve doyum sağlayan ilişkiler yaşayamayan veya başkaları tarafından kabul görmediğini hissedenden hastalar, klinisyenin kabul edici tutumu sayesinde ya da klinisyen ile olan ilişkisinde kabul edici rolü ile kıymetli bir yaşantı deneyimlemektedir. Klinisyenin hastaya açıklığı; ilgisi, hastanın ne söylediğine dikkat etmesi ve onu onaylaması üzerinden iletilmektedir (Appelbaum, 2005). Bu hedeflere ulaşmak için, detaylı bir değerlendirme çok önemlidir (Misch, 2000). Ayrıca, müdahale sırasında klinisyenin hastanın gerçek ya da aktarımsal ilişkilerini ve geçmişteki mevcut duygusal tepki ve davranış modelini incelemesi gerekir (Gabbard, 2009).

Sonuç olarak, müdahalelerin bu özel amaçlara göre uyarlanması gerekir. Douglas (2008), destekleyici müdahalelerin temel kurallarından birini “Bildığınız her şeyi söylemeyin, sadece ne yardımcı olacaktır” ona odaklanın şeklinde açıklamaktadır. Destekleyici psikoterapinin psikanalitik düşünmeyi gerektiren bir psikoterapi yaklaşımı olup psikanalist gibi davranmayan bir psikoterapi yöntemi olduğu söylenebilir. Klinisyen, hastadaki kaygıyı azaltmak, özgüveni ve umudu arttırmak, tutarsız psikolojik işlevleri düzenlemek ve genel işlevselliği geliştirmek için “yeterli” olanı yapmak zorundadır. Örneğin, destekleyici psikoterapilerde aktarım gerçekleşir, ancak klinisyen bunu yorumlamaz. Klinisyen, yalnızca aktarımı yöneterek, hastanın terapistin kendisine yönelik olumlu duygularının gelişmesini teşvik eder (Misch, 2000). Bu olumlu duygular, hastanın iyi işlevsel gösteren bir ittifak sürdürmesi ve klinisyen ile tutarlı bir şekilde özdeşleşmesi için faydalıdır (Rockland, 1989; Safran ve Muran, 2000; Douglas, 2008). Psikoterapist ve hastanın birlikte çalışma ittifakı hem açıklayıcı hem de destekleyici müdahalelerde önemli bir husus olmasına rağmen destekleyici psikoterapilerde ise çalışma ittifakı tedavinin çok önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Ancak, terapötik ilişki



çindeki sorunlar, tedavinin kendisini bozmakla tehdit ettiği zaman danışan ile birlikte ele alınır (Appelbaum, 2005; Colli ve Lingiardi, 2009). Destekleyici psikoterapinin amacı, hasta ile terapistin çalışma ittifakının bozulmasını önlemek, bir arada tutma ortamı oluşturmak ve sürdürmek için işbirlikçi süreçleri geliştirmektir (Skean, 2005). Psikodinamik çerçeve, bir olguyu anlamanın en önemli yolunun, terapist ile danışan arasında gelişen ilişki bağlamına odaklanmak olduğunu savunur. Bu ilişki sayesinde hasta kişilerarası dünyasını tedavi odasına getirir ve böylece terapist hastanın gerçeklik yapılanmasını yönlendirebilir (Skean, 2005). Terapötik etkiyi arttırmak için, destekleyici müdahalenin önceliklerinden biri, duygusal güvenlik ve güvene dayalı bir atmosfer olan “kapsayıcı ortamı” yaratmaktır (Crits-Christoph ve Connolly, 1999). Klinisyenin en başından itibaren aktif olarak çalışması ve hastanın kaygı, utanç ve öfke duygularını kapsaması ve hastanın bu duyguları işlemesine yardımcı olması gerekir (Winston, Rosenthal ve Pinsker, 2004). Hastanın savunma mekanizmalarına yaklaşım, açıklayıcı ve destekleyici psikoterapileri ayırt etmede merkezi bir rol oynar. Açıklayıcı müdahalelerde, her bir temel çatışmaya göre savunmalar tanımlanmakta ve incelenmektedir. Destekleyici tedavilerde ise, savunmalar sadece hasta için uyumsuz hale geldiklerinde sorgulanmaktadır (Gabbard, 2009).

Son yıllarda destekleyici tedavilere artan ilgi çeşitli nedenler ile yükselmektedir. Psikanalizin ya da açıklayıcı yaklaşımların ters etki gösterebileceği psikotik durumlar gibi bazı ciddi patolojiler de dâhil olmak üzere destekleyici psikoterapinin geniş bir klinik uygulama yelpazesi vardır (Rockland, 1989). Ülkemizde destekleyici dinamik psikoterapinin öğretilmesi ve öğrenilmesinde çok az zaman ve çaba harcandığı ve bu terapistin doğası veya süreçlerinin açıkça ve kesin olarak anlaşılmadığı gözlenmektedir. Şu anda, geniş bir tedavi ve yardım ortamlarında kabul görmüş destekleyici psikoterapinin kullanımının incelenmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir (Kaptanoğlu, 2018). Bu makale destekleyici psikoterapinin genel çerçevesini sunarak ruh sağlığı profesyonellerinin bu ihtiyacına yönelik bir anlayış aktarmaktadır. Destekleyici psikoterapistin, hasta değerlendirmesini, vaka formülasyonunu ve hastayla birlikte gerçekçi hedefler koyma sürecini ve kullandığı müdahale araçlarını ya da temel stratejilerini sunmaktadır.

## **DİNAMİK YÖNELİMLİ DESTEKLEİYİ PSİKOTERAPİNİN TEMEL STRATEJİLERİ**

### **Vaka Formülasyonu**

Destekleyici psikoterapi terapistin takip ettiği kurama işaret etmektedir ve psikodinamik kurama dayanmaktadır. Vaka formülasyonu hastanın ruhsal dinamiklerine dair anlayışı ve gelecekteki terapötik müdahaleler için bir yol haritası görevi görmektedir (Perry, Cooper ve Michels, 1987).

Psikoterapist vaka formülasyonu sırasında hastanın psikopatolojisini, yıkım düzeyini veya güçlü yanlarını değerlendirir. Ayrıca, hastanın işlevselliğini, kişilerarası ilişki kurma becerilerini, savunma mekanizmalarını ve kişilik örgütlenmesi düzeyini tespit eder. Hastanın psikodinamik olarak değerlendirilmesi ve formülasyonu yapıldıktan sonra açıklayıcı ya da destekleyici psikoterapi kararı verilir. Terapist, daha sonra, hastayı tedaviye getiren problemleri araştırmaya başlar ve ne tür ya da ne miktarda desteğin gerekli olacağını belirler (Schlesinger, 1969).

Her iki psikoterapötik yaklaşım farklı hedef ve stratejilere yönelirler ancak yine de benzer tekniklerin kullanıldığı bilinmektedir. Terapistin girişimleri, vaka formülasyonu temelinde hastanın ihtiyacına göre ve her iki yaklaşımın tekniklerinden oluşan eklektik bir yapıdan oluşabilir (Winston, Rosenthal ve Pinsker, 2004).

Vaka formülasyonu, ruhsal tanısal değerlendirmeyi içermekte ve destekleyici terapist için önemli amaçlara hizmet etmektedir. Bununla birlikte, vaka formülasyonu genel olarak, terapist ve hastanın tedavi amacına ulaşmak için doğru yönde hareket etmesini sağlamaya izin vermektedir. Ayrıca, terapistin aklındaki kilit sorunları ve müdahaleleri organize etmeyi de sağlamaya yaramaktadır. Daha ileri testler için de hipotezler önermektedir. Bu tür hipotezlerin test edilmesi yoluyla, terapist, hasta hakkında önemli bir kavrayışa ulaşmaktadır (Misch, 2000).

Hastanın gerçek ve derin bir anlayışına ulaşmak hemen ya da kolay bir şekilde gerçekleşmez, ancak zaman, sabır, çaba, deneme yanılma ve meraklı bir zihin gerektirir. Bu durum, vaka formülasyonunun veya kavramsallaştırmanın hiçbir zaman gerçekten tamamlanmadığı anlamına gelmektedir. Devam eden tedavi süreci içinde yeni bilgi elde edildikçe değiştirilen akışkan bir kavramsallaştırmadan söz edilebilir. Hastanın bilinmeyen yeni yönleri ortaya çıktıkça eski hipotezler yetersiz ya da işe yaramaz hale gelmektedir. İyi bir terapist her zaman hasta hakkındaki anlayışını günceller ve değiştirir (Kernberg, 2008).

Destekleyici terapistin, söz konusu vakayı hasta ile birlikte kavramsallaştırmasına gerek yoktur ve hastanın da terapistle aynı temel meseleleri anlaması gerekmez. Ancak terapist ile hasta psikoterapinin hedefleri konusunda ortak yönelime sahip olmalıdır. Bununla birlikte, terapistin bir vaka formülasyonuna veya kavramsallaştırmasına sahip olması, onu kullanması ve düzenli olarak güncellemesi merkezi bir rol oynamaktadır (Misch, 2000).

### **İyi Bir Ebeveyn Olma**

Destekleyici terapistin terapötik müdahalelerine rehberlik eden kavramların başında, terapist-hasta ilişkisinin ebeveyn-çocuk ilişkisine benzer şekilde görülmesi gelmektedir. Böyle bir benzetme, destekleyici psikoterapideki hastanın bir çocuk olduğu veya terapist tarafından çocuklaştırılması gerektiği anlamına gelmez. Aksine, bu benzetme, psikiyatri hastalarının, en azından bazı işlevsel alanlarda çocuklar gibi düşündüklerini, hissettiklerini veya davrandıklarını belirten ampirik gözlemlerin altını çizmektedir. Aslında, hasta yaşamın önemli alanlarının çoğunda olgun ve yetişkin bir düzeyde işlevsel olabiliyorsa destekleyici bir psikoterapiye de ihtiyacı olmaz (Misch, 2000).

Destekleyici psikoterapi hastasının, bir başka deyişle yetişkin olmayan ya da çocuksu seviyede işlevselliği olan hastanın, gerçeği değerlendirme, problem çözme, duygu düzenleme, dürtü kontrolü veya kişilerarası ilişkileri gibi bir veya daha fazla psikolojik alanda desteğe ihtiyacı vardır. Bu nedenle, bir hastanın yaşamın önemli alanlarında çocuksu bir düzeyde işlev gördüğü ölçüde, destekleyici terapist hasta ile ilişkisinde ebeveynlik rolü üstlenir (Misch, 2000).

Bu bağlamda “iyi bir ebeveyn” olmak hastanın çeşitli alanlarda değerlendirilmesi ve desteklenmesi anlamına gelebilir. Destekleyici psikoterapist hastanın sürekli olarak gelişimini değerlendirir. Mevcut bağlam ve hastanın karşılaştığı stresler göz önünde bulundurulur. Gerekli durumlarda hasta terapist tarafından rahatlatılır ve yatıştırılır. Diğer zamanlarda, terapist hastayı cesaretlendiren, besleyen, onaylayan, öven veya tebrik eden bir pozisyonda olarak hizmet eder. Yine de hastanın kendi kendine zarar verme davranışları söz konusu olduğunda, davranışı ve sonuçları ile ilgili olarak yüzleştirme yapılır. Hastanın muhtemel zarar görme olasılıklarına karşı uygun koruma, sınırlandırma ve sınır belirleme, özerklik ve bağımsızlığın teşviki ile dengelenir. Benzer şekilde, destekleyici terapist ne yardım gerekiyorsa sunar, ancak aynı zamanda hastanın büyümesini ve kendine yeterliliğini de teşvik eder. Öneriler, tavsiyeler ve eğitim, hastanın düşünce ve davranışını yönlendirmek için kullanılır. Ancak terapistin amacı, terapistin kendi yaşam tarzını hastanın isteklerinin yerine koymak değil, hastanın kendi hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmaktır. Destekleyici terapist hastanın kendi yaşamında benzer sorunları yönetmesine yardımcı olmak amacı ile kendi düşünceleri, duyguları veya deneyimlerini paylaşabilir, kendini açma işlevini kullanabilir. Genel olarak, destekleyici terapist hastanın, olgun, kontrol sahibi, etkili ve tatmin edici bir birey haline gelmesine yardım eder. Terapist-hasta ve ebeveyn-çocuk ilişkileri arasındaki benzetme, destekleyici terapistin, hastaya yönelik tutumunu ve müdahalelerini yönlendirmede çok önemlidir (Misch, 2000).

### **Terapötik İttifakı Destekleme ve Koruma**

Genel olarak, hasta ve terapist arasında iyi çalışan terapötik bir ittifakın geliştirilmemesi ve sürdürülememesi, zayıf bir psikoterapinin göstergesidir (Greenson, 1967). Gerçekten de, hasta ile terapist arasında terapötik ittifakın kurulamamış olması özellikle işlevselliği kötü olan hastaların destekleyici psikoterapiden yeterince yararlanamamalarına neden olabilir. Bu durum terapötik ilişkide güvensizlik gösteren, gerçekçi beklentileri olmayan ve hayal kırıklığı toleransı düşük hastalar için söz konusu olabilir. Gerçek ya da hatalı algılamalar, iletişim hataları veya terapistten kaynaklanan sorunlar nedeniyle bu tür hastalar hemen tedaviyi sonlandırabilir (Luborsky, 1985). Bu nedenle, destekleyici terapistin, terapi boyunca koruması gereken ilk hedef, hasta ile iyi bir terapötik ittifakın kurulması ve sürdürülmesidir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, terapide hasta ile kurulan pozitif bir terapötik ittifak, terapistin iyi bir ebeveyn rolü vermektedir. Destekleyici terapistin hastayı sevmesi gerekmez. Hastanın tüm düşüncelerini, inançlarını, duygularını veya davranışlarını kabul etmesi ya da onaylaması da gerekmez. Bununla birlikte, terapistin yapması gereken, yaşam sorunları ile mücadele eden bir insan olarak hastaya saygı göstermektir. Destekleyici terapist bu saygıyı, şefkat, empati ve bağlılıkla birleştirmelidir. Terapistin görevi, hastanın sağlıklı kısımlarını ve müttefiklerini bulup tanımlamak veya hastanın yararına hizmet etmek için onları kullanmaktır (Misch, 2000).

Terapistin hastanın sağlıklı kısımlarını ortaya çıkarıp tanımlama konusunda kullandığı önemli strateji ise hastanın gözlemci egosunu müttefik olarak kullanma girişimidir. Gözlemleyici ego terimi, bireyin geriye çekilip, belli bir mesafeden kendini gözleme becerisini ifade eder (Misch, 2000). Gözlemleyici ego sayesinde hasta mevcut anın dışına çıkabilir, dürüstçe düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını eleştirebilir. Bir terapistin hastanın sağlıklı bölümleriyle ittifak yapma girişiminin bir

başka örneği ise destekleyici terapist ve hastanın bu hedeflere ulaşmak için ortak hedeflerin ve stratejilerin geliştirilmesinde ortaklaşa çalışmayı denemesidir. Psikoterapist ve hasta ortak hedefleri paylaştığında, müttefik olurlar ve birlikte çalışmak kolaylaşır. Buna karşılık, terapistin hedefleri ve hastanın hedefleri farklı olduğunda, gerginlik ortaya çıkar ve tedavi genellikle başarısız olur (Misch, 2000).

Destekleyici terapist yakın ilişki kurabilen, ebeveynlik yapabilen, esnek, yaratıcı ve hepsinden önemlisi insandır. Psikanalitik yönelimli terapistlerin aksine, destekleyici terapist genellikle hasta ile kişilerarası ilişkide aktif davranır, sorular sorar, öneride, övgüde ve cesaretlendirmede bulunur, yol gösterir. Övgü, destekleyici psikoterapide önemli bir tekniktir ve övgünün hastanın uygun davranışlarını pekiştirme gücü yüksektir. Övgünün yerinde ve dozunda kullanımı etkisini artırır. Cesaretlendirme ise hastaların gösterdikleri çabanın işe yarayacağına olan inancını destekler. Hastaya güvence verme terapistin uzman olduğu konularda olmalıdır (Misch, 2000).

### **Aktarımı Yönetme**

Hastalar her zaman terapistleri hakkında duygulara sahipler. Bu duyguların bazıları, önemli erken çocukluk dönemlerinden (örneğin ebeveynlere yönelik) terapistte aktarılır ve “aktarım” olarak adlandırılır. Aktarım, hastanın terapistte dair algısını bozmasına neden olmaktadır. Hastanın terapisti algılaması ebeveynleri ile ilişkili olarak önceki deneyim ve algılamalarının merceğinden olduğunda, hasta terapistin gerçekte kim olduğunu tam olarak algılayamaz (Crits-Christoph ve Connolly, 1999).

Destekleyici psikoterapide, terapist, aktarımı yorumlamaz fakat güncel bir ilişkide olduğu gibi hastayı yanıtlamak anlamında gerçektir. Psikanalizde aktarım sürekli analiz edilir ve gerçek dışı veya çarpıtma olarak görülür, destekleyici psikoterapide ise gerçek bir ilişki olarak yanıtlanır (Misch, 2000). Destekleyici psikoterapide açıklayıcı psikoterapinin aksine aktarım cesaretlendirilmez ve uyarılmaz. Hasta-terapist etkileşimine daha az odaklanılır ve terapi ortamı dışındaki ilişkilere daha çok yoğunlaşılır (Markin, Carthy ve Jaques, 2013). Destekleyici psikoterapistin psikanalizde olduğu gibi aktarımdan haberdar olması gerekir ve başta negatif aktarım olmak üzere, aktarımı aktarım olarak ele alması ve yorumlaması gerekebilir (Markin, Carthy ve Jaques, 2013). Gerçeklik ile fanteziyi ayırt edemeyen hastanın, ortamını başarıyla değerlendirmesi zorlaşır. Ancak gerçekliğin sınırları belirli hale geldiği zaman hastanın kullandığı ilkel savunma mekanizmaları, aktarım çarpıtmaları ve hastanın dış dünyadaki gerçeklikteki eyleme vurmaları saptanabilir (Kernberg, 2008). Dolayısıyla, negatif aktarım ele alınmadığı takdirde tedavi sürecinin bozulmasına hatta erken sonlanmasına neden olabilir.

Destekleyici psikoterapist, karşı aktarım sırasında ortaya çıkan hastanın duygularını, hastayla yakın ilişki içindeki diğer kişilerin de hastaya karşı benzer duygular yaşayabileceklerini ön görerek ele alma gereği duyar. Bunların hastaya aktarılması tamamen hastanın yararı ilkesi dikkate alınarak yapılmalıdır (Kernberg, 2008).

Destekleyici psikoterapide aktarım ilişkisi göz ardı edildiğinde terapötik ilişki yavaş yavaş bozulma ile sonuçlanır. Terapist aktarımı ele almak yerine hastanın aktarımının farklı yönlerine yalancı uyum geliştirir. Aktarım esnasında terapist kendi duygularını gözden kaçırdığında ve hasta herhangi bir duygu

ifade ettiğinde terapist kendi davranışlarının etkisini göremediğinde karşı-aktarımın gelişmesi kaçınılmaz olabilir. Terapistin kendi gelişim süreçlerinin terapi sırasındaki tutumlarına etkisini anlaması ise terapi sürecinde ortaya çıkabilecek problemler ile baş etmesine yardım edebilecektir (Soykan, 1998). Aksi takdirde, hastanın ilkel aktarımının eyleme vurulmasının önündeki engeller kalkmış olur ve terapötik ilişki bundan zarar görür (Kernberg, 2008).

Aktarım, olumlu duyguları da içerebilir, hasta terapisti gerçekte olduğundan daha zeki, daha güçlü veya daha sevgi dolu olarak idealize edebilir ya da erotik duygular besleyebilir. Klasik psikanaliz geleneğinde aktarım yorumlanır (Greenson, 1967). Psikanalist, hastanın yanlış algılarını açıklamak veya düzeltmek için acele etmez; aksine, hastanın terapist hakkındaki duyguları araştırılır ve diğer önemli kişilerle olan önceki önemli deneyimlerle ilişkilendirilir (Greenson, 1967). Buna karşılık, destekleyici terapistler tipik olarak aktarımı yorumlamaz, onu yönetirler. DP’de terapist, ılımlı bir pozitif aktarımı sürdürürken, idealleştiren, erotize eden ve düşmanca bir negatif aktarımdan kaçınmaya çalışır.

Aktarım yönetiminde iki temel prensip vardır. İlk olarak, pozitif aktarım yorumlanmaz ancak terapinin yararına kullanılır. Terapist bu tür çarpıtmaları düzeltmez veya yorumlamaz; bunun yerine, terapist destekleyici psikoterapinin amaçlarını ilerletmek için hastanın kendisine olan güvenini kullanır. Aktarım yönetiminin ikinci unsuru, negatif aktarım ile ilgilidir. Burada, yine, aktarım yorumlanmaz. Çocukluk kökenleri veya negatif aktarım duygularının altında yatan erken kişilerarası deneyimlerin keşfedilmesine teşebbüs edilmez. Ancak negatif aktarım terapötik ilişkiye zarar vermeye başladığında düzeltilmelidir. Özellikle erotik duygular ve negatif aktarımlar ortaya çıktığında, bunlar aynı zamanda aktarım dirençleri olarak ele alınmalı ve düzeltilmelidir (Misch, 2000). Bunu yapmamak sıklıkla tedavinin hızlı ve erken sona ermesiyle sonuçlanır. Genel olarak negatif aktarımın yönetimi, terapistin neden böyle eylemler yapıldığını açık ve net bir şekilde tartışmasını gerektirir.

### **Hastayı Tutma ve Kapsama**

Terapist, hastanın kendisine yönelttiği çifte değerliliğe, bir başka deyişle çatışmalı duygularına tahammül ettiğinde Winnicott’un tarif ettiği hastayı tutma ya da kapsama işlevini yerine getirmektedir. Bu tutma ve kapsama işlemi hastaya terapistin sürekliliği konusunda güven vermektedir. Saldırganlığının terapistte zarar vermediğini gören hasta, herhangi bir hayal kırıklığı ya da kızgınlık halinde bile terapist ile arasındaki ilişkinin korunabileceğini fark etmiş olur. Böylece hastanın kendi dürtülerinden dolayı duyduğu korkusu azalır ve benliğin bütünleştirici becerileri güçlenmiş olur (Kernberg, 2008).

Hastayı tutma ve kapsama kavramları, bir terapistin iyi bir ebeveyn olma girişimlerini gösterir. Bu tutma ve kapsama işlevi, empati, anlayış ve sözel yatıştırıcılık sağlamak, hastanın duygu düzenleme mekanizmalarını etkilemek, kendine zarar verme davranışlarını ve dürtüsel davranışlarını kısıtlamak ve genellikle uygun sınırlar koymak şeklinde olmaktadır (Seinfeld, 1993). Tutma ve kapsama ayrıca hastanın düşüncelerini, fantezilerini veya duygularını ifade etmesine veya her zamankinden daha farklı bir şekilde ifade etmesine izin verilmesini içerebilir. Bir terapistin, hastanın fiziksel olarak tehlikeli bir duruma maruz kalmasını ya da içine kapanma davranışını önlemek amacıyla ebeveyn, arkadaş, eş, iş

arkadaşı, işveren, sosyal hizmet gibi kurumları haberdar etmesi veya hatta polis çağırması gerekebilir (Misch, 2000).

Hastayı tutarken bile, özerkliğini mümkün olduğu kadar korumak önemlidir. Hasta kontrolü tekrar geri kazandığında, uygun kararlar ve uygun önlemleri aldığı anda, terapist bu alanlarda kontrolü bırakmalıdır. Genellikle, koruma çerçevesinin derecesi, hastanın durumuna ve maruz kaldığı stres miktarına göre değişecektir (Misch, 2000).

### **Egoyu Güçlendirme**

Destekleyici psikoterapide eksik psikolojik kapasiteler veya ego işlevleri desteklenir. Başka bir deyişle terapist hastanın gerçeği değerlendirme ve gerçekçi olmayan düşüncüyü sorgulama ve etkili savunma mekanizmalarını destekleyerek, olayları daha net bir şekilde anlamasına yardımcı olur (Rockland, 1989). Destek, sorunlu ego işlevlerine odaklanarak doğrudan veya dolaylı olarak dürtülerin, süperegö yasaklarının ve dış gerçekliğin ego üzerinde oluşturduğu basıncı azaltarak sağlanır. Ego işlevlerini güçlendirmenin, kişinin hem ruhsal çatışmasının içsel dünyasına hem de dış gerçekliğin dış dünyasına uyumunu geliştirmek gibi ileri bir hedefi vardır (Rockland, 1989).

Ego işlevlerinde zafiyet olan hastaya, terapistin kendi egosunu ödünç vermesi ve dikkatlice seçilmiş kişisel değerlerini, hastanın sorunlu süperegö işlevlerini değiştirmek amacıyla ona sunması söz konusudur. Destekleyici Psikoterapide terapistin gerçekliği, hastanın terapistin tutum ve değerleriyle özdeşimini artırır. Aynı zamanda terapist, hastanın özdeşleşeceği daha selim bir süperegö sağlamaya çalışır (Rockland, 1989).

Genel olarak terapistin “Egoyu Borç verme” (lending ego) kavramı, psikanalitik geleneğe dayanmaktadır; terapistin hasta için “yardımcı ego” olarak işlev gördüğü anlamına gelmektedir (Dewald, 1994). Destekleyici psikoterapide, hastanın, terapistin muhtemelen iyi çalışan zihin ve psikolojik kapasitelerini kullanmasına veya “ödünç almasına” izin verilir. Çünkü hasta belirli alanlarda göreceli olarak değişken ve kaotik olan kendi ruhsal işleyişini geliştirmek için bu ödünç alma işlemine gereksinim duymaktadır. Aslında hasta, ruh sağlığı için muhtemelen iyi bir rol modelini temsil eden terapist gibi düşünmeye teşvik edilir (Dewald, 1994).

Destekleyici psikoterapide ne tür ego işlevleri ödünç verilir sorusu akla gelebilir. Söz konusu ego işlevleri önemli zihinsel veya psikolojik fonksiyonların çeşitli kombinasyonlarından herhangi birini veya tümünü içerebilir. Gerçekliği değerlendirmeyi test etme ve koruma çoğu zaman kilit öneme sahiptir. Çünkü gerçeklik ile fanteziyi ayırt edemeyen hastanın, ortamını başarıyla değerlendirmesi zorlaşır. Ancak gerçekliğin sınırları belirli hale geldiği zaman hastanın kullandığı ilkel savunma mekanizmaları, aktarım çarpıtmaları ve hastanın dış dünyadaki gerçeklikteki eyleme vurmaları saptanabilir (Kernberg, 2008).

Ödünç verilebilecek diğer önemli ego fonksiyonları arasında problem analizi ve çözme, duygu düzenleme, dürtü kontrolü sağlama, kendine zarar verici davranışları sınırlandırma ve kişilerarası işlevlerde yer alan farkındalık, empati ve sosyal beceriler yer almaktadır (Rockland, 1989).

### Uyuma Yönelik Başa Çıkma Mekanizmalarını Geliştirme

Destekleyici psikoterapinin önemli amaçlarından biri, hastanın yaşam olayları ile baş etme becerilerini arttırmak ve uyumlu savunma mekanizmalarını kullanılabilir hale getirmektir (Vaillant, 1993). Bununla birlikte, hastanın ilkel savunmalarının etkilerini kontrol edebilmesinde ve bu tür savunma mekanizmalarının yıkıcı etkilerinin farkına varması sağlanarak gerçekliğe daha iyi uyum sağlayabilmesinde hastaya yardım edilmesi amaçlanır (Kernberg, 2008).

Uyuma yönelik savunma mekanizmaları arasında rasyonalizasyon, mizah, özgecilik ve yüceltme gibi üst düzey mekanizmaları sayılabilir. Buna karşılık, daha uyumsuz savunma mekanizmaları; inkâr, bölme, yansıtma ve eyleme vurma gibi alt düzey mekanizmalarını içerir. Destekleyici psikoterapistin amacı yalnızca üst düzey savunma mekanizmalarının kullanımını arttırmak değil aynı zamanda alt düzey savunma mekanizmalarının kullanımını da azaltmaktır. DP’de bilinçdışı çatışmaları ortaya çıkarmak yerine uyum bozucu savunmaları tekrar tekrar işaret etmek, belirli uyum bozucu davranışlardan vaz geçirmek, negatif aktarımları yatıştırmak ve olumlu değişimleri yineleyici olarak övmek önemlidir. Hasta başa çıkma ve savunma mekanizmalarını kullandığında, söz konusu işlem hasta tarafından mevcut stres faktörlerine sağlıklı bir şekilde uyum göstermesini sağlar. Hastanın başa çıkma mekanizmalarını mı yoksa savunma mekanizmalarını mı kullandığı, mevcut strese göre uyum sağlayabileceği sağlıklı bir ayarlamadır (Misch, 2000).

Klasik psikanalitik yaklaşımın aksine, destekleyici yaklaşımda psikoterapist ruhsal yapının bilinçdışı kökenlerinin farkında olup bilinçdışı içeriği, bilinç ve ön bilinç düzeyinde yani yüzeyde ele alarak yorumlar (Rockland, 1989). Böylece hastanın dikkatini, anksiyetenin gerçek kaynağından başka yöne çevirip, bastırmayı destekleyerek anksiyetenin hafiflemesine yardım edip belirtilerde düzelmeye sağlar. Hasta bu yer değiştirilmiş materyal ile yeni bir odak kazanmış olur (Rockland, 1989).

Werman’a (1981) göre destekleyici psikoterapide terapistin kullandığı teknikler bazı özellikler taşır. Terapistin yardımcı ego ve süperego işlevi sağlaması, patolojik savunmaları azaltırken sağlıklı olanları cesaretlendirmek, yalnızca ön bilinç ve bilinçli malzeme ile ilgilenmek, regresyondan kaçınmak ve hastanın karar vermesine yardımcı olması anlamına gelmektedir. Ayrıca, cinsel ve saldırgan dürtülerin süblimasyonunu cesaretlendirmek, sınırlar koymak, entellektüalisasyon ve akılçılışmayı arttırmak, yukarı doğru yorumlar başka bir deyişle bilinçdışından-bilinçli doğru yorum yapmak anlamı da taşımaktadır. İlave olarak, uyumu arttırmak, olumlu davranışları yüreklendirmek ve hastanın güçlü yanlarıyla iş birliği içinde çalışmak başka bir deyişle hastanın egosunu desteklemek anlamına gelir. Uyum bozucu savunmaların hasta için iyi olan şeyleri nasıl tahrip ettiğini hastaya açıklamak hastanın iç gözü kazanması anlamını da taşımaktadır (Rockland, 1989). Destekleyici terapist, hastanın uyuma yönelik savunmalarını değerlendirerek, destekleme, görmezlikten gelme ya da değiştirme stratejileri geliştirir (Winston, 2004). Destekleyici psikoterapide, patolojik, uyum bozucu savunmaları tekrar tekrar işaret etmek, belirli uyum bozucu davranışlardan hastayı vazgeçirmek, negatif aktarımları yatıştırmak ve olumlu değişimleri yineleyici olarak övmek terapistin uyumu arttırmaya yönelik faaliyetleri anlamındadır. Kısaca derinlemesine çalışma, destekleyici tekniklerin çeşitli aralıklarla tekrarlanmasıdır (Winston, 2004).

Destekleyici terapist, stresli durumlarla başa çıkmak için belirli mekanizmalar hakkında eğitim ve tekrarlayan uygulamalar yoluyla hastanın baş etme becerilerini geliştirebilir. Odaklanma, kişilerarası ilişkilerde etkili olma, duygu düzenleme, belirsizlik durumlarına tolerans geliştirme becerileri, başa çıkma becerileri arasında sayılabilir (Linehan, 1993). Hangi eğitim paradigması kullanılırsa kullanılsın, hastanın belirli durumlarda özel başa çıkma becerilerini kullanmaya başlaması için önceden bu davranışları prova etmesi çok önemlidir. Destekleyici psikoterapide hasta baş etme becerilerini, terapistin egosunu kullanarak ve rol modellemesi yoluyla geliştirilebilir (Winston, 2004).

### **Özdeşim İçin Rol Modeli Sunma**

Terapistin, hastaya ruhsal yapısını ödünç verme stratejisi önemli görünebilir. Ancak bu durumun destekleyici terapideki önemi nedeniyle vurgulamaya değer yanı; destekleyici terapistin kendini sağlıklı bir rol modeli olarak sunmasıdır. Hasta, terapistle özdeş bir yaşam sürdürmeye teşvik edilmez. Yani terapistin yaşam stilini ya da politik görüşlerini benimsemesi veya aynı hobileri sahip olması beklenmez. Aksine terapist, sağlıklı psikolojik yapısı ve işlevi ile özellikle gerçekliği değerlendirme, duygu düzenleme, dürtü kontrolü, problem çözme ve kişilerarası etkileşimleri yönünden hastaya rol model sunmaktadır (Misch, 2000). Bu amaçla ve klasik psikanalitik yaklaşımın aksine, terapistin kendini açması destekleyici terapide önemli bir rol oynayabilir. Böyle bir kendini açma davranışı dikkatli bir şekilde ve hastanın yararına akla uygun şekilde kullanılmalıdır. Bununla birlikte, destekleyici psikoterapide, hastanın başkalarının belirli durumları nasıl ele aldığına dair somut örneklerden faydalanabileceği ölçüde, terapist kendisini açarak bir örnek olarak sunabilir. Böyle yaparak, terapist yalnızca hasta adına paha biçilmez bir şekilde öğrenmeye yönelik bir fırsat sunmakla kalmayabilir, aynı zamanda terapötik ittifakı da teşvik edebilir (Misch, 2000).

Rol modeli olarak destekleyici terapist kendini mükemmel bir insan olarak sunmaz ve daha da önemlisi bunu yapmamalıdır. Terapist sadece mükemmel olmaktan uzak değildir, aynı zamanda hastanın terapistin hatalarından ve başarısızlıklarından, başarılarından, denemelerinden ve sıkıntılarında, iyi ve kötü deneyimlerinden öğrenebileceği çok şey vardır. Aslında, terapistin kendini açma davranışı veya doğrudan gözlemi yoluyla öğrenme genellikle hastaya büyük yarar sağlar. Hasta, terapistin öfke, huzursuzluk, şaşkınlık, hayal kırıklığı, utanç ve başarısızlık ile nasıl başa çıktığını öğrenme fırsatı yakalayabilir. Hastanın bu tür sorunların üstesinden gelmek için terapistin mücadelesini gördüğü ölçüde, hastanın düşünceleri, duyguları ve davranışları bir miktar normalleşir: “Herkes bazen sinirlenir; sadece ben değil”. Bu gerçekleştirme, kendi içinde belki de hastanın özgüveninde bir yükseliş yaşayabileceği önemli bir araç olmaktadır. Bu nedenle, destekleyici terapist kendisini, hasta için gereken kusursuz bir model olarak kabul etmek yerine olgun bir insan olarak sunmaktadır (Misch, 2000).

### **Aleksitimiye Azaltma**

Ağır duygulanım kısıtlılığı, içe bakış eksikliği, duyguları ifade etmede güçlük, hayal gücü yetersizliği ya da yokluğu aleksitimiye işaret eden özelliklerdir. Aleksitimi gösteren hastaların stresli durumlara maruz kaldıklarında bedensel belirtilerinde artma gözlenir, buna karşın stresin duygusal yaşamlarında etkilerini ifade edemezler (Sifneos, 1973, 1975).



Aslında, hastanın duygularına dair farkındalık eksikliğinin olması, bu duyguları tanıyamaması ya da bu duyguları adlandırma kapasitesinin olmaması oldukça engelleyici bir durumdur. Bir duyguyu adlandırma eylemi, bir bireye, acı çekmekte olduğu tıbbi hastalığın spesifik teşhisini öğrenmeye benzer bir duyguyu anlama ve kontrol etme hissi verir. Bilinmeyen bir şey tarafından saldırı altında hissetmek çok daha korkutucu ve zorlayıcıdır. Ek olarak, duyguları tanımlama ve adlandırma yeteneği, hastaya duygularını yansıtmaya ve bu duyguları başkalarıyla tartışmaya olanağı verir. Hasta, bu duyguları tanıyamaz ve etiketleyemezse, duygu ve düşünceler, davranışlar veya olaylar arasında bağlantı kuramaz. Dolayısıyla, aleksitimi destekleyici psikoterapi müdahalesi için uygun bir hedeftir. Amaç hastanın duygularını tanımasına, onaylamasına, tanımlamasına ve etiketlemesine yardımcı olmaktır (Misch, 2000).

Aleksitimi gösteren hastalarda açıklayıcı psikoterapilerin uygulanması sırasında duygularını ifade etmede zorluklar ile karşılaşıldığı ifade edilmektedir. Destekleyici psikoterapi, doğrudan bedensel yakınmalar ve kişisel metaforlar üzerinde çalışarak, hastanın duygularını fark etmesi, kabulü, tanıması ve isimlendirmesine yardım ederek aleksitimiye ele alabilir. Bu yol ile hastanın denetim hissi ve özgüveni artacaktır (Misch, 2000).

### **Bağlantı Geliştirme**

Psikolojik sorunları olan bireylerin bağlantı kurma konusunda sahip oldukları zorluklar önemlidir. Bu bağlantılar, düşünceler ve duygular arasında, olaylar ve takip eden düşünceler veya duygular arasında ve bir bireyin davranışları ile başkalarının tepkisi arasında olabilir (Winston ve Winston, 2002). Düşünceleri ile duyguları arasında ilişki kurmada zorluk çeken hastalar, duygusal uyarılma sonrasında bedenleri üzerine odaklanabilir ve duyguları bilişsel bir durum olarak deneyimleyebilirler (Taylor ve Bagby, 1988). İçsel uyarımları hissetme ve bunların hangi duygulara karşılık geldiğini fark etme ve onlar üzerinde konuşma sorunu yaşayan hastaların zihinsel faaliyetleri boşluk ve tutarsızlık göstermektedir (Vanheule, Verhaeghe ve Desmet, 2011). Gerçek dünyadaki bir olay veya durum ile sonraki ortaya çıkan duyguları arasında ilişki kuramayan birçok hasta vardır. Bu bireyler için, duygular çoğu zaman kaynağı belli olmayan bir yerden ortaya çıkıyor gibi görünmektedir. Belli bir bağlamda anlayamadıkları veya yerini belirleyemedikleri için karanlıkta kalmış gibi hissederek kendilerini etkin bir şekilde çaresiz ve kontrolsüz hissederler (Misch, 2000).

Bağlantı kurma, gerçek dünyayı anlamlandırma ve hastanın yaşam sorunları karşısında işlevselliği açısından çok önemlidir. Terapistin hastanın bu bağlantıları kurma konusundaki yetkinliğini arttırması, genellikle hastanın genel işlevselliğinde ve yaşam doyumunda önemli faydalar sağlar (Misch, 2000).

### **Benlik (öz) Saygısını Yükseltme**

Destekleyici psikoterapide, hastaların kaygı, utanç, kıskançlık, öfke ve çaresizlik duyguları tolere edilebilir sınırlar içinde tutulur ve kişinin öz saygısına sürekli dikkat edilir (Winston, Rosenthal ve Pinsker, 2004). Benlik saygısını yükseltme, hastanın yetkinliğini geliştirmesi, iş hayatında yer alması ve düşünceleri, duyguları ve davranışlarını normalize etmesi aracılığı ile sağlanabilir.

**Yetkinlik Geliştirme:** Tüm psikoterapilerde olduğu gibi destekleyici psikoterapi de, hastaların özsaygını yükseltmeyi amaçlamaktadır. Hastanın özgüvenini arttırmanın çoğu zaman en sağlam yolu, bireyin gerçek becerilerdeki yetkinliğini arttırmaktır. Bir hastanın kendisi hakkında daha iyi hissetmesine yardımcı olmak için kendisine ve başkalarına kendisinin gerçekten yetenekli olduğunu göstermesinden daha etkili bir şey yoktur. Bu bakımdan benlik saygısını yükseltme, gerçek yaşamsal durumlarda yetkin performans gerektirir. Bu amacı gerçekleştirmek için terapist hastayı uygun bireysel adımlar ile yönlendirir ve her adımda başarı olasılığını arttırmak için olası değişkenleri manipüle eder (Misch, 2000). Nihai amaç, hastanın özellikle kişisel ve sosyal becerilerini, problem çözme ve başa çıkma stratejilerini ve işlevsel, sağlıklı ve uyum gösterme davranışlarını geliştirmektir.

Terapist, hastaya, doğuştan gelen yetenekleri ve mevcut işleyişiyle uyumlu somut araçlar sağlamaya çalışır. Destekleyici terapistin, hastayı uygun bir şekilde teşvik etmesi ile fazladan zorlaması ya da hastadan çok erken vazgeçmesi arasındaki çizginin nerede olduğunu belirlemesi zor olabilir. İyi bir ebeveyn gibi, terapist hastadan gelen çok az gelişmeye razı olmamalı, aynı zamanda hastayı kendi yeteneklerinin ötesine itmemeye dikkat etmelidir. Böylece öğrenme, travmatik olma yerine özgüven artırıcı bir aktivite haline gelebilir (Misch, 2000).

**İstihdamın Teşvik Edilmesi:** Psikiyatri hastalarının büyük çoğunluğu, ücretsiz, gönüllü bir pozisyon olsa bile, bir işe girmekten faydalanacaktır. Özellikle psikiyatri hastaları için çalışma, maddi kazanç sağlamanın yanı sıra diğer önemli işlevlere de hizmet eder. Hastanın zamanını yapılandırır, bir kimlik duygusu sağlar, özgüvenini artırır ve topluma ait olma duygusunu sağlar. Çalışma hayatı, kişilerarası ilişkileri zayıf olan hastalar için, başkalarının sosyal becerilerini gözlemlemelerine, bu becerileri kendi yaşam becerilerine dâhil etmelerine ve gerçek ortamlarda uygulamalarına olanak veren hazır bir sosyalleşme deneyimi sağlar. Bu nedenle, genel bir kural olarak, destekleyici psikoterapist, hastayı genel işlevsellik düzeyine uygun olan herhangi bir kapasitede veya ortamda çalışmak için teşvik eder (Misch, 2000).

**Düşünceleri, Duyguları ve Davranışları Normalize Etme:** Ciddi kişilik bozukluğu olan hastalar hariç, çoğu psikiyatri hastası kendilerinin “normal olmadıklarına” inanmaktadır. Bu hastalar belirli düşünceleri, duyguları veya davranışları ile ilgili olarak, diğer sağlıklı, etkili ve mutlu insanlardan temelden çok farklı olduklarından şüphe etmektedirler. Çoğu zaman, etraflarındakiler kadar iyi işlevsel ve yeterli olmadıklarını kabul ederler. Bu hastaların söz konusu endişeleri gerçek olmayan sözel güvenceler verilerek başarılı bir şekilde giderilemez. Öte yandan, hastaların bu sorunları yaşayan başka insanların da olduğunu bilmeleri ve yalnız olmadıklarını anlamaları çok yararlı olabilir. Bütün insanların iş, aşk, oyun, hastalık, kayıp, ölüm gibi temel insan meseleleriyle ilgili sorunları olabileceğini ve bunlara dair mücadele ettiklerini bilmeleri bu hastalar için önemli bir destek sağlayabilir (Misch, 2000).

### Umut Aşılama

Psikiyatri hastalarında umutsuzluk genellikle bilişsel daralma ile ilişkilidir ve bu hastalarda çok az seçeneğe sahip olma duygusu hâkimdir. Bu bakımdan, söz konusu bilişsel karmaşayı ve kaotik alanları ortadan kaldırmak, genellikle hastanın gelecekle ilgili umudunu büyük ölçüde artırır. Hastanın hayal

edebileceğinden daha fazla seçeneği olduğunu öğrenmesi gerekir. Yeni bir düşünme biçimini güçlendirmek için umutsuzluğa yol açan olumsuz bilişsel çarpıtmaların düzeltilmesi gerekmektedir. Benzer şekilde, yeniden çerçevelemeyi psikoterapötik bir taktik olarak kullanarak, umutsuzluk duygularıyla mücadele edilebilir (Misch, 2000).

Destekleyici terapide, terapist doğrudan çevresel düzenlemeler yoluyla umutsuzlukla mücadele etmek için aktif adımlar atabilir. Bir hastanın engelli statüsü kazanmasına, yeni bir eve yerleşmesine, işini sürdürmesine, ulaşımına yardımcı olma gibi destekler hasta için çok önemli olabilir ve hastanın başarılı deneyimleri gelecekle ilgili iyimserliğini artırır. Ümitsizlik aynı zamanda hastanın özgüveninin yükselmesiyle de azaltılabilir. Daha önce de tartışıldığı gibi, bunu yapmanın en etkili yolu, gerçek yeterliliğin veya belirli becerilerin geliştirilmesidir (Misch, 2000).

### **Burada ve Şimdiye Odaklanma**

Destekleyici psikoterapi, terapistin hastanın güncel düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerindeki etkisini anlamak için hastanın çocukluk deneyimlerini keşfetmeye çalıştığı klasik bir “derinlik psikolojisi” değildir. Bu durum, böyle bir araştırmanın destekleyici terapide uygun ve kullanışlı olamayacağı anlamına gelmez; sadece asıl odaklanmanın “orada ve o zaman” yerine “burada ve şimdi” üzerinde olması gerektiğidir (Misch, 2000).

Destekleyici psikoterapinin temel yöntemi, burada ve şimdiye odaklanarak hastanın ilkel savunmalarının araştırılmasıdır (Kernberg, 2008). Psikanalitik terapilerde, genellikle hastanın diğer insanlar ile yaşadığı problemler hasta tarafından terapistte yansıtılır. Hastanın terapisti ile ilişkisinde önceki benzer ilişki biçimlerini sergilemesi aktarım analizi açısından kıymetlidir. Hastanın günlük hayatında diğer insanlar ile kurduğu ilişkilerin karakteri analiz edilir ve terapist ile kurduğu ilişkide benzer davranışların olup olmadığı araştırılır. Destekleyici psikoterapide ise burada ve şimdi gelişen aktarımlar araştırılır, sonra hastanın terapi dışındaki etkileşimlerinde bu aktarımlar araştırılır (Kernberg, 2008).

Destekleyici psikoterapinin ana odağı, olması gereken burada ve şimdi gelişen konular ve günlük işleyiş ile ilgili olanlardır (Winston ve Winston, 2002). Hastanın nasıl hissettiği, ailesi ve iş arkadaşları ile nasıl ilişki kurduğu, günlük hayatında kirasını ödeyip ödemediği, işine devam etmede zorluk çekip çekmediği, ilaçlarını düzenli alıp almadığı ve herhangi bir yan etkisinin olup olmadığı şimdi ve burada araştırılması gereken konular arasındadır. Terapistin hastanın günlük yaşantısının rutin ayrıntıları hakkında bilgi sahibi olması ve hastanın nasıl yaşadığını bilmesi birlikte çalışmalarının odağının ne olacağına karar vermesi açısından yeterli veri sağlayacaktır. Mevcut ruh hali ve semptomların yanı sıra kira, ulaşım, ilaç ve benzeri durumlar ile ilgili lojistik meseleler tatmin edici bir şekilde gözden geçirildikten veya ele alındıktan sonra, burada ve şu anda odaklanılan nokta, psikiyatri hastaları için önemli olan kişilerarası ilişkiler ve sosyal beceriler olmalıdır. Terapistin hastanın kişilerarası farkındalık ve gerçeklik değerlendirmesini arttırdığı ve uygun sosyal becerilerini geliştirdiği ölçüde hasta günlük yaşamda işlevsel hale gelir. Bu nedenle, destekleyici terapide, terapistin hasta ile çalışmasının genel

çerçevesine entegre edilmiş sosyal beceri eğitimi, hastanın genel işleyişi ve yaşam doyumu ile ilgili değerlendirme yapma büyük önem taşımaktadır (Misch, 2000).

Destekleyici terapist, her oturum için uygun bir gündem belirlemek üzere hastayla iş birliği içinde çalışmalıdır. Bununla birlikte, psikoterapi seanslarında karşılaşılan en önemli konuların zamanında ele alınmasını sağlamak terapistin nihai sorumluluğudur. Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme davranışları ya da düşünceleri öncelikle ele alınmalıdır. Bununla birlikte, seans sıklığını azaltma veya tedaviyi sonlandırma isteğinde bulunma, şehir ya da ülke değiştirmeyi planlama, tedavi için ödeme yapmama, terapistin koyduğu sınırları aşmaya yönelik müdahalelerde bulunma gibi sorunlar ele alınması gereken öncelikli konulardır. Yine alternatif yaşam düzenlemeleri olmadan evden ayrılma ya da bir işten ayrılma gibi konular öncelikli olarak ele alınmalıdır. Gerekli ilaçları alamama ya da psikiyatrik takiplerin zamanında yapılamaması gibi uygunsuzlukların da ele alınması gerekir. Son olarak, olumsuz aktarım seanslar sırasında ele alınması gereken önemli bir konudur (Misch, 2000).

### **Hasta Aktivitesini Teşvik Etme**

Destekleyici terapistin, hastanın aktif hale gelmesi için, “söylemesi” veya “hakkında konuşması” yerine “yapmasına” yardımcı olması çok önemlidir. Hasta günlük yaşamında, yeni düşünme, hissetme ve davranma yollarını denemeye teşvik edilir. Meseleler hakkında konuşmak, destekleyici terapide genellikle çok önemlidir, ancak uzun vadede, sadece konuşmak eylemin yerini tutamaz. Yeni kişilerarası davranışların veya becerilerin başarılı bir şekilde test edilmesi aracılığı ile hastanın belirli korkularının ya da yetersizlik duygularının azalması söz konusu olacaktır. Belirli beceriler kazandığını deneyimleyen hasta gerçekten çeşitli alanlarda yetenekli olduğuna ikna olacaktır (Misch, 2000).

Hastanın somut ulaşılabilir davranışsal hedefler koyması da yararlıdır. “Mutlu olmak istiyorum” veya “Daha iyi bir insan olmak istiyorum” genel hedeflerdir, ancak somut hedeflere yönelmeyi zorlayacak kadar genişlerler. Ek olarak, bu tür genel hedefler, ilerlemenin zorluğunu düşündürerek, hastanın bir gelişme kaydedemediğini hissetmesine neden olur. Bu nedenle, “Daha iyi bir insan olmak istiyorum” yerine daha özel davranış hedefleri somutlaştırılabilir: “Onlara kızdığım zaman duygularımı açıkça ve uygun bir şekilde ifade etmek istiyorum” gibi özel, somut, ulaşılabilir davranışsal hedeflerin belirlenmesi hasta için daha yararlı olacaktır (Misch, 2000). Bir başka deyişle tedavi amaçlarını yaşam amaçlarından ayırmak önemlidir (Ticho, 1972).

Destekleyici psikoterapinin amaçları büyük ya da küçük ölçekli olabilir. Ancak bazen hasta için belirlenen küçük bir hedef bile hastanın becerilerini aşabilir. Destekleyici psikoterapi, düşük işlevselliği olan bir hastanın küçük de olsa bir amaca ulaşabilmesi, hastanın özerk hale gelmesine katkıda bulunabilir. Bununla birlikte destekleyici psikoterapinin işlevlerinden biri de hastanın çevredeki diğer destekleyici olanakları araştırması ve kendisi için kullanışlı hale getirmesidir. Böylece hasta psikoterapinin yerine çevredeki diğer destekleri koyabildiğinde psikoterapi sonlandırılabilir (Kernberg, 2008).

Destekleyici terapist, iyi bir ebeveyn gibi, hastanın mevcut psikolojik durumunu, kapasitesini, genel işlevselliğini ve hastanın terapi hedeflerine yönelik üstlendiği görevi değerlendirmeli, hastanın ne

zaman ve ne şekilde yeni veya zorlu bir deneyime girmesi gerektiğine karar vermelidir. Daha sonra, terapist belirli bir sorun veya problemle başa çıkmada en yararlı olabilecek teknikleri kullanarak spesifik bir eylem planı oluşturmak için hastayla birlikte çalışmalıdır (Misch, 2000).

### **Hasta ve Ailesini Eğitme**

Eğitim, destekleyici psikoterapistin çalışmalarının her zaman büyük ve önemli bir parçasıdır. Anlaşılabilir, teknik olmayan bir dil kullanarak, psikoterapist hastanın hastalığı hakkında bilgi edinmesine yardımcı olur. Hastalığın semptomları, seyri ve prognozu hasta ile birlikte tartışılmaktadır. Hastanın psikolojik durumunun bozulmasına neden olan yılın belirli zamanları, mevsim dönümleri, stresli durumlar, alkol veya uyuşturucu kullanımı ve uykuda azalma, iştah değişikliği gibi durumlar özel olarak ele alınmalı ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir (Misch, 2000).

Hastalık ve gidişatı konusunda özel olarak bilgilendirilmiş hasta psikolojik bozulmayı önlemek veya en azından iyileştirmek için adımlar atabilir. Hasta psikiyatrik ilaçlar alıyorsa, ilacın etki mekanizması, etki süreci, faydaları ve yan etkileri konusunda eğitim almalıdır. Böyle bir eğitim ile, destekleyici terapist hastanın umudunu koruyarak, hastanın geleceğe iyimser bir şekilde bakmasını ve umut beslemesini sağlayacaktır (Misch, 2000).

Aynı şekilde, özellikle daha ciddi veya kronik psikiyatri hastalarının ailesini, yakın arkadaşlarını, işverenini ve çeşitli sosyal kurumları önemli ölçüde eğitmek büyük fayda sağlayabilir. Hasta yakınları, istekli ve yeterli oldukları takdirde, hasta için ilave olarak gözlem yapabilen "yardımcı ego" olarak hizmet edebilirler. Bununla birlikte, aynı zamanda hastanın isteklerine, özerkliğine ve gizliliğine saygı gösterilmelidir. Terapist, hastanın intihar ve kendine zarar verme durumları dışında, hastanın izni dâhilinde yakınlarına bilgi vermelidir.

İlave olarak, destekleyici terapist, hastayı gerçekliğin değerlendirilmesi, duygu düzenleme, dürtüleri kontrol etme, bağlantı kurma, sosyal beceriler geliştirme, iş bulma, bütçe hazırlama, toplu taşıma araçlarını kullanma, sosyal güvenlik ve engellilik başvurusu ve diğer konularla ilgili olarak eğitebilir. Hastanın terapist tarafından eğitilmesi sırasında sağlanan bilgi hastayı güçlendirir, bu da gerçek yeterliliğe ve özgüvene yol açar (Misch, 2000).

### **Destekleyici Çevreyi Düzenleme**

Destekleyici psikoterapide öncelikle destekleyici çevre oluşturmak önemlidir (Douglas, 2008). Destekleyici terapist, klasik psikanalistin aksine, hastanın bağımsızlığına ve mahremiyetine saygı göstererek, hastaya yardım etmek için diğer kişilere veya kurumlara müdahale edebilir. Bu nedenle destekleyici terapist, önemli aile üyeleriyle birlikte çalışarak aile desteğini en üst düzeye çıkarmaya çalışabilir. Terapist ayrıca çeşitli sosyal hizmet kurumlarının yardımını alabilir, hastanın durumunu açıklamak için bir işverenle konuşabilir, mahkeme sistemi ile iletişim kurabilir, hatta gerekirse hastaya ait sosyal güvenlik sistemini takip edebilir. Destekleyici terapistin rolü bir kez daha iyi bir ebeveyn benzetilebilir. Hastanın büyümesini ve nihai bağımsızlığını teşvik ederken aynı anda hastanın şu anda

yetersiz olduğu önemli görevlerin yerine getirilmesi konusunda ihtiyaç duyulan yardımı sağlar (Misch, 2000).

Hastaya ait çevreye müdahale etmenin gerekli olup olmadığı veya bu müdahalelerin nasıl yapılacağı ya da hastanın davranışlarına sınırlamalar getirilip getirilmeyeceği konuları terapinin başlangıç aşamasında değerlendirilmelidir. Destekleyici psikoterapistin hastanın kendisine ve çevresindeki diğer insanlara zarar verme davranışları söz konusu olduğunda olası çevresel müdahalede bulunması ve önlem alması önemli bir destek olabilir (Kernberg, 2008).

## SONUÇ

Destekleyici dinamik psikoterapi, açıklayıcı (expressive) dinamik psikoterapi ile benzer şekilde psikodinamik yaklaşımı temel almaktadır. Her iki yaklaşımda da hastanın psikodinamik yapısının derinlemesine araştırılması ve anlaşılması gerekmektedir. Klinikte, psikodinamik terapistler tedavinin durumuna ve kişinin ihtiyaçlarına göre destekleyici ve açıklayıcı psikoterapi yöntemlerini esnek bir şekilde değiştirerek kullanırlar (Douglas, 2008). Destekleyici dinamik psikoterapi benlik işlevlerinin güçlendirilmesi aracılığı ile hastanın hem içsel ve hem de dışsal dünyasının uyumunu geliştirmeyi hedefler. Pozitif aktarımlar genellikle ele alınmaz ancak negatif ya da cinsel aktarımlar ve idealleştirmeler hızlı bir şekilde ele alınır. Dirençlerin ve savunmaların uyum sağlayıcı/uyum bozucu özellikleri dikkate alınır ve duruma uygun olarak desteklenir ya da çürütülmeye çalışılır. Terapi ittifakı sürekli merkezi bir konumdadır. Hastanın psikoterapi sırasında gerileme göstermesi, serbest çağrışımı, rüya malzemesi getirmesi ve terapistin kendini gizlemesi teşvik edilmez. Destekleyici terapist, hastayı ve elde edilen verileri psikodinamik terapist gibi ele alır ancak destekleyici terapist gibi hareket eder. Klinikte, destekleyici psikoterapiyi daha az teknik yetenek gerektiren ve sınırlı terapötik sonuçlara ulaşan, daha az beceri gerektiren bir psikoterapi biçimi olarak nitelendiren pek çok tutum ile karşılaşmaktadır (Berlincioni ve Barbieri, 2004). Ancak destekleyici psikoterapiyi ustaca yürütmenin, açıklayıcı psikoterapiden daha zahmetli ve daha fazla klinik önsezi gerektirdiğini savunan görüşler de mevcuttur (Rockland, 2016). Bağlantılı olarak psikanalitik ilkeleri destekleyici terapilere uygulamak, açıklayıcı terapilere uygulamaya oranla daha fazla beceri gerektirmektedir. Bunun nedeni açıklayıcı terapistin daha derinlemesine araştırılması ve süreçte açığa çıkan aktarım dirençlerinin terapist tarafından ayrıntılı bir şekilde ele alınma zorunluluğunun gündeme gelmesidir. Söz konusu araştırma, hastanın iç dünyasındaki bilinçdışı çatışmaların içeriklerini, dürtü türevlerini ve nesne ilişkilerinin belirtilerinin anlaşılmasına yardım etmektedir. Buna karşın DP'de; savunmaların ve dirençlerin, patolojik kişilik özelliklerinin ve bunların aktarımda etkinleşmesinin, aktarım dirençlerinin ve eyleme vurma davranışlarının görünümleri pek net değildir ve bunlar ile baş edebilmek için terapistin daha fazla deneyim ve teknik beceriye sahip olması gerekir (Kernberg, 2008).

Douglas (2008) destekleyici tedavilerin çok çeşitli koşullar için etkili olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte sınırlı sayıda çalışma psikoterapi sürecini ve destekleyici tedavilerdeki sonuçlarını

araştırmıştır (Orlinsky ve arkadaşları, 2004). Ruh sağlığı alanında çalışanların eğitim programlarında sadece “bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış” psikoterapi türlerini öğretme konusunda bir yönelim olduğu görülmektedir (Weissman ve Sanderson, 2002). Destekleyici psikoterapinin, kanıta dayalı olarak değerlendirilecek kadar klinik çalışmalarda araştırılmamış olduğu görülmektedir. Bazı araştırmacılar ruh sağlığı profesyonellerinin kanıta dayalı yöntemlere bağımlı kalmasının klinik problemlerin karmaşıklığını anlamalarını zorlaştırdığını ve terapistin esneklik ve kendiliğindenliğini kısıtladığını öne sürmüşlerdir (Binder, 2004; Lamberd ve Ogles , 2004). Ülkemizde ise destekleyici psikoterapi ruh sağlığı alanını için en yaygın psikoterapötik tedavi paradigması olmasına rağmen, sağlık profesyonellerinin eğitim programında nispeten daha az yer almaktadır. Bu durum, pek çok ruh sağlığı uzmanını destekleyici tedavinin temel doğası ve süreci konusunda belirsiz bırakmaktadır. Hâlbuki etkili klinisyenler hastanın ihtiyaçlarına göre destekleyici ve diğer psikodinamik yöntemlerin kombinasyonlarını birlikte kullanabilirler (Kaptanoğlu, 2018). Bu makalede, terapistin hastanın yararını en üst düzeye çıkarması amacıyla yönelik olarak etkili destekleyici psikoterapinin yapısını oluşturan temel stratejiler tanımlanmıştır. Ayrıca psikoterapi süreci ile ilgili olarak, terapistin müdahaleleri, çalışma ittifakı, savunma mekanizmaları ve destekleyici psikoterapinin nasıl işlediğinin anlaşılmasına çalışılmıştır. Bu nedenle, bu çalışma, psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi sürecinin doğasını anlamaya ve sınırlı sayıda çalışma sayısının artırılmasına katkıda bulunmayı hedeflemiştir. Destekleyici psikoterapinin teorik temellerini tanımlamak, kökenlerini belirlemek, farklı terapötik ortamlarda uygulanma modellerini, potansiyelini ve sınırlarını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç görülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive Psychotherapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Berlincioni, V., Barbieri, S. (2004). Support and psychotherapy. *Am J Psychother*, 58(3), 321-34.
- Binder, J. (2004). *Key Competencies in Brief Dynamic Psychotherapy*. New York, Guilford Press.
- Colli, A., Lingardi, V. (2009). The collaborative interactions scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718–734.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M.B. (1999). Alliance and technique in short– term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 687–704.
- Crown, S. (1988). Supportive psychotherapy: a contradiction of terms? *Br J Psychiatry*, 152, 266–269.
- Dewald, P.A. (1971). *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. New York: Basic Books, Inc.
- Dewald, P.A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. *AmJPsychother*, 48, 505–518.
- Douglas, C.J. (2008). Teaching Supportive Psychotherapy to Psychiatric Residents. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 445–452.

- Hellerstein, D.J., Pinsky, H., Rosenthal, R.N., Klee, S. (1994). Supportive therapy as the treatment model of choice. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 300–306.
- Holmes, J. (1995). Supportive psychotherapy. The search for positive meanings *Br J Psychiatry*, 167(4), 439-45.
- Gabbard, G.O. (2005). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G.O. (2009). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Greenson, R.R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York, International Universities Press.
- Kaptanoğlu, C. (2018). *Destekleyici Psikoterapi. Temel ve Klinik Psikiyatri*, Editör: K. Oğuz Karamustafaoğlu, Güneş Kitapevi, İstanbul.
- Kernberg, O.F. (2008). *Ağır kişilik bozukluklarında psikoterapötik stratejiler*. İzmir: Odağ Yayınları.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 5 th ed.* Edited by Lambert MJ. New York, Wiley and sons.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E. (1985). Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 602–611.
- Markin, R.D., Mc Carthy, K.S., Jacques, P.B. (2013). Transference, counter transference, emotional expression and session quality over the course of supportive expressive therapy: The raters' perspective, *Psychotherapy Research*, 23(2), 152-168.
- Markowitz, J.C. (2008). How "supportive" is internet-based supportive psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, 165, 534.
- Misch, D.A. (2000). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research* 9, 173-189.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and Change. In M. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and Behaviour Change 5th ed.* New York: John Wiley and Sons.
- Perry, S., Cooper, A.M., Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*, 144, 543–550.
- Pine, F. (1986). Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective. *Psychiatr Ann*, 16, 526–529.
- Pinsky, H.A. (1997). *Primer of supportive psychotherapy*. New York, Routledge.
- Rockland, L.H. (1990). Exploratory/supportive therapies seen as polar ends of dynamic therapy. *Psychiatr Times*, 32–34.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive Therapy: A psychodynamic approach*. New York, basic Books.
- Rockland, L.H. (2016). *Borderline hastalar için destekleyici terapi*, Editör: Tahir Özakkaş, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: İstanbul.



- Rosenthal, R.N., Muran, J.C., Pinsker, H., Hellerstein, D., Winston, A. (1999). Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *J Psychotherapy Prac Res*, 8(1), 55-63.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Schlesinger, H.J. (1969). Diagnosis and prescription for psychotherapy. *Bull Menninger Clin*, 33, 269–278
- Seinfeld, J. (1993). *Interpreting and Holding: The Paternal and Maternal Functions of the Psychotherapist*. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patient. *Psychother Psychosom*, 22, 255-262.
- Sifneos, P.E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom*, 26, 65-70.
- Skean, K.R. (2005). The Case of “CG”: Balancing Supportive and Insight Oriented, Psychodynamic Therapy with a Client Undergoing Intense Life Stresses. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 1–18.
- Soykan, A. (1998). Hasta ve terapist etkileşimi: cinsiyetin rolü. *Kriz Dergisi*, 6, 23-31.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1998). Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 351–366.
- Ticho, E.A. (1972). Termination of psychoanalysis: Treatment goals, life goals. *The Psychoanalytic Quarterly*, 41(3), 315-333.
- Ursano, R.J., Silberman, E.K. (1996). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press synopsis of psychiatry*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association, 969-989.
- Ursano R, Silberman EK (2004) Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy, in *Essentials of Clinical Psychiatry*. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing 889–914.
- Vaillant, G.E. (1993). *The Wisdom of the Ego*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Vanheule, S., Verhaeghe, P., Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychol Psychother*, 84, 84-97.
- Weissman, M.M., Sanderson, W.C. (2002). Promises and problems in modern psychotherapy: the need for increased training in evidence based treatments, in *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. Edited by Hamburg B. New York, Josiah Macy Foundation.
- Werman, D. (1981). Technical aspects of supportive psychotherapy. *Psychiatr J Univ Ott*, 6, 153–160.
- Winston, A., Winston, B. (2002), *Handbook of integrated short-term psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., Pinsker, H. (2004). Ed. Gabbard GO. *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Washington, Amerikan Psychiatric Publishing.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., Pinsker, H. (2004). Ed. Kaptanoğlu C, Güleç G, Eşsizoglu A, Maraş A. *Destekleyici Psikoterapiye Giriş*. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği.

## ÇOCUK İZLEM MERKEZİ MODELİ VE BU MODELDE GÖZLENEN SORUNLAR

Gülçin ORHAN\*, Betül ULUKOL\*\*, Hayri CANBAZ\*\*\*

Makale geliş tarihi/ Received:02.07.2019

Kabul tarihi/ Accepted:18.10.2019

\*Uzm. Psk., Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Tepebaşı, Eskişehir;

\*\*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Cebeci, Ankara;

\*\*\*Uzm. Dr., Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Tepebaşı, Eskişehir;

gulcinsky@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3116-9901>

betul.ulukol@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8058-0911>

dr\_endorfin@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6989-7854>

Bu yazı, 12-13 Mayıs 2017 tarihlerinde düzenlenen 4. Ulusal Adli Psikoloji Sempozyumu'nda birinci ve ikinci yazara ait olan sözel bildiri üzerinden geliştirilmiştir.

### ÖZET

*Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 2010 yılından itibaren faaliyet göstermekte olan Çocuk İzlem Merkezlerinin hangi paydaş kurumlarla, ne tür işbirliği içerisinde olduğunu belirtmek ve Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişinde karşılaşılan sorunlarla ilgili olarak geliştirilmesi gerekli görülen yönler hakkında bilgi sunmaktır. Buradan hareketle, öncelikle Çocuk İzlem Merkezi modeli tanıtılarak bu merkezlerin hangi kurumlarla, ne tür işbirliği içerisinde bulunduğu, ülkemiz ve diğer ülkelerdeki benzer oluşumlarla ilgili yapılan çalışmalar eşliğinde açıklanıp çocuğun yüksek yararının optimal düzeyde sağlanması yönünden, paydaş kurumlarla yapılan işbirliğinin önemine vurgu yapılmıştır. Ardından, Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişinde karşılaşılabilen aksaklıkların neler olabildiği belirtilerek bu modelin işleyişinde geliştirilmesinde yarar olabileceği düşünülen hususlara değinilmiştir. Bu amaçla; Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişine ışık tutacağı düşünülen yönetmeliğin çıkarılması, merkezde nitelikli ve yeterli sayıda personel istihdamının sağlanması, paydaş kurum profesyonelleri ile yaşanan sorunların ortak eğitim modülleri ve sürekli eğitim programları ile çözüme kavuşturulması, çocuk temelli ceza adalet sisteminin oluşturulması, Türkiye modelinin diğer ülke modellerinde olduğu gibi vaka izlemi de gerçekleştirebilecek şekilde düzenlenmesi ve çocuğa hizmet sunan profesyonelin, ikincil travmatik strese karşı korunmasında ruhsal yönden desteklenmesi önerilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk İzlem Merkezleri, Paydaş Kurumlar, İşbirliği, Geliştirme, Öneriler.

## THE MODEL OF CHILD ADVOCACY CENTER AND PROBLEMS OBSERVED IN THIS MODEL

### SUMMARY

*The purpose of this study is to specify which stakeholder organizations Child Advocacy Centers are in cooperation with and what kind of cooperation is taking place with those stakeholders; and also to provide information on aspects needs to be developed with regard to problems faced during the running of Child Advocacy Centers, which are operational in Turkey since 2010. Within this context, firstly, the model of Child Advocacy Centers is introduced; stakeholder organizations that Child Advocacy Centers are in cooperation with and the way this cooperation takes place explained, along with studies on similar initiatives in Turkey and other countries. Then the importance of cooperation with the stakeholder organization for achieving utmost benefit for the child at optimal level is emphasized. Then the problems that can be faced during the operations of Child Advocacy Centers are specified and aspects and topics that could be developed are mentioned. To this aim suggestions made within this study are: to issue a regulation which would guide the operations at Child Advocacy Centers, to employ qualified and sufficient number of workers at these Centers; to settle the problems with the stakeholder organizations' professionals through joint education modules and continuous education programs; to create child-based criminal justice system, to re-organize the Turkey model to make it capable to perform case-monitoring just like the models in other countries; and to mentally support professionals against secondary traumatic stress, who are providing services to the child.*

**Key Words:** Child Advocacy Centers, Stakeholder Organizations, Cooperation, Development, Suggestions.

### GİRİŞ

Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM), cinsel istismara maruz kalma şüphesi olan çocukların ikincil örselenmesinin önüne geçmeyi ve çocuk yüksek yararına hizmet sunan kurumların eşgüdümlü şekilde hizmet sunmasını amaçlayan önemli bir oluşumdur (Danış ve ark., 2019). ÇİM, 2010 yılında pilot uygulama olarak Ankara ilinde açılmış olup, 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile hizmet vermeye devam etmektedir (Bağ ve Alşen, 2016). Çocuk İzlem Merkezleri, 2019 yılı Eylül ayı itibariyle Türkiye genelinde toplam 41 ilde, 44 merkezde faaliyet göstermektedir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2019).

Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 04.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış Başbakanlık Genelgesi'nde "...çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla, öncelikli olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere; Sağlık Bakanlığınca bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) kurulması ve bu merkezlerin işleyişinin Sağlık Bakanlığınca koordine edilmesi gerekli görülmüştür" biçiminde belirtilmektedir. Aynı genelgede "...ÇİM'lerin çalışma ve yaygınlaşma sürecinin sağlıklı ve amacına uygun bir şekilde yürütülmesi için gerekli tedbirleri görüşüp karara bağlamak ve bu konuda kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ya da yardımcısının

başkanlığında; Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin (bakanlıklardan müsteşar yardımcısı, başkanlıklardan başkan yardımcısı düzeyinde) katılımıyla ÇİM Yönetim ve Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur” diye belirtilmiştir (Başbakanlığın 4.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmi Gazete’de Yayınlanan Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 No’lu Genelgesi).

### **Çocuk İzlem Merkezleri ve Paydaş Kurumlarla İş Birliği**

Sağlık Bakanlığına bağlı İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki hastanelerde kurulan Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM); Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı yerel temsilciliklerle işbirliği halindedir. İl bazında Çocuk İzlem Merkezleri; Adliyeler (Cumhuriyet Başsavcılığı, ilgili Mahkemeler, Adli Görüşme Odaları, Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri), BARO, İl Emniyet Müdürlüğü (Çocuk Şube Müdürlüğü, Jandarma Çocuk Kısım Amirliği), Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, ilde mevcut ise Çocuk Koruma Merkezleri ve çocuk odaklı çalışan sivil toplum kuruluşları ile koordinasyon içerisinde faaliyet göstermektedir.

Çocuk İzlem Merkezleri Yönetim ve Koordinasyon Kurulu 22.10.2012 tarih ve 2012/1 Karar No’lu toplantı md:2.2.2’ye göre Çocuk İzlem Merkezinin görevi, cinsel istismara uğradığı konusunda şüphe olduğu durumlarda şüpheye vakıf olan ilgililerin (ana-baba, sağlık çalışanları, öğretmenler...) durumu ivedilikle kolluk kuvvetine iletmesi, kolluk kuvvetlerinin de mağdur olma şüphesi taşıyan çocuğu, hiçbir görüşme yapmadan sivil bir ekip ve sivil bir araçla Çocuk İzlem Merkezine ulaştırmasıyla başlamaktadır.

Çocuk cinsel istismarına müdahalenin her sürecinde etkin bir yaklaşım izlenmelidir (Aydemir ve Yurtkulu, 2012). On sekiz yaşını tamamlamamış bir çocuğun kendisi, ailesi, yakın çevresi, okul görevlileri vb. tarafından cinsel istismara dair mağdur olduğuna yönelik bildirim Cumhuriyet Savcılığı ya da Kolluk Görevlilerine yapılmasını takiben Çocuk İzlem Merkezi ile irtibata geçilmektedir. Çocuğun minimum örselenmesini sağlamak amaçlı beyanının görüntü ve ses kaydına alındığı Çocuk İzlem Merkezinde, çocukla gerçekleştirilen ön görüşmede cinsel istismara uğradığına yönelik bilgi alınmasını takiben gerçekleştirilecek olan adli görüşmeyi aynalı odanın ardındaki izlem odasında; Cumhuriyet Savcısı, müdafî Avukatı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü temsilcisi ya da aile görüşmecisi, bazı durumlarda çocuk psikiyatristi ve isteği halinde de kolluk görevlisi izlemektedir (Bağ ve Alşen, 2016).

Farklı disiplinlerde hizmet sunan hiçbir profesyonelin bu konuyla tek başına baş etmesi mümkün olmadığından çocuk cinsel istismarına müdahalenin her sürecinde ekip çalışmasına gereksinim duyulmaktadır (Aydemir ve Yurtkulu, 2012). Çocuk İzlem Merkezinde sorumlu hekim, adli görüşmeci, aile görüşmecisi, hastane bünyesine tam zamanlı görevlendirmesi yapılmış ya da gereği halinde kuruma davet edilen Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü temsilcisi ve konsültan hekimler (çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, adli tıp uzmanı, sosyal pediatri uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk cerrahisi uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı vb.) hizmet sunmaktadır. Mağdur çocuk için talep olmaksızın BARO’dan müdafî Avukat sağlanmaktadır. Adli görüşmeyi yapanlar, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı’nın teorik ve uygulamalı aşamalarını başarı ile tamamlayan psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı ve uzman hemşire unvanlı meslek elemanlarından

oluşmaktadır (Yüksel ve ark, 2013).

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü temsilcisi; adli görüşmeci veya aile görüşmecisince aile kurumunda risk olduğu düşünülen durumlarda adli (izlem amaçlı) ve yapılan aile görüşmelerine katılmaktadır. Mağdur çocuğun risk olduğu durumlarda aile kurumuna teslim edilmesinde kuruma teslim işlemlerini gerçekleştirmektedir. Ayrıca sosyal incelemeyi gerçekleştirme ve bağlı olduğu kurumla iletişimi sağlamada görevlidir (Bağ ve Aışen, 2016'dan aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Mağdur çocuğun adli görüşme odasındaki beyanından sonra Cumhuriyet Savcısı ya da ilgili Mahkeme tarafından uygun görülmesi durumunda istismar olayının türü ve mahiyetine göre tahkikatı yürütmek üzere kolluk görevlilerine; iç beden, darp cebir, ruh sağlığı muayenesi için ilgili konsültan hekimlere; gebelik tespiti ya da bulaşıcı hastalık durumlarının tespiti ve takibi için ilgili sağlık kuruluşlarına; koruyucu ve destekleyici tedbirler için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ve diğer kamu kuruluşlarına; sosyal inceleme için kurum bünyesinde çalışan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü temsilcisine yönlendirme yapılabilmektedir. Ayrıca mağdurun okul değişikliği durumunun yüksek yararına olacağı düşünüldüğünde, mağdur ve ailesinin onayı alındığı takdirde İl Millî Eğitim Müdürlüğü ile görüşmeler ve yönlendirmeler yapılabilmektedir. Yine mağdurun yüksek yararı için gerekli durumlarda yurt değişikliği durumu ya da talebi değerlendirilerek ilgili kamu kurum ya da kuruluşları ile irtibata geçilebilmektedir.

Bunun yanı sıra "Her il bazında belirli aralıklarla İl Valiliği koordinatörlüğünde, Çocuk İzlem Merkezi ve çocuk odaklı çalışan diğer kurumların temsilcileri bir araya gelerek; çocuk yüksek yararına ve Çocuk İzlem Merkezindeki mevcut ya da olası aksaklıklar veya geliştirilmesi gerekli alanlar üzerine il koordinasyon kurulu toplantıları gerçekleştirilebilmektedir. İl Millî Eğitim Müdürlüğü tarafından rehber öğretmenlere çocuk ihmal ve istismarı hakkında farkındalık ile bildirim yükümlülüğü eğitimleri, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından ailelere yönelik eğitimler, Sağlık Müdürlükleri ve Üniversiteler tarafından sağlık personellerine yönelik farkındalık ve bildirim yükümlülüğü eğitimleri, BARO tarafından da avukatlara yönelik konu ile ilgili eğitimler düzenlenebilmektedir. Böylece, Çocuk İzlem Merkezleri ile koordineli çalışan tüm meslek elemanlarına ve topluma; çocuk cinsel istismarını fark etme, mağdur çocuğa ve ailesine yaklaşım ile bildirim yükümlülüğü gibi hukuki ve psikolojik konularda farkındalık kazandırmaya dair eğitimler verilmesi; hem Çocuk İzlem Merkezleri ile paydaş çalışan kurumlar arasında etkili koordinasyonun sağlanmasını hem de çocuk ve toplumun yüksek yararını sağlayacağı düşünülmüştür" (Orhan ve Ulukol, 2017).

Çocuk İzlem Merkezi modeline benzer oluşumlarla ilgili Dünya'daki gelişmeler incelendiğinde, 1998'de faaliyete başlamış olan İzlanda Barnahus Çocuk Evi modeli dikkati çekmektedir. Bu model, işleyiş yönünden ÇİM modeli ile benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. İzlanda Barnahus Çocuk Evi sisteminde, istismar konusu hakkında ilgili Hâkim'e konu aktarılmakta, ilgili Savcı ve Avukat ivedi şekilde tayin edilmekte, çocukla görüşme odasında bulunan adli görüşmeci kulaklık vasıtasıyla diğer odadaki Hâkim, Savcı ve Avukat ile iletişim kurmaktadır. Kayıt altına alınan adli görüşme, mağdur çocuğun beyanı kabul edilmekte ve çocukla gerekmedikçe bu konu hakkında yineleyici görüşmelere başvurulmamaktadır. Yine bu merkezde, çocuğun iç beden muayenesi gerçekleştirilebilmektedir. Bununla birlikte adli görüşmeyi gerçekleştiren uzman dışında farklı bir profesyonel, mağdur çocuk ve

ailesinin ruhsal rehabilitasyonuna derhal başlayabilmektedir (Goddard, Harewood ve Brennan, 2015: 71-73-74'ten aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Amerika Birleşik Devletlerinde yedi yüz üstü sayıda, bünyesinde uzman ekiplerin mevcut olduğu, Çocuk Koruma Merkezi ismiyle kurulmuş, “multidisipliner ekip, kültürel yeterlilik ve çeşitlilik, adli görüşme, mağduru destekleme ve savunma, tıbbi değerlendirme, ruhsal değerlendirme, vaka incelemesi, vaka izlemi, organizasyonel kapasite, çocuk odaklı düzenleme” alanlarında standardizasyonla akredite şekilde faaliyet gösteren merkezlerde adli görüşmeci çocukla görüşmekte, diğer odadaki multidisipliner ekip bu görüşmeyi izlemektedir. Bu modelde de ruhsal rehabilitasyonu sağlayan profesyonel, adli görüşmeyi gerçekleştiren kişiden farklıdır (Theodore 2012'den aktaran Yüksel, 2018).

Norveç'te 2007 yılında faaliyete geçen Çocuk Evi modelinde adli görüşme, tıbbi muayene ile vaka izlemi gerçekleştirilmektedir. İsveç'te ise otuz bir adet Çocuk Evi bulunmaktadır. Bölgesel olarak değişiklikler mevcut olsa da çocuk nüfusunun %80'i kapsamakta ve “adli soruşturma, sosyal koruma, fiziksel sağlık ve ruh sağlığı” bileşenleri sağlanmaya çalışılmaktadır (Yüksel, 2018). Kanada, Grönland, Norveç, İsveç, Avustralya, Belarus, Yeni Zellanda, Hırvatistan, Güney Afrika, Guyana, Danimarka, Letonya, İsrail, Polonya, Küba, Meksika ve Filipinler'de (Swedin, 2014'ten aktaran Orhan ve Ulukol, 2017) Çocuk Evi ve Çocuk Koruma Merkezlerine benzer oluşumlar geliştirilmiş, Finlandiya ve diğer ülkelerde ise bu konuda çalışmalar devam etmektedir. Bazı konularda işleyiş yönünden ülkeler arasında değişiklikler olabilese de bu oluşum genellikle etkili ve uyarlanabilir görünmektedir (Goddard, Harewood ve Brennan, 2015:77'den aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Türkiye'de Çocuk İzlem Merkezi modeli öncesinde yapılan çalışmalara bakıldığında, ihmal ve istismara maruz kalan ya da suça sürüklenen çocuklarla ilgili multidisipliner faaliyetlerde bulunan üniversite hastaneleri bünyesindeki oluşumlar olan Çocuk Koruma Merkezleri dikkati çekmektedir (Dağlı ve İnanıcı, 2010:20). Çocuk Koruma Merkezi modelindeki profesyonel ekip, çoğunlukla istismarı saptayarak gerekli bildirim yapmakta, çocuğun medikal ihtiyaçlarını karşılamakta ve çocuğun tıbbi rehabilitasyonunun sağlanması hususunda hizmet vermektedir (Yüksel, 2018).

Türkiye Çocuk İzlem Merkezi modeline yakın bir uygulama olan ve 2017 yılında Adliyeler bünyesinde kurulmayan başlayan Adli Görüşme Odaları oluşumunun Yönetmeliği'nde (2017) ise, “Sadece boşanma ve çocuk kovuşturması üzerine kurulu mevcut sistemin geliştirilerek tüm kırılğan grupları kapsayacak şekilde vaka yönetiminin uygulandığı, hizmetin savcılık aşamasından mahkeme aşaması neticelenene kadar sunulduğu, bilgilendirme ve yönlendirme hizmetinin etkin bir şekilde yerine getirildiği yeni bir hizmet modeli ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Ayrıca başta çocuklar olmak üzere tüm kırılğan grupların adalete erişimlerinin güçlendirilmesi, maddi hakikatin ortaya çıkarılabilmesi ve ikincil örselenmelerinin engellenebilmesi için ifade ve beyan verme süreçlerinin bu kişilerin mevcut fiziksel, zihinsel ve psikolojik durumlarına uygun özel ortamlarda yürütülmesi gerekmektedir. Bu Yönetmelik ile; özel ortamlarda ifade ve beyanlarının alınması gerektiği veya fail ile yüz yüze gelmesinde sakınca bulunduğu değerlendirilen hallerde ‘çocuğun üstün yararı’ ilkesi gözetilmek suretiyle öncelikli olarak mağdur, tanık ve suça sürüklenen çocuklar, cinsel suç ve aile içi şiddet suçları mağdurları ile diğer kırılğan gruba dâhil mağdurlarla uygun ortam ve yöntemle görüşme yapılmasını, ikincil örselenmenin önlenmesini, korunma ihtiyaçlarının tespitini ve ilgili hizmetlere yönlendirilmesini sağlamak suretiyle adalete erişimlerinin güçlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla,

adliyeler bünyesinde özel bir alan olarak adli görüşme odalarının kurulması, işlerlik kazanması, ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu odaların işleyişine ilişkin usul ve esasları düzenlenmektedir” şeklinde belirtilmiştir (Adli Görüşme Odaları Yönetmeliği, 2017).

Kısacası, Dünya genelinde mevcut olan ya da geliştirilme çalışmaları devam eden Çocuk İzlem Merkezleri ve benzeri oluşumlar sayesinde mağdur çocuk, ekip çalışması ile çok boyutlu şekilde, işbirliği içerisinde ele alınmaktadır.

### **Çocuk İzlem Merkezi Modelinin İşleyişinde Geliştirilmesi Gerekli Yönler**

İlk olarak İngiltere’de 1800’ler sonunda çocuk adalet sisteminin çocuk mahkemeleri kurularak ceza adalet sisteminden ayrıştığı ve polisten başlayarak bütün sürecin çocuğun yüksek yararı hedeflenecek şekilde oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Türkiye’de ise çocuk mahkemelerinin 1979 yılında ancak yasalaşmış olmasına karşın günümüzde bile alt yapısı mevcut bulunmayan kurumlar şeklinde hizmet vermeyi sürdürdüğü görülmektedir (Öntaş, 2008’den aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezlerinin yaygınlaştırılma çabaları devam ediyor olsa da daha fazla sayıda eğitilmiş personel ve konsültan hekim ihtiyacı, merkezlerin ilçelerde mevcut olmayışı önleme hizmetlerinin tam anlamıyla istenen seviyeye varmadığını göstermektedir. Cinsel istismar mağduru çocukların ikincil örselenme yaşamaması için Mahkeme koşullarının da çocuk mağdurların psikososyal gelişimlerine uygun olarak düzenlenmesi gereklidir (Yüksel ve ark, 2013’ten aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Ayrıca, Türkiye’deki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı göz önüne alındığında, ÇİM’e gelen mağdurların ilk değerlendirmelerinin bile bazen yapılamadığı, kanunla zorunlu hallerde dahi randevuyla değerlendirmenin gerçekleştirilebildiği bilinmektedir. Faaliyet halindeki bütün ÇİM’lerde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı mevcut olmasa bile gerekli yönlendirmelerin bu başarıyı sağlıyor olduğu düşünülmektedir (Bağ ve Alşen, 2016’dan aktaran Orhan ve Ulukol, 2017). Bu doğrultuda her yerde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı mevcut olmadığından ÇİM’lerin sayıca artırılmasının yanı sıra eğitilmiş personellerin de yerleştirilmesi gerekmektedir.

Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişine yönelik halen bir yönetmelik mevcut olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı ve ilgili Bakanlıklarca hazırlanan yönetmelik taslağının paydaş kurumların onaylarından sonra kabul edilmesi beklenmektedir. Çocuk İzlem Merkezleri ile ilgili bir yönetmelik, hem Çocuk İzlem Merkezinde görev yapan personellerin görev tanımı ve sorumluluklarında iller arası farklılıklar yaşanmasının önüne geçilmesi hem de paydaş kurumların rol ve sorumluluklarının net şekilde belirlenmesine katkı sağlayacaktır (Orhan ve Ulukol, 2017).

Bazı Cumhuriyet Savcılarının, ilçelerdeki mağdur çocukların işlemlerinin ÇİM’e getirilerek gerçekleştirilmesinin doğru olmayacağı görüşleri, Adliyelerdeki iş yoğunlukları sebebi ile ÇİM’deki işlemlerin uzun sürdüğünü belirtmeleri söz konusu olabilmektedir (Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu, 2015:13). Çocuk istismarı konusunda eğitim almış Yargıç ve Savcılarının bu alanda sürekli şekilde hizmet sunmaması, ÇİM’lerde bazı Savcılarının fazla müdahaleci yaklaşımları (adli görüşmeciden görüşmeyi hızlandırmasını talep etmesi, adli görüşme sırasında ifade odasındaki cama vurması, dikkat dağıtması gibi) gibi durumlarla karşılaşılabildiği

bilinmektedir. Yargıç ve Savcılar da dâhil olmak üzere bu alanda hizmet sunan bütün profesyonellere yönelik sürekli eğitimin sürdürülmesi önemlidir (Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu (2019:12-13-15)).

Uygulamada halen fail ile mağdur çocuğun Mahkeme’de karşı karşıya getirilmesi, çocuğa uygun tutum ve yaklaşımda bulunulmaması (yargılayıcı tutumda bulunma), Mahkemelerin çocuğa uygun düzenlenmemesi, çocukla görüşme odalarının bulunmaması, konuyla ilgili ihtisaslaşmış Mahkemelerin bulunmayışı, tedbir kararları ile ilgili denetim eksikliği söz konusudur (Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu, 2019:9-12). Bazı Çocuk İzlem Merkezlerinde adli görüşmesi yapılan mağdur çocukların, mahkeme aşamasında da dinlenebiliyor olduğu bildirilmektedir. Bu sebepten dolayı Çocuk İzlem Merkezinin, çocuğun yaşadığı istismar yaşantısını bir defada anlatmasını sağlayabilme amacına tam anlamıyla ulaşabildiğini söylemek güçtür. Adli mercilerle bu konuda ek çalışmaya gereksinim vardır (Bağ ve Alşen, 2016’dan aktaran Orhan ve Ulukol, 2017). Vaka yönetim sistemi uygulaması, çocuk istismarı alanında hizmet sunan bütün kurumların görev tanımlarının saptanarak ortak eğitim modüllerinin geliştirilmesi, mevcut yasal düzenlemelerde ve yargılamada karşılaşılan problemlerin giderilmesi, tüm süreçte çocuğun yüksek yararının sağlanması (Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu, 2019:14-22) gereklidir.

Ülkemizdeki tüm Jandarma Çocuk Kısım Amirlikleri’nde sivil ekip ve araç bulunmasının ve Jandarma bölgesinden ÇİM’e yönlendirilen mağdur çocuk ile cinsel istismar yaşantısına yönelik herhangi bir görüşme yapılmadan çocuğun, sivil ekip ve araçla ÇİM’e getirilmesi çocuğun yüksek yararına olacaktır (Orhan ve Ulukol, 2017). Ülkemizde Çocuk İzlem Merkezi modeli çok yeni bir uygulama olmamasına rağmen halen Jandarma bölgesinden yönlendirilen bazı çocukların üniformalı kolluk görevlileri ve resmi araçlarla ÇİM’e getirildiği, araç içerisinde çocukla yaşadığı olay hakkında görüşme yapıldığı belirlenmiştir. Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu (2019:14), mağdur çocukların, kolluk yetkilisi ile yalnız bırakılmayıp profesyonel bir meslek elemanı ile birlikte ÇİM’e ulaşımının sağlanması gerektiğine değinmiştir.

Emniyet görevlilerin ÇİM’lerde nasıl çalışacağı ile ilgili herhangi bir mevzuat hükmü bulunmaması, birçok ilde bu konuda işleyiş farklılıkları yaşanmasına sebebiyet vermektedir. ÇİM’de tam zamanlı hizmet veren emniyet görevlisi olmaması durumu; mağdur yakınlarının ÇİM’deyken istismar olayını olası örtbas etme çabalarını gerçekleştirebilmesine ve soruşturmayı etkileyebilmesi durumlarına, ÇİM profesyoneline fiziksel şiddet uygulanması durumunda güvenlik halinin sağlanamamasına yol açabilecektir. Bu gibi durumların, mağdurun ÇİM’den ayrıldıktan sonra da meydana gelebileceği; bilhassa koruma kararı alınan vakalarda bazı ailelerin Çocuk İzlem Merkezindeki personelle sonradan sıklıkla yüz yüze geldiği tecrübe edilmektedir. Bazı olgularda Emniyet Müdürlüğünün çok farklı birimleri ile iletişime geçilmesi gerektiğinde Çocuk İzlem Merkezi çalışanının o kurumun iç işleyişine hâkim olmaması durumu ve kendi görevinin yanında bu gibi görevle de ilgilenmesi halini meydana getirmektedir. Tüm bu gerekçelerden ötürü, yirmi dört saat esasına dayalı hizmet vermekte olan Çocuk İzlem Merkezlerinde, Emniyet Müdürlüğü tarafından vaka bazlı yerine, yirmi dört saat esasına göre hizmet veren kolluk yetkilisi görevlendirilmesi durumu, Çocuk İzlem Merkezleri işleyişinde geliştirilmesi gerekli en önemli konulardan birisidir (Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu, 2015:15). Bir diğer husus, kolluk personelinin çocukla iletişim konusunda yeterli eğitime sahip olmayışıdır (Çocuğa



Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu, 2019). ÇİM’de görev alacak kolluk personeli, çocukla iletişim ve istismar konularında eğitim almış personel arasından seçilmelidir.

ÇİM’lerde cinsel istismarın eşlik etmediği fiziksel istismar veya ihmale maruz kalmış çocuklar ya da suçta sürüklenen çocuklarla adli görüşme gerçekleştirilmemektedir. Adalet Bakanlığı bünyesinde faaliyet sunan Adli Görüşme Odası uygulamasının, 2017 yılı Nisan ayından itibaren faaliyet gösterdiği ve bütün kırılğan gruplar ile adli görüşmelerin bu odalarda gerçekleştirildiği bilinse de ÇİM’lerde konaklama ve muayene işlemleri dâhil çocuk yararına tüm sürecin tek seferde tamamlanabildiği dikkati çekmektedir (Orhan ve Ulukol, 2017). Çocuğa yönelik fiziksel istismar durumunda da mağdurun muayene, konaklama ya da kurum bakımına alınması gibi işlemler söz konusu olabileceğinden, cinsel istismar dışındaki diğer istismar olgularının değerlendirildiği merkezlerin de ÇİM gibi multidisipliner hizmet vermesi çocuğun yüksek yararına olacaktır.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Yirmi dört saat esasına göre hizmet veren Çocuk İzlem Merkezlerine her iki cinsiyette mağdur çocukların yönlendiriliyor oluşu göz önüne alındığında merkezin güvenliği sağlanırken her iki cinsiyette personel istihdamının sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Adli Makamlarda vaka savunuculuğu hizmeti verebilecek uzman bulundurulmasının, mağdur çocuk ile gerçekleştirilen adli görüşmenin akabinde merkezin vaka izlem hizmeti verebilecek yönde işleyiş göstermesinin; bu amaçla mağdur çocuk ve ailesinin kısa ya da uzun vadeli sağlık izlemi, oyun tedavi grupları ile çocuk ve aile psikoterapileri için yetkin personel istihdamının sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (Orhan, 2016’dan aktaran Orhan ve Ulukol, 2017).

Ayrıca ihmal ve istismara maruz kalmamış çocukların, maruz kalma riskini ölçebilen ölçek ya da araçların geliştirilmesi ya da uyarlanması konusunda araştırmalar yapılması ve bu araçların çocukla direkt çalışan merkezlerde kullanılabilirliğinin sağlanması; gözle görülür risk yokken ihmal ve istismar riskinin tespit edilip, riskli grup izleminin gerçekleştirilerek ihmal ve istismarın meydana gelmesi engellenebilir.

Bonach ve Hackert (2012)’a göre çocuk cinsel istismarı gibi örseleyici bir alanda çalışan uzmanların ruhsal yönden etkilenmesi muhtemeldir (Bonach ve Heckert, 2012’den aktaran Bağ ve Alşen, 2016). Bu sebeple, Çocuk İzlem Merkezlerinde çalışan meslek elemanlarının ikincil travma yaşama olasılığı olduğundan psikiyatrik açıdan desteklenmesinin bu muhtemel etkiyi azaltacağı düşünülmektedir (Bağ ve Alşen, 2016).

Sonuç olarak, cinsel istismar mağduru çocuğa hizmet sunumunda tüm paydaş kurumların rol ve sorumluluklarını işbirliği içerisinde yerine getirmesi, çocuğa temas eden her profesyonelin sürekli eğitimden geçmesi, paydaş kurumlar arasında, multidisipliner ekip içerisinde ya da sistem kaynaklı ortaya çıkabilecek tüm problemlerin hızlı ve etkin bir şekilde çocuğun yüksek yararı hedeflenerek çözüme kavuşturulması, çocuk temelli adalet sisteminin geliştirilmesi ve ÇİM modelinin yasal mevzuatla desteklenmesi adli sistem içerisinde mağdur çocuğun ikincil ve daha fazla kez örselenmesinin önüne geçebilir.

### KAYNAKLAR

- Adli Görüşme Odaları Yönetmeliği. Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü Mağdur Hakları Daire Başkanlığı. <http://www.cigm.adalet.gov.tr/adli-gorusme-odaları-yonetmeliği-01582> Erişim Tarihi: 12.10.2019.
- Aydemir, İ., & Yurtkulu, F. (2012). Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarla Mücadele: Çocuk İzlem Merkezi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 151-165.
- Bağ, Ö., & Alşen, S. (2016). Çocuğun Cinsel İstismarının Değerlendirilmesinde Yeni Model: Çocuk İzlem Merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(1), 9-14.
- Başbakanlığın 4.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 No’lu Genelgesi. Erişim adresi: <http://www.hsyk.gov.tr/Mevzuat/Duyurular/cocuk-izlemmerk-basb-genelge.pdf> Erişim Tarihi: 02.07.2019.
- Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Önlenmesi Raporu. Çocuklar İçin Hep Birlikte Girişimi, Mart 2019: Ankara.
- Çocuk İzlem Merkezi Yönetim ve Koordinasyon Kurulu Toplantı Karar Tutanağı. Karar Tarihi: 22.10.2012.
- Karar No: 2012/1.
- Dağlı, T., & İnanıcı, M.A. (2010). Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, Ankara.
- Danış, M.Z., Aygün, M., Karasu, M., & Danış, Y. (2019). Çocuk İzlem Merkezleri ve Sosyal Hizmet. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(89), 518-528.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, (2019). <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html> Erişim Tarihi: 13.09.2019.
- Orhan, G., & Ulukol, B. (2017). Çocuk Cinsel İstismarı ve Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) Uygulaması. *The Interdisciplinary Journal of Law and Forensic Sciences*, 2(1), 19-35.
- Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu (Nisan 2015). <http://web.e-baro.web.tr/uploads/61/2015/cim%20tr.pdf> Erişim Tarihi: 02.07.2019.
- Yüksel, F. (2018). Ankara Çocuk İzlem Merkezinde 2011-2015 Yılları Arasında Adli Görüşmesi Yapılan Çocuklara Verilen Hizmetin Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Danışman: Prof. Dr. Betül ULUKOL, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Yüksel, F., Keser, N., Odabaş, E., Kars, G.B., Yurtkulu, F., Daşkafa, F., Arslan, F., & Cayrat, E. (2013). Çocuk İstismarı ve Çocuk İzlem Merkezleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2), 18-23.