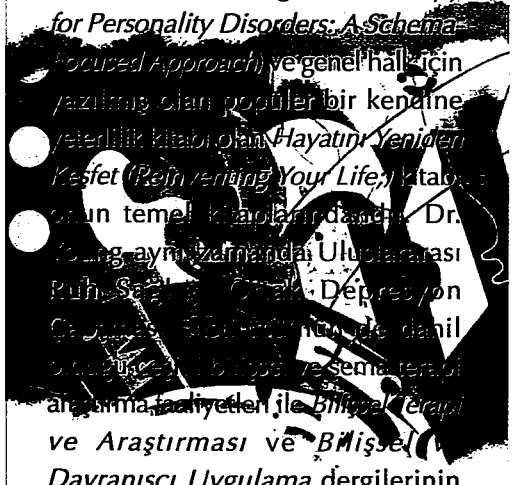
SCHEMA THERAPY

A PRACTITIONER'S GUIDE

JEFFREY E. YOUNG
JANET S. KLOSKO
MARJORIE E. WEISHAAR

JEFFREY E. YOUNG, PhD.

Kolombiya Üniversitesi Psikiyatri Bölümü öğretim üyesidir. Aynı zamanda hem Şema Terapi Enstitüsü hem de New York ve Connecticut Bilişsel Terapi Merkezlerinin kurucusu ve yöneticisidir. Young son yirmi yıldır bilişsel ve şema terapiler hakkında uluslararası konferanslar vermektedir. Binlerce ruh sağlığı uzmanını eğitmiştir ve üstün öğretim becerileri geniş çapta takdir görmüştür. Young uzun-süreli bozukluklar ve tedaviye-dirençli hastalara yönelik bütüncül bir yaklaşım olan Şema Terapinin kurucusudur. Hem bilişsel terapi hem de şema terapi alanlarında oldukça geniş çapta yayınlar yapmıştır: Ruh sağlığı uzmanları için yazılmış *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi: Şema-Odaklı Bir Yaklaşım* kitabı (*Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*) ve genel halk için yazılmış olan popüler bir kendine yeterlilik kitabı olan *Hayatını Yeniden Keşfet (Reinventing Your Life)* kitabının temel kitaplarındandır. Dr. Young aynı zamanda Uluslararası Ruh Sağlığı Örneği Depresyon [illegible] ile şema terapi araştırma faaliyetleri ile *Bilişsel Terapi ve Araştırması* ve *Bilişsel ve Davranışçı Uygulama* dergilerinin yayın kurulunda danışman olarak hizmet etmiştir.



ŞEMA TERAPİ

Jeffrey E. Young
Janet S. Klosko
Marjorie E. Weishaar

Litera – 56
Psikoterapi – 13

Şema Terapi,
Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar
Özgün Adı: Shema Therapy, A Practioner's Guide

Çeviri: Tuğrul Veli Soylu

Düzelti: Sibel Nur Gözütok
İç Düzen: Litera Yayıncılık
Kapak Tasarım: Litera Yayıncılık

Baskı: Ofis Matbaa
Ofis Matbaa Yayın Kâğıt San. Tic. Ltd. Şti. Davutpaşa Kışla Caddesi
Güven İş Merkezi No: 386-387 Topkapı-İstanbul
Tel. 0212 576 47 15

Copyright©2003 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Copyright©Kadem Yapım Medya İletişim ve Piyasa
Araştırma Org. San. Ltd. Şti. 2013

Bu eserin Türkçe telif hakları Kadem Yapım Medya İletişim ve Piyasa Araştırma Org. San. Ltd. Şti.'ne aittir. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayınlanamaz, kısmen de olsa fotokopi, film vb. tekniklerle çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayınlanamaz.

İstanbul-2013
Kalenderhane Mah. Cemal Yener Tosyalı Cad.
Şehzade Cami Sk. No: 3 34134 Fatih-İstanbul
Tel: 0(212) 522 86 90 - Faks: 0 (212) 522 86 90
internet satış: **www.literakitap.com**
web: www.literakitap.com
e-mail: litera@literakitap.com

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI
Library of Congress Cataloging in Publication Data
Young, Jeffrey E., Klosko, Janet S., Weishaar, Marjorie E.

Şema Terapi
1. Psikoterapi. 2. Şema Terapi. 3. Kişilik Bozuklukları.
ISBN 978-975-6329-62-7

ŞEMA TERAPİ

TERAPİSTİN REHBERİ

Jeffrey E. Young
Janet S. Klosko
Marjorie E. Weishhar

Çeviri
Tuğrul Veli SOYLU

Editör
Tahir ÖZAKKAŞ M.D., PhD.

LİTERA YAYINCILIK
İSTANBUL – 2009
İnternet satış: **www.e-literayayin.com**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER 5
ÖNSÖZ 9
TEŞEKKÜRLER 13

1. ŞEMA TERAPİ: KAVRAMSAL MODEL 17
Bilişsel Terapiden Şema Terapiye Evrim 17
Şema Terapinin Gelişimi 23
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 24
Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karakteristikleri 26
Şemaların Temeli 29
Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 33
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar için Deneysel Destek 47
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Biyolojisi 51
Şema İşlemleri 56
Uyumsuz Baş Etme Biçimleri ve Tepkiler 59
Şema Modları 66
Şema Değerlendirmesi ve Değişim 75
Şema Terapi ve Diğer Modeller Arasında Karşılaştırma 79
Özet 98

2. ŞEMA DEĞERLENDİRME VE EĞİTİMİ 101
Şema Odaklı Vaka Kavramsallaştırması 103
Değerlendirme ve Detaylı Eğitim Süreci 110
Şema Envanterleri 116
Hayal Kurma Değerlendirmesi 123
Duygusal Mizacı Değerlendirme 133
Diğer Değerlendirme Metotları 135
Hastaların Şema Eğitimi 135
Tamamlanmış Şema-Odaklı Vaka Formülasyonu 137
Özet 137

3. BİLİŞSEL STRATEJİLER 139

Bilişsel Stratejilere Genel Bir Bakış 140
Terapötik Biçim 141
Bilişsel Teknikler 143
Özet 162

4. DENEYSEL STRATEJİLER 165

Değerlendirme İçin Hayal Kurma ve Diyaloglar 165
Değişim İçin Deneysel Stratejiler 181
Deneysel Çalışma için Engellerin Üstesinden Gelme: Şemadan Kaçınma 206
Özet 211

5. DAVRANIŞSAL ÖRÜNTÜ BOZMA 213

Baş Etme Biçimleri 214
Davranışsal Örüntüyü Bozmak İçin Hazırlık 221
Olası Değişim Amaçları Olarak Belirli Davranışları Tanımlama 221
Örüntü Bozma İçin Öncelik Verilen Davranışlar 230
Davranışsal Değişim İçin Motivasyon Sağlama 232
Flaş Kart Geliştirme 234
Sağlıklı Davranışları Hayal Kurma ve Rol Yapmada Tekrarlama 235
Ev Ödevlerini Kararlaştırmak 236
Ev Ödevlerini Yeniden İnceleme 237
Davranışsal Örüntüyü Bozmanın Vaka Örneği 237
Davranışsal Değişim Engellerinin Üstesinden Gelme 243
Önemli Yaşam Değişiklikleri Yapma 250
Özet 251

6. TERAPİ İLİŞKİSİ 253

Değerlendirme ve Eğitim Evresinde Terapi İlişkileri 253
Değişim Evresinde Terapi İlişkisi 281
Özet 293

7. DETAYLI ŞEMA TEDAVİ STRATEJİLERİ 295

Ayrılma ve Reddedilme Alanı 295
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı 320

Zedelenmiş Sınırlar Alanı 338
Başkalarına Yönelimlilik Alanı 346
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Alanı 365

8. ŞEMA MOD ÇALIŞMASI 387

Bir Mod Yaklaşımını Ne Zaman Kullanabiliriz? 388
Yaygın Şema Modları 389
Şema Mod Çalışmasında Yedi Genel Adım 396
Vaka Örneği: Annette 397
Özet 430

9. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ŞEMA TERAPİ 433

Borderline Kişilik Bozukluğu İçin Şema Kavramsallaştırma 433
BKB Olan Hastanın Tedavisi 454
Çözüm 524

10. NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ŞEMA TERAPİ 527

Narsisistik Kişilik Bozukluğu Olan Hastadaki Şema Modları 527
Narsisistik Kişilik Bozukluğu İçin DSM-IV Kriterleri 535
Narsisistik Kişilik Bozukluğuna Karşı Mutlak Hak Görme 537
Narsisizmin Çocukluk Kökenleri 538
Yakın İlişkilerde Narsisistik Kişilik Bozukluğu Olan Hasta 543
Narsisizmi Değerlendirme 547
Vaka Örneği 551
Narsisizmin Tedavisi 557
Narsisizmin Tedavisinde Sık Rastlanan Engeller 593
Özet 594

DİZİN 597

REFERANSLAR 607

SON NOTLAR 613

ÖNSÖZ

Şema terapiyle ilgili önceki büyük kitabımızı yazmamız üzerinden dokuz yıl geçtiğine inanmak gerçekten zor. Bu terapi yaklaşımına artan ilginin bu on yıllık sürecinde devamlı olarak şu sorular soruldu; "Güncel, kapsamlı bir tedavi rehberini ne zaman yazacaksın?" Biraz mahcubiyetle bu tür büyük bir projeye zaman bulamadığımızı itiraf etmek zorunda kalmıştık.

Üç yıllık yoğun bir çalışmadan sonra şema terapi çalışması için "kutsal kitap" olacağını umduğumuz bu kitabı yazdık. Ayrıntılı tedavi protokolleri, olay hikâyeleri, hasta tutanakları, yeniden gözden geçirdiğimiz kavramsal modelimizi, geçtiğimiz on yıl boyunca yapılan eklemeleri ve düzeltmeleri de bu cilde dâhil etmeye çalıştık. Bilhassa borderline ve narsisistik kişilik bozuklukları için şema terapinin önemli açılımını tarif eden geniş bölümler yazdık.

Geçtiğimiz on yıl boyunca ruh sağlığı alanındaki birçok değişikliğin şema terapi üzerinde etkisi olmuştur. Pek çok yönelimden gelen pratisyenlerin, ortodoks terapistlerin sınırlamalarından tatmin olmadıklarından dolayı psikoterapi entegrasyonuna karşılıklı bir ilgi vardır. İlk kapsamlı, bütünleştirici yaklaşımlardan biri olarak şema terapi, mevcut modellerin sınırlarının ötesine geçmek için hem "yetki" hem de "rehberlik" arayan bir çok yeni klinisyen ve araştırmacıyı cezp etmektedir.

Şema terapiye artan ilginin açık bir işareti, Young Şema Ölçeği'nin (YŞÖ) dünya çapındaki klinisyen ve araştırmacılar tarafından yaygın kullanımıdır. YŞÖ, bu modelin öğelerini uygulamış ülkelerin bir kaçını göstermek bakımından şimdiden İspanyolca, Yunanca, Almanca, Fransızca, Japonca, Norveççe, Almanca ve Finceye çevrilmiştir. YŞÖ üzerine yapılan kapsamlı bir çalışma, şema modeli için önemli miktarda katkı sağlar.

Şema terapiye yönelimin bir diğer belirtisi, şema terapi üzerine yayınlanmış önceki iki kitabın da başarılı olmasıdır. Yayınlanmalarından 10 yıl sonra bile şu anda üçüncü baskısında olan, *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi: Şema-Odaklı Bir Yaklaşım* ve satışı 125.000'i aşmış *Hayatını Yeniden Keşfet,* hala belli başlı kitapevlerinde bulunabilmektedir ve birçok dile çevrilmiştir.

Geçen on yılda şema terapinin, kişilik bozukluklarının ötesine uzandığı görülmüştür. Yaklaşım, kronik depresyon, çocukluk travmaları, suçlular, yeme bozuklukları, çift çalışmaları, madde kullanımı tekrarını önlemeyi içeren geniş çaptaki klinik problemler, popülasyonlar ve bozukluklarda uygulanmaktadır. Genelde şema terapi, Eksen I bozukluğu olan hastalarda akut semptomlar azaldığında, zemin hazırlayıcı karakteristik sorunları tedavi etmede kullanılmaktadır.

Diğer bir önemli gelişme, şema terapinin spiritüal yaklaşımlarla ile birleşiyor olmasıdır. Şema yaklaşımını zihni özendirme meditasyonu ile (Mindfulness Meditation) ya da geleneksel, dinsel pratikler ile harmanlayan 3 kitap (*Emotional Alchemy*, Tara Bennett-Goleman; *Praying Through Our Lifetraps: A Psycho-Spiritual Path to Freedom*, John Cecero; *The Myth of More*, Joseph Novello) yayınlanmıştır.

Gelecek on yılda değişeceğini umduğumuz tek hayal kırıcı gelişme, Birleşik Devletlerdeki kişilik bozukluklarının tedavisinde uygulanan yöntem ve mali kısıtlamaların etkisidir. Kişilik bozuklukları için sigortanın pratisyenlerin masraflarını karşılaması ve araştırmacıların federal ödenek alması gittikçe zorlaşmaktadır. Çünkü Eksen II tedavisi genelde daha uzun sürmektedir, bu nedenle kısa süreli uygulanan tedavi modeline uygun değildir. Sonuç olarak Birleşik Devletleri, kişilik bozuklukları üzerine çalışmaları desteklemede pek çok ülkenin gerisinde kalmıştır.

Bu azalan desteğin sonucunda, kişilik bozukluklarıyla ilgili iyi hazırlanmış uzun süreli çalışmalarda yetersizlik oluşmuştur. (Borderline kişilik bozukluklarına Marsha Linehan tarafından hazırlanmış Diyalektik Davranış Terapi yaklaşımı çarpıcı bir istisnadır.) Bu, Şema Terapiye deneysel destek olabilecek çalışmalar için bizim fon bulabilmemizi oldukça zorlaştırmaktadır.

Bu yüzden artık bu önemli araştırma alanına fon bulabilmek için başka ülkelere yöneliyoruz. Özellikle Hollanda'da Arnoud Arntz tarafından yönetilen, tamamlanmak üzere olan, önemli uzun vadeli bir çalışma için heyecan duyuyoruz. Bu geniş kapsamlı çok mekanlı çalışma, borderline kişilik bozukluğu tedavisinde Otto Kernberg'in şema terapi yaklaşımı ile karşılaştırılmaktadır.

Şema terapiye yabancı okuyucular için, yaygın bir şekilde uygulanan diğer terapiler üzerinden şema terapinin başlıca avantajlarını dikkate alarak yeniden gözden geçireceğiz. Diğer terapi yaklaşımları ile karşılaştırıldığında şema terapi, daha bütünleştiricidir ve bilişsel, davranışsal, psikodinamik (özellikle nesne ilişkileri), bağlanma ve Geştalt modeli bakış açılarını birleştirir. Şema terapi, bilişsel ve davranışsal unsurlarını, tedavi için hayati olarak görür, ayrıca duygusal değişim, deneysel teknikler ve terapi ilişkilerine eşit düzeyde ağırlık verir.

Şema modelinin diğer bir en önemli faydası, tutumluluğu ve sade görünümüdür, öte yandan bunları derinlik ve karmaşıklıkla birleştirir. Hem terapistlerin hem hastaların anlaması kolaydır. Şema modeli, karmaşık düşünceler içerir, bunların çoğu, diğer terapi biçimlerini alan hastalara dolambaçlı ve karışık gelmekte ve bu düşünceleri basit ve açık biçimde göstermektedir. Bu nedenle şema terapi, psikodinamiğin derinliği ve ilgili yaklaşımlarla bütünleşip Bilişsel-Davranışçı Terapinin (BDT) sağduyu çekiciliğine sahiptir.

Şema terapi, BDT'nin yapısal ve sistematik olmak üzere iki önemli niteliğine sahiptir. Terapist, değerlendirme dizisi ve tedavi süreçlerini izler. Değerlendirme evresi, şemalar ve baş etme biçimlerini ölçen bir takım envanterin idaresini içerir.

Tedavi, aktif ve direktiftir; bilişsel, duygusal, bireylerarası ve davranışsal değişme anlayışının ötesine geçer. Şema terapi ayrıca çiftlerin tedavisinde de önem taşır; partnerleri anlamaya ve şemalarını iyileştirmeye yardımcı olur.

Şema modelinin diğer bir avantajı, onun özgünlüğüdür. Model, spesifik şemalar, baş etme biçimleri ve modları betimler. Ek olarak şema terapi, her hasta için sınırlı yeniden ebeveynliğin uygun biçimini sağlama ile ilgili rehberlik içeren özgün tedavi stratejileri ile tanınır. Şema terapi, terapi ilişkisiyle çalışma ve anlama için birbirine benzer erişilebilir metotlar temin eder. Terapistler, hastalarla çalışırken onların şemalarını, baş etme biçimlerini ve modlarını izler.

Son olarak ve belki de en önemlisi; şema yaklaşımı, "alışıldık tedaviye" nazaran görülmedik bir biçimde şefkatli ve insanidir. Şema terapi, psikolojik bozuklukları patolojikleştirmek yerine normalleştirir. Herkesin şeması, baş etme biçimleri ve modları vardır -tedavi ettiğimiz hastalarda sadece daha aşırı ve katıdırlar. Yaklaşım, özellikle borderline kişilik bozukluğu yaşayanlar gibi şiddetli hastalara karşı anlayışlı ve saygılıdır ki bu kişiler genelde diğer terapilerde çok fazla sorumluluk ve asgari şefkatle tedavi edilirler. "Empatik yüzleştirme" ve "sınırlı yeniden ebeveynlik" kavramları, terapistleri hastalara karşı ilgili bir davranış biçimine sokar. Modların kullanımı hastayla bir uzlaşma süreci devam ederken terapistin saldırgan bir şekilde katı ve uyumsuz davranışlarla karşı karşıya gelmesine izin vererek yüzleştirme evresini kolaylaştırır.

Bitirirken geçtiğimiz on yıl boyunca meydana gelen şema terapideki bazı yeni gelişmelere önem vermekteyiz. Öncelikle; beş alanda 18 şemayı içeren şema listesi yeniden gözden geçirilip daha da fazla geliştirilmiştir. İkincisi; borderline ve narsisistik hastaların tedavisi için yeni ve ayrıntılı protokoller geliştirilmiştir. Bu protokoller, esasen şema mod kavramının eklenmesiyle şema terapi kapsamını genişletti. Üçüncüsü ise baş etme biçimlerine özellikle de kaçınma, aşırı telafi ve örüntü-bozma aracılığıyla değişen baş etme biçimleri üzerine çok fazla vurgu yapılmasıdır. Amacımız, uyumsuz baş etme biçimlerinin yerini, hastaların çekirdek duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilmesini mümkün kılan daha sağlıklı olanlarla değiştirmektir.

Şema terapi, gelişmekte ve olgunlaşmaktadır. Tüm hastalarda özellikle daha ağır bozukluk geçirenlerde sınırlı yeniden ebeveynlik üzerinde daha fazla durmaktayız. Terapötik ilişkinin uygun sınırları içersinde terapist, hastanın karşılanmamış çocukluk ihtiyaçlarını gidermeye çalışır. Son olarak bilhassa terapi ilişkisi ile ilgili terapistin kendi şema ve baş etme biçimleri üzerine daha fazla yoğunlaşma vardır.

Bu cildin terapistlere kronik, uzun süreli temalı ve örüntüleri olan hastalar için yeni bir yaklaşım biçimi getireceğini ve aşırı zor ve yoksun hastaları tedavi etmek için tasarlanan yaklaşımımızın dikkate değer bir fayda sağlayacağını umuyoruz.

TEŞEKKÜRLER

Tüm Yazarlardan

Bu uzun ve zor proje boyunca bizi destekleyen Guilford Press çalışanlarına teşekkür etmek isteriz: Bize çok değerli editoryal tavsiyeler veren ve kitabın biçimlenmesinde yardımcı olan Kitty More, Genel Yayın Yönetmeni; özenle kitabın yapımını denetleyen ve memnuniyetle çalışan Anna Nelson, Yapım Editörü; Kitabı çok güzel bir şekilde edit eden Elaine Kehoe ve bizimle çalışan tüm kadro.

Psikoanalitik yaklaşımlarla ilgili tarihsel anekdotları ve pek çok değerli görüşleriyle bize destek veren, diğer bütüncül terapiler üzerine kurulu olan Bölüm 1'deki materyalin çoğunu sağlayan Dr. George Lockwood'a özel teşekkürlerimizi sunmak isteriz. Sizinle çalışmak çok eğlenceliydi ve işbirlikçi çabalarınızı gelecekte de dört gözle bekliyoruz.

Manhattan'da bulunan Şema Terapi Enstitüsündeki çalışanlara özellikle Nancy Ribeiro ve Sylvia Tamm'a teşekkür etmek istiyoruz. Gayretimizi destekleyen bu kadar çok çalışma yaptığınız için teşekkürler. Sizler fırtınada sıcak ve güvenilir bir limandınız.

Son olarak trajediyi umut ve sağlığa dönüştürmeyi bize öğreten hastalarımıza teşekkür ederiz.

Jeffrey E. Young

Bu zorlu süreç boyunca beni destekleyen kitabın yazımında ve şema terapinin gelişiminde önemli rolü olan teşekkür etmek istediğim birçok insan var.

Bu yaklaşımın gelişmesinde yardımları, yıllardır verdikleri destekleri ve sevgileri için yakın arkadaşlarıma; Wendy, Behary, Pierre Cousineau, Cathy Flanagan, Vivian Francesco, George Lockwood, Marty Sloane, Bob Sternberg, Will Swift, Dick ve Diane Wattenmaker ve William Zangwill, sizler benim ailem gibi oldunuz.

Birleşik Devletlerde ve yurtdışında şema terapiyi pek çok farklı şekilde ilerleten çalışma arkadaşlarıma: Arnound Arntz, Sam Ball, Jordi Cid, Micheal First, Vartouhi Ohanian, Bill Sanderson, Glenn Waller ve David Weinberger.

Günlük yaşamımdaki acayipliklerime tahammül ederken her projede bana yardımcı olma fedakârlığı için idari yönetici Nancy Ribeiro'ya.

Ebeveynlik ve yeniden ebeveynlik modeliyle bana gösterdiği karşılıksız sevgisiyle babama.

Ve kariyerim boyunca hem bir rehber hem de yakın arkadaş olan danışmanım Tim Beck'e.

Janet S. Klosko

Yukarıdakilere ek olarak katkılarından dolayı çalışma arkadaşlarıma bilhassa Dr. Jayne Rygh, Dr. Ken Appelbaum, Dr. David Bricker, Dr. William Sanderson ve Jenna Smith'e teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca üzerine kariyerimi kurduğum sağlam temeli bana sağladıkları için aileme ve arkadaşlarıma özellikle Michael ve Molly'e teşekkür etmek istiyorum.

Marjorie E.Weishaar

Hocalarıma bilhassa bilgeliği ve rehberliği için Dr. Aaron T. Beck'e; hatırı sayılır yardımları için çalışma arkadaşlarıma ve öğrencilerime; komiklikleri, iyimserlikleri, dürüstlükleri ve bitmeyen sevgileri için aileme -dört nesle de- teşekkür ederim.

I

ŞEMA TERAPİ: KAVRAMSAL MODEL

Şema terapi, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavileri ve kavramları önemli derecede genişletilmiş Young ve çalışma arkadaşları[1] tarafından geliştirilen yenilikçi ve bütünleyici bir terapidir. Terapi, kavramsal modeli ve tedavi modelini birleştirerek bilişsel-davranışçı, bağlanma, Geştalt, nesne ilişkileri, yapılandırmacı (konstrüktivist) psikanalitik okullardan gelen zengin unsurları harmanlar.

Şema terapi, özellikle bugüne kadar tedavisi zor görülen yerleşikleşmiş kronik psikolojik bozuklukları olan hastalara daha uygun olan psikoterapinin yeni bir sistemini sağlar. Klinik tecrübemizde ileri derece kişilik bozukluğu olan hastalara ilaveten, altında Eksen I bozuklukları yatan önemli karakterolojik sorunlar yaşayanlar genellikle şema odaklı tedaviye (ki bazen diğer tedavi yaklaşımlarıyla da birleştirilir) oldukça iyi cevap verirler.

BİLİŞSEL TERAPİDEN ŞEMA TERAPİYE EVRİM

Bilişsel-davranışçı terapi[2] alanına kısa bir bakış, Young'ın şema terapi gelişiminin çok önemli olduğu düşüncesinin nedenini açıklamaya yardımcı olur. Bilişsel-davranışçı araştırmacılar ve pratisyenler, duygu durum, anksiyete, cinsellik, yeme, somatoform ve madde kullanımı bozukluklarını içeren Eksen

I için etkili psikolojik tedaviler geliştirmede mükemmel şekilde yol aldılar. Bu tedaviler, geleneksel olarak kısa sürelidir (yaklaşık 20 seans) ve hastanın güncel yaşamındaki problemleri çözmeye, yetenekler geliştirmeye ve semptomları azaltmaya odaklanır.

Bununla birlikte birçok hastaya bu tedavilere göre yardım edilirken birçoğuna da edilmez. Uzun süreli tedavi çalışmaları, genelde yüksek başarı oranları gösterir.[3] Örneğin depresyonda başarı oranı, tedaviden hemen sonra %60'ın üzerindedir, fakat bir yıldan sonra tekrarlama oranı -tedavisinde başarısız olunan önemli sayıdaki hastaları ayıracak olursak- yaklaşık %30'dur.[4] Genelde kişilik bozuklukları ve karakterolojik sorunlar yaşayan hastalar, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavilere tümüyle tepki vermede başarısızlık göstermektedir.[5] Bugün bilişsel-davranışçı terapinin karşılaştığı zorluklardan biri, bu kronik, tedavi edilmesi zor hastalar için etkili tedaviler geliştirmektir.

Karakterolojik problemler, geleneksel bilişsel-davranışçı terapinin etkinliğini birçok şekilde azaltabilmektedir. Bazı hastalar, anksiyete, depresyon gibi Eksen I semptomlarını gösterir. Ya tedavi süreci başarısızdır ya da tedavi geri çekilir çekilmez eski haline döner. Örnek olarak; bayan bir hasta, agorafobi için bilişsel-davranışçı tedavi görmektedir. Zorlayıcı katastrofik düşüncelerle mücadele etme, nefes alma egzersizlerinden oluşan ve fobik durumları keşfetmeye ayrılmış bir program sayesinde panik semptomlarının korkusunu önemli derecede azaltır ve bir takım konumlardan kaçınmanın üstesinden gelir. Tedavi bir kez durdu mu hasta agorafobisine geri döner. Onun Bağımlılık ve İncinebilirlik Şemaları olarak ifade ettiğimiz incinebilirlik ve yetersizlik duygularıyla bağımlı bir yaşam, kişinin kendi başına dünyaya açılmasını engeller. Karar vermek için özgüvenden yoksundur ve uygun hedefler seçme, parayı idare etme, çevresini idare etme, araba sürme gibi pratik becerileri kazanmada başarısızdır. Başkaları için önemli olanları yapmak yerine gerekli düzenlemeler yapmayı

tercih eder. Terapistin rehberliği olmadan hasta, tedavi kazanımlarını sürdürmek için gerekli halk gezileri düzenleyemez.

Diğer hastalarda öncelik, Eksen I semptomlarının bilişsel-davranışçı tedavisidir. Bu semptomlar çözüldükten sonra, karakterolojik sorunlar tedavinin odak noktası olur. Örneğin; erkek bir hasta obsesif kompülsif bozukluğu için bilişsel-davranışçı tedavi görmektedir. Kısa süreli davranışsal maruz bırakma programı tepki engelleme birleştirilmesi aracılığıyla, çalışma yaşamının çoğunu tüketmiş olan obsesif düşünceleri ve kompulsif ritüelleri büyük ölçüde temizler. Eksen I'in semptomları azalır azalmaz diğer aktivitelerini devam ettirmek için zamana sahip olur. Yalnız yaşam biçiminin bir sonucu olan sosyal yaşamının neredeyse yok olması ile yüzleşmek zorundadır. Hasta, bizim "Kusurluluk şeması" dediğimiz sosyal durumlardan kaçınarak baş etme sorununa sahiptir. Önemsiz algılanmaya ve reddedilmeye aşırı hassastır, çocukluktan beri başkalarıyla kişisel etkileşimden kaçınmaktadır. Eğer ödüllendirici bir sosyal yaşam geliştirmezse ömür boyu kaçınma örüntüsüyle boğuşmak zorunda kalacaktır.

Bununla birlikte bilişsel-davranışçı tedavi gören diğer hastalar, terapinin amaçlarına hizmet edecek özel semptomlardan yoksundurlar. Onların problemleri, belirsiz ya da dağınık ve eksik açık presipitanlardır. Hayati bazı şeyleri, yanlış ya da yaşamlarında kayıp hissederler. Hastaların gösterdiği problemler, karakterolojik problemlerdir. Önemli gördüğü kişilerle ilişkilerinde ya da işlerinde kronik zorluklar için tedavi arayışındadırlar. Dikkate değer Eksen I semptomlarına sahip olmamaları ya da pek çoğuna sahip olmaları nedeniyle geleneksel bilişsel-davranışçı terapinin onlara uygulanması zordur.

Karakterolojik Hastalar Tarafından Bozulan Geleneksel Bilişsel-Davranışçı Terapinin Varsayımları

Geleneksel bilişsel-davranışçı terapi, karakterolojik problemler yaşayan hastaların yanlışını gösteren hastalar hakkında çeşitli varsayımlar öne sürer. Bu hastalar, apaçık Eksen I vaka-

larından onları ayıran bir takım psikolojik davranışlara sahiptirler ve bilişsel-davranışçı tedavi için daha az elverişli adaylardır.

Hastaların tedavi protokollerine uyacakları, böyle bir varsayımdır. Standart bilişsel-davranışçı terapi, hastanın bazı teşvik edici ve olumlu pekiştirmelerle semptomlarını azaltacağını, beceriler oluşturacağını ve mevcut problemleri çözeceğini; bununla birlikte onların gerekli tedavi prosedürüne uyacağını farz eder. Ancak pek çok karakteristik hasta için terapi motivasyonu ve yaklaşımları karmaşıktır, genelde isteksizdirler ve bilişsel-davranışçı terapi prosedürlerine uyum sağlayamazlar. Onlar ev ödevlerini tamamlayamazlar, otokontrol stratejilerini öğrenmede büyük isteksizlik gösterirler. Kendilerine yardım edecek stratejiler öğrenmek yerine terapistten bir teselli elde etme konusunda daha motive görünürler.

Bilişsel-davranışçı terapideki diğer bir varsayım, kısa bir egzersizle hastaların kendi biliş ve duygularına erişebilmeleri ve bunları terapiste açıklayabilmeleridir. Terapinin başlarında hastalar, duygu ve düşüncelerini kaydetme ve keşfetme beklentisindedirler. Bununla birlikte karakteristik problem yaşayanlar, genelde böyle davranmazlar. Biliş ve duygularıyla teması kesmiş gibi görünürler. Bu hastaların birçoğu bilişsel ve duygusal kaçınma ile meşguldürler. Düşünceleri ve hayalleri engellerler. Kendilerine derin bir şekilde bakmaktan kaçınırlar. Olumsuz duygular ve rahatsız edici anılardan sakınırlar. İlerlemeleri için gerekli olan durum ve davranışların çoğundan kaçınırlar. Bu kaçınma örüntüsü muhtemelen bir tepki verme enstrümanı olarak gelişir ve öğrenilir, çünkü olumsuz etkinin azalması ile pekişir. Anksiyete ya da depresyon gibi olumsuz duygular, çocukluk anılarıyla ilgili uyarıcılar tarafından tetiklenir ve duyguları bastırmak için uyarıcılardan kaçınmaya sebeptir. Kaçınma, daimidir ve olumsuz etkiyle baş etmek için strateji değiştirmek oldukça zordur.

Bilişsel-davranışçı terapi aynı zamanda hastaların problematik biliş ve davranışlarını deneysel analiz, mantıksal görüşme, deney, aşamalı ilerleme ve tekrarlama gibi pratikler aracılığıyla değiştirebileceğini varsayar. Bunun yanında karakterolojik hastalar için, genelde durum böyle değildir. Deneyimlerimizde onların çarpıtılmış düşünceleri ve kendilik yıkıcı (self-defeating) davranışları, sadece bilişsel-davranışçı teknikler arasında değişime oldukça dirençlidir. Terapiden aylar sonra bile, devamlı bir ilerleme ortaya çıkmaz.

Karakterolojik hastalar genelde psikolojik esneklik yoksunluğu çektiklerinden bilişsel-davranışçı tekniklere daha az duyarlılık oluşur ve kısa süre içerisinde anlamlı değişiklikler gösteremezler. Daha doğrusu psikolojik olarak katıdırlar. Katılık, kişilik bozukluklarının belirgin özelliğidir.[6] Bu hastalar, değişim hakkında umutsuzluk ifade etmeye meyillidirler. Karakterolojik problemleri, ego uyumludur. Kendilik bozucu örüntüleri, kendilerinin değiştirmeyi hayal edemedikleri bir parça gibi görünür. Problemleri, kimlik duygularının merkezindedir ve onlardan vazgeçmek, bir tür ölüm gibi görülebilir, yani kendiliğin bir parçasının ölümü gibi. Tehdit sırasında bu hastalar, dünya ve kendileri hakkında gerçek olduğuna inandıkları şeylere katı bir şekilde, refleksif biçimde, bazen de saldırganca tutunmaktadır.

Ayrıca bilişsel davranışçı terapi, hastaların birkaç seans içersinde terapistle işbirliği ilişkisine girdiğini varsayar. Terapötik ilişkideki zorluklar, genelde bilişsel-davranışçı tedavilerin başlıca odağı değildir. Daha doğrusu bu tür zorluklar, tedavi sürecine uygun bir şekilde hastayı kazanmak için üstesinden gelinmesi gereken engeller olarak görülür. Terapist-hasta ilişkisi, çoğunlukla tedavinin "aktif unsuru" olarak kabul görmez. Bununla birlikte karakterolojik bozukluk yaşayan hastalar, genelde terapötik bir ittifakı zorlukla biçimlendirir, bu nedenle terapinin dışında başkalarıyla ilişki kurmada zorluklar yaşarlar. Pek çok tedavi edilmesi zor hasta, yaşamın erken dönemlerinde başlayan işlevsiz (disfonksiyonel) bireylera-

rası ilişkiler yaşamak zorunda kalır. Önemli görülen kişilerle ilişkilerde yaşam boyu süren huzursuzluk, kişilik bozukluklarının bir diğer önemli belirtisidir.[7] Bu hastalar genelde güvenli terapötik ilişkiler biçimlendirmede zorlanmaktadır. Borderline ve bağımlı kişilik bozukluğu olan hastalar sık sık terapi dışındaki kendi yaşamları üzerine odaklanmayı becerememikleri duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için terapist edinme çabasına girişirler. Narsisistik, paranoid, şizoid ya da obsesif kompulsif kişilik bozuklukları olan diğer hastalar, terapistle bir işbirliği geçekleştiremedikleri bağlantısız ya da saldırgan bir durumdadırlar. Çünkü bireylerarası sorunlar, genelde temel problemdir. Terapötik ilişki, bu hastaları tedavi etmek ve değerlendirmek için en iyi alanlardan biridir. Bu husus, geleneksel bilişsel-davranışçı terapide genelde ihmal edilen bir odaktır.

Son olarak bilişsel-davranışçı tedavide, hastanın tedavi hedefleri olarak kolayca fark edilebilir problemlere sahip olduğu varsayılır. Karakterolojik problemi olan hastalarda bu varsayıma genelde rastlanmaz. Bu hastalar çoğunlukla belirsiz, kronik ve yaygın problemler gösterirler. Yaşamlarının temelinde mutsuzdurlar ve hatırlayabildikleri kadarıyla tatmin olmamışlardır. Muhtemelen uzun süreli romantik bir ilişki kurmada başarısız, mesleklerinde potansiyeli yakalayamamış ya da yaşamlarını anlamsız geçirmişlerdir. Temelde aşk, iş ve oyunda tatmin olmamışlardır. Bu oldukça geniş ve tanımlanması zor yaşam teması, standart bilişsel-davranışçı tedavi için yönelmesi kolay hedefler yaratmaz.

Daha sonra özel şemaların, hastaların standart bilişsel-davranışçı terapiden faydalanmasını nasıl zorlaştırdığına bakacağız.

ŞEMA TERAPİNİN GELİŞİMİ

Tanımlanmış birçok nedenden dolayı; "tedavi başarısızlıkları", Young[8] geleneksel bilişsel-davranışçı terapinin yardımcı olmada yeterli olmadığı kronik karakterolojik problemler yaşayan hastaları tedavi etmek için şema terapiyi geliştirdi. O farklı terapi okullarından çıkarttığı teknikleri birleştirerek bilişsel-davranışçı terapinin derinlerine inen sistematik bir yaklaşım olarak şema terapiyi geliştirdi. Şema terapi, hastaya bağlı olarak kısa, orta ya da uzun dönemde uygulanabilir. Uyumsuz baş etme biçimlerine, terapist-hasta ilişkilerine, duygusal tekniklere, psikolojik problemlerin çocukluk ve ergenlik temellerini keşfetmeye oldukça fazla önem verilerek geleneksel bilişsel-davranışçı terapi genişletilebilir.

Akut semptomlar hafifledikçe şema terapi, ömür boyu süren karakterolojik temaların önemli temellerini barındıran pek çok Eksen I ve Eksen II bozukluklarının tedavisi için uygundur. Terapi genelde, psikotropik ilaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı terapi gibi farklı yaklaşımlarla birlikte girişimde bulunur. Şema terapi, akut psikiyatrik semptomlar için değil (tam gelişmiş major depresyon ya da yinelenen panik atak gibi) bozuklukların kronik karakterolojik yönlerini tedavi etmek için tasarlanmıştır. Şema terapinin, kronik depresyon ve anksiyete, yeme bozuklukları, çetrefil çift sorunları, tatmin edici yakın ilişkileri sürdürmede uzun süreli sıkıntılarına tedavilerinde faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca kriminal suçlularda kullanışlıdır ve madde kullanımına geri dönülmesinde de önleyicidir.

Şema terapi, karakterolojik bozukluk yaşayan hastalara özgü olan merkezi çekirdek psikolojik temalara hitap eder. Sonraki bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alacağımız gibi bu ana temalara Erken Dönem Uyumsuz Şemalar adını veriyoruz. Şema terapi, kronik yaygın problemleri anlamlandırmak ve anlaşılabilir bir tarzda onları organize etmek için hastalara ve terapistlere yardım eder. Model, özellikle hastanın bireylerara-

sı ilişkilerine vurgu yaparak çocukluktan şimdiye kadar olan bu şemaları izler. Hastalar modeli kullanarak, ego uyumsuz gibi karakterolojik problemleri görebilme yetisi kazanır ve böylece onlardan vazgeçmek için daha güçlü olurlar. Terapist, hastanın şemalarla savaşında, bilişsel, duygusal, davranışsal, ve bireylerarası strateji kullanımını birleştirir. Hastalar, şemalarına dayalı işlevsiz örüntüleri/kalıpları tekrar ederse terapist, empatik olarak değişim sebepleriyle onları yüzleştirir. "Sınırlı ebeveynlik" aracılığıyla terapist, birçok hastanın, çocuklukta yeterli derecede giderilmeyen gereksinimlerine kısmi bir çare sağlar.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema Yapısının Tarihi

Şimdi şema teorisini hazırlayan temel yapılara detaylı bakmaya başlayalım. "Şema" teriminin tarihi ve gelişimi ile başlıyoruz.

"Şema" sözcüğü, pek çok çalışma alanlarında kullanılmaktadır. Genel terim olarak şema, yapı, iskelet, taslak anlamındadır. Antik Yunan felsefesinde Stoacı mantıkçılar özellikle Chrysippus (m.ö. yaklaşık 279-206) "çıkarım şemaları (inference schemata) biçiminde mantık prensiplerini sundular.[9] Kantçı felsefede şema, sınıfın tüm üyeleri için ortak olan şeyin kavramıydı. Terim, şema kavramının kullanıldığı çeşitli alanlardan sadece bazılarını isimlendirmek için; aynı zamanda kümeler teorisi, cebirsel geometri, eğitim, edebi analiz ve bilgisayar programlamada kullanılmaktadır.

"Şema" terimi, özellikle psikoloji içersinde zengin bir tarihe sahiptir. Bilişsel gelişim alanında geniş çapta kullanılır. Bilişsel gelişim içersinde bir şema, bireylerin onu açıklamasına yardım, algıya aracı ve cevaplara bir kılavuz olma deneyim ya da gerçekliği dayatan örüntüdür. Bir şema, en dikkat çekici unsurların bir tür planı, bir olayın ayırt edici niteliklerinin soyut betimlemesidir. Psikolojideki terim, en yaygın biçimde muhtemelen çocukluk bilişsel gelişiminin farklı düzeylerindeki şemalar hakkında ayrıntılı bir şekilde yazmış Piaget ile ilişkilendirilmiştir. Bilişsel psikolojide şema, problemleri çözme ve bilgiyi yorumlama için bir rehber biçiminde hizmet gören soyut bir bilişsel plan olarak düşünülebilir. Böylece bir cümleyi anlamak için dilbilimsel bir şema ya da bir miti yorumlamak için kültürel bir şemaya sahip olabilmekteyiz.

Bilişsel psikolojiden bilişsel terapiye geçersek Beck,[10] erken dönem yazılarında şemalardan bahsetmiştir. Bununla birlikte psikoloji ve psikoterapi bağlamında bir şema, kişinin yaşam deneyimlerinin anlam kazanması için genel biçimde düzenlenmiş herhangi bir prensip olarak düşünülebilir. Psikoterapi ile alakalı önemli bir görüş de çoğunun hayatının erken evresinde biçimlenen şemaların uzun süreli uygulanmadığında bile karmaşıklaşmaya devam ettiği, daha sonraki hayat deneyimlerini de üzerine koyduğu anlayışıdır. Dünyaya ve kendisine olan stabil bakışı sürdürmek için bundan, bazen "bilişsel uyumluluk" olarak bahsedilir. Böyle olsa bile gerçekte kusurlu ve çarpıktır. Bu genel tanımlamaya göre şema, olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilir. Şemalar, çocuklukta ya da yaşamın daha sonraki aşamalarında biçimlenebilir.

Young'ın Şema Tanımı

Young[11] bu şemaların çoğunun -özellikle toksik çocukluk deneyimlerinin bir sonucu olarak gelişen şemaların-, kişilik bozukluklarının, daha hafif karakterolojik problemlerinin ve pek çok kronik Eksen I bozukluklarının temeli olabileceği hipotezini oluşturdu. Bu düşünceyi açıklamak için Erken Dönem Uyumsuz Şemalar olarak adlandırdığı şemaların alt kümesini tanımladı.

Yeniden gözden geçirdiğimiz Erken Dönem Uyumsuz Şemaların geniş bir tanımı:

- Genel, yaygın tema ya da örüntüdür

- Anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duyulardan oluşur
- Bir kişinin kendini ve başkalarıyla olan ilişkilerini dikkate alır
- Çocukluk ya da ergenlik boyunca gelişir
- Kişinin yaşamı boyunca karmaşıklaşır
- Önemli bir dereceye kadar işlevsizdir.

Kısaca Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, gelişimimizin erken dönemlerinde başlayan, yaşamımız boyunca tekrarlanan kendilik yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntülerdir. Bu tanımlamaya göre bireyin davranışlarının, bizzat şemanın bir parçası olmadığına dikkat edin; Young, kişinin bir şemaya *tepki* olarak uyumsuz davranışlar geliştirdiği şeklindeki teorisini ortaya koymuştur. Böylelikle davranışlar, şemalar tarafından *güdülenir*, fakat şemanın bir parçası değildir. Bu bölümde baş etme biçimleri üzerinde dururken kavramı daha geniş bir şekilde açıklayacağız.

Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karakteristikleri

Şimdi şemaların bazı temel karakteristiklerini açıklayalım. (Bu noktadan sonra "şema" ve "Erken Dönem Uyumsuz Şema"yı neredeyse birbiri yerine geçebilir şekilde kullanıyoruz.) Hastaların 18 maddeli listemizde çok güçlü ve zarar verici dört şemadan birine sahip olduğunu göz önünde bulundurun (bkz. Şekil 1.1): Terk edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suiistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk/Utanç. Bu hastalar, genç yaşlarda terk edilmişler, istismara uğramışlar, ihmal edilmişler ve reddedilmişlerdir. Erişkinlikte şemaları, travmatik çocukluk deneyimlerine benzer olarak geçirdikleri (bilinçsiz) hayati olaylarla tetiklenmiştir. Bu şemalardan biri tetiklendiğinde acı, utanç, korku ya da öfke gibi güçlü negatif bir duygu deneyimlerler.

Tüm şemalar, çocukluk travmalarına ve kötü davranışa dayanmamaktadır. Gerçekte bir birey, tek bir çocukluk travması deneyimi olmadan Bağımlılık/Yetersizlik şeması geliştirebilir. Daha doğrusu birey, çocukluğu boyunca tamamen muhafaza edilmiş ve aşırı korunmuş olabilir. Bununla birlikte köken olarak tüm şemaların travması olmamasına rağmen tamamı yıkıcıdır ve çoğu, çocukluk ve ergenlik süresince düzenli bir temelde tekrarlanmış zarar verici deneyimler tarafından kaynaklanır. İlgili tüm toksik deneyimlerin etkisi birikir ve birlikte tam gelişmiş bir şemanın doğmasına yol açarlar.

Erken Dönem Uyumsuz şemalar, hayatta kalmak için savaşır. Daha önce de belirttiğimiz gibi bu, uyumluluk adına insan itkisinin bir sonucudur. Şema, bireyce bilinir. Acı çekmeye neden olmasına rağmen rahat ve tanıdıktır. "Doğru" hissetmektir. İnsanlar kendi şemalarını tetikleyen olaylara yakın hissederler. Bu, şemaların değiştirilmesinin oldukça zor olmasının bir nedenidir. Hastalar, şemaları öncelikli gerçeklik olarak dikkate alır. Bu nedenle şemalar, sonraki deneyimlerin ilerlemesine etki eder. Hastalar düşünürken, hissederken, hareket ederken onlar başroldedir ve ötekilerle bağlantı kurarlar. Paradoksal olarak, çocuklukta hastalara zarar vermiş durumların erişkin yaşamlarında kasıt olmadan canlanmasına neden olurlar.

Şemalar, çocuğun çevresindeki gerçekliğe dayalı temsiller olarak çocukluğun erken dönemlerinde ve ergenlikte başlamaktadır. Bunlar, birey şemalarının erken yaşlardaki ortamın atmosferini tam olarak yansıttığı deneyimlerdir. Örneğin, eğer bir hasta çocukken ailesinin çok soğuk ve sevgisiz olduğunu söylerse, ailesinin hislerini ifade etmede ya da duygularını göstermede neden zorlandığını anlamasa da genelde dediği doğrudur. Onların davranışlarına yüklediği anlamlar yanlış olabilir, fakat duygusal ortamdaki temel duygusu ve davranma biçimi, neredeyse her zaman geçerlidir.

Hastaların algıları daha doğru olsa bile diğer insanlarla etkileşim içersinde şemaları sürdürmeye devam ettiklerinden şemaların işlevsiz doğası genelde yaşamın ileriki safhalarında açık hale gelmektedir. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve hastaların onlarla baş etmek için öğrendikleri uyumsuz biçimler, genelde anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve psikosomatik bozukluklar gibi kronik Eksen I semptomlarının altında yatmaktadır.

Şemalar boyutsaldır. Bu, farklı yaygınlık ve ağırlık düzeylerine sahip oldukları anlamına gelir. Daha şiddetli şema, onu aktive edecek daha çok sayıdaki durumdur. Örneğin; birey aşırı biçimde ve her bir ebeveyni tarafından erken ve sık eleştiri deneyimliyorsa o zaman bireyin herhangi biriyle olan temasının Kusurluluk şemasını tetiklemesi olasıdır. Birey anne ya da babasının yalnızca birinden ara sıra, daha ılımlı ve yaşamın daha sonraki döneminde ortaya çıkan eleştiri deneyimliyorsa, hayatının ileri dönemindeki şemayı aktive etme olasılığı daha azdır. Örnek vermek gerekirse şema, sadece eleştirel ebeveynin cinsiyetinin talepkar otorite figürleriyle tetiklenebilir. Bunun dışında genelde daha şiddetli bir şema, tetiklendiğinde ve daha uzun süre devam ettiğinde daha da şiddetli bir olumsuz etki verir.

Önceden de bahsettiğimiz gibi erken ve geç şemaların yanı sıra olumlu ve olumsuz şemalar vardır. Odak bilhassa Erken Dönem Uyumsuz Şemalar üzerindedir. Bu nedenle teorimizde olumlu ve geç dönem şemaları ayrıntılı açıklamıyoruz. Bununla birlikte bazı yazarlar, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar'ın her birine karşılık olarak uyumlu şema olduğunu iddia eder.[12] Alternatif olarak Erikson'un psikolojik düzeyleri dikkate alınabilir. O, her düzeydeki başarılı çözümlemenin uyumlu bir şemayla sonuçlanabileceğini iddia etmiştir. Oysaki bir düzeyi yanlış çözümlemek, uyumsuz şemaya neden olur. Bununla birlikte, bu kitabın konusu, normal popülasyondan çok kronik bozuklukları olan psikoterapi hastalarının popülasyonudur. O nedenle kişilik bozukluklarının altında yattığına inandığımız erken dönem *uyumsuz* şemalar üzerinde durmaktayız.

Şemaların Temeli

Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar

Temel görüşümüz, şemaların çocukluktaki çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklandığıdır.[13]

1. Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve benimsenme)
2. Özerklik, yetenek, olumlu kimlik algısı
3. İhtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü
4. Kendiliğindenlik ve rol yapma
5. Akılcı sınırlar ve özdenetim

Bu ihtiyaçların evrensel olduğuna inanıyoruz. Bazı bireyler diğerlerine göre güçlü ihtiyaç hissetse de bunlara herkes sahiptir. Psikolojik olarak sağlıklı birey, çekirdek duygusal ihtiyaçlarını uyumlayıcı bir şekilde giderebilendir.

Çocuğun doğuştan gelen mizacı ve erken dönem çevresi arasındaki etkileşim, bu temel ihtiyaçların memnuniyetine değil engellenmesine neden olur. Şema terapinin amacı, hastaların çekirdek duygusal ihtiyaçlarını giderebilmeleri için uyumlu yollar bulmalarına yardım etmektir. Müdahalelerimizin tümü, bu amaca yönelik araçlardır.

Erken Dönem Yaşam Deneyimleri

Toksik çocukluk deneyimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemaların birincil temelidir. Genellikle çok güçlü olan ve erken dönemde gelişen temalar, çekirdek aile içinde ortaya çıkarlar. Büyük ölçüde çocuğun ailesinin dinamikleri, çocuğun erken dönemdeki dünyasının dinamikleridir. Hastalar erişkinken Erken Dönem Uyumsuz Şemalarını aktive ettikleri durumlarda kendilerini bulduklarında genelde deneyimledikleri, aileleriyle ilgili çocukluktan gelen bir dramdır. Arkadaşları,

okul, toplumdaki gruplar, çevreleyici kültür gibi diğer etkiler, çocuğun olgunlaşması sırasında gittikçe daha önemli hale gelirler ve şemanın gelişimine neden olabilirler. Bununla birlikte sonraki dönemlerde gelişen şemalar, genelde çok güçlü ya da yaygın değildir. (Sosyal İzolasyon, çocuklukta ya da ergenlikte sonradan gelişen bir şema örneğidir ve çekirdek ailenin dinamiklerini yansıtmayabilir.)

Şema edinimini besleyen erken dönem yaşam deneyimlerinin dört tipini inceledik. İlki, *ihtiyaçların toksik engellenişidir*. Bu, çocuk çok az iyi şey deneyimlediğinde meydana gelir ve erken dönem ortamındaki eksiklikler nedeniyle Duygusal Yoksunluk ya da Terk Edilme gibi şemalar edinir. Çocuğun çevresinde istikrar, anlayış ve sevgi gibi bazı önemli şeyler kaybolmaktadır. Şemalarını oluşturan erken dönem yaşam deneyiminin ikinci türü, *travmatizasyon* ya da *kurban olma*dır. Burada çocuk, zarar görür ve kurban olur, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Kusurluluk/Utanç, Zarar görme karşısında İncinebilirlik gibi şemalar geliştirir. Üçüncü türde çocuk çok fazla iyi şey deneyimler: Ebeveynler, normalde bir çocuk için sağlıklı olandan çok daha fazla şey sağlarlar. Bu yüzden bağımlılık/Yetersizlik ya da Hak Görme/Büyüklenmecilik gibi şemalar oluşur. Örneğin çocuğa nadiren kötü davranılır, aksine çocuk şımartılır ve memnun edilir. Özerklik ve gerçekçi sınırlar için çocuğun çekirdek duygusal ihtiyaçları karşılanmaz. Bu nedenle aileler, çocuğun yaşamına aşırı derecede müdahale edebilir, onu gereğinden fazla koruyabilir ya da çocuğa herhangi bir sınır olmadan aşırı derecede özerklik ve özgürlük verebilirler.

Şema yaratan yaşam deneyiminin dördüncü türü, *seçici içselleştirme ya da önem verdiği kişilerle özdeşleşme*dir. Çocuk ailesinin düşüncelerini, duygularını, deneyimlerini ve davranışlarını seçici bir şekilde içselleştirir ve özdeşim kurar. Örnek olarak her ikisi de çocukluk istismarı yaşamış tedaviye hazır iki hastayı verebiliriz. İlki Ruth, bir çocuk olarak, kurban rolüne yenik düştü. Babası ona vurduğunda Ruth karşı koymadı. Daha doğrusu, pasif ve itaatkâr oldu. Babasının istismarcı davranışının kurbanıydı, fakat bunu içselleştirmedi. Bir kurban olma duygusunu deneyimledi, ancak istismar edilen olma duygusunu içselleştirmedi. İkinci hasta, Kevin, istismarcı babasına karşılık verdi. Babasıyla özdeşleşti, saldırgan düşünce, duygu ve davranışlarını içselleştirdi ve sonunda kendisi istismarcı oldu. (Bu örnek aşırıdır. Gerçekte birçok çocuk, hem kurban olma deneyimini hem de toksik erişkinin duygu, düşünce ve davranışlarının bazılarını öğrenir.)

Başka bir örnekte Duygusal Yoksunluk şeması gösteren iki hastaya bakalım. Her ikisi de soğuk ailelere sahiptir. Her ikisi de çocuk olarak yalnız ve sevgisiz bir çocukluk geçirmiştir. Şunu kabul edelim ki yetişkinler olarak duygusal açıdan soğuk olabilmekteyiz. Olmasa da olur. Her iki hasta da soğukluk gördüğünü bilmesine rağmen mutlaka soğuk kişiler olmayacaktır. Sonraki bölümde baş etme biçimlerini ele alacağımız gibi hastalar, soğuk ebeveynleri içselleştirmek yerine, ilgi gösterici olarak veya alternatifi hakkı olarak hissedip ya da talepkar olarak yoksunluk duygularıyla baş edebilirler. Modelimiz, ebeveyninin yaptığı her şeyi çocukların içselleştirdiği ve özdeşleştirdiğini iddia etmez. Bunun yerine önem verdikleri kişilerin belirli yönleriyle *seçici* özdeşim ve içselleştirme oluşturduklarını gözlemlemekteyiz. Bu özdeşimler ve içselleştirmelerin bazıları; şemalar, baş etme biçimleri ve modlar olmaktadır.

Mizacın, bireyin önem verdikleri kişilerin karakteristiklerini içselleştirip özdeşim kurmasını kısmen belirlediğine inanıyoruz. Örnek olarak distimik mizaç sahibi bir çocuk, ailesinin talihsizlikle iyimser mücadele etme biçimini muhtemelen içselleştiremeyecektir. Ebeveynin davranışı, çocuğun asimile edemediği yatkınlığına karşıttır.

Duygusal Mizaç

Erken dönem çocukluk ortamından farklı olan faktörler, şema gelişiminde büyük rol oynarlar. Çocuğun duygusal mi-

zacı, ayrıca önem taşır. Çoğu ebeveynin bir süre sonra fark ettiği gibi her çocuk, benzersiz ve farklı kişilik ve mizaca sahiptir. Bazı çocuklar daha sinirli bazıları daha çekingen bazıları da daha saldırgandır. Kişiliğin biyolojik temellerinin önemini destekleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Örnek olarak Kagan ve çalışma arkadaşları[14] çocukluktaki mizaç özellikleri üzerine bir dizi araştırma ortaya koydular ve onların zamanla belirgin biçimde stabil hale geldiklerini buldular.

Aşağıdakiler, büyük ölçüde doğuştan gelen ve yalnız psikoterapi aracılığıyla nispeten değiştirilemez olduğunu varsaydığımız bazı duygusal mizaç alanlarıdır.

Gevşek ↔ Tepkisiz
Distimik ↔ İyimser
Anksiyöz ↔ Dingin
Obsesif ↔ Dağınık Dikkat
Pasif ↔ Agresif
Sinirli ↔ Keyifli
Sakin ↔ Girişkin

Mizaç, bireyin bu alanlar kümesinin üzerindeki noktalardaki benzersiz karışımı olarak düşünülebilir (hiç kuşkusuz buna ilaveten gelecekte saptanabilecek mizacın diğer hususlarıyla birlikte).

Duygusal mizaç, şemaların biçimlenmesindeki acılı çocukluk olaylarıyla etkileşim halindedir. Farklı mizaçlar seçici bir şekilde çocukları farklı yaşam koşullarına maruz bırakır. Örneğin saldırgan bir çocuğun, pasif ve sakin bir çocuğa göre şiddet arzeden bir ailede fiziksel olarak istismar edilme olasılığı daha yüksektir. Dahası farklı mizaçlar, çocukların benzer yaşam koşullarından farklı şekillerde etkilenebilmesini mümkün kılar. Aynı parental tedavi verildiğinde iki çocuk farklı şekillerde tepki gösterebilir. Örneğin; aileleri tarafından reddedilmiş iki çocuğa bakalım. Sakin çocuk dünyadan saklanmakta ve gittikçe içe kapanık ve anneye bağımlı olmaktadır. Girişkin olan ise dışarı çıkmaya cesaret eder ve başka şeyler zorlar ve daha olumlu bağlantılar kurar. Gerçekte sosyallik, nefret istismarı ile büyümüş ve ihmal edilmiş dirençli çocukların önemli bir özelliği olarak görülür.

Gözlemlerimizde oldukça müsait ya da itici erken dönem ortamının, önemli bir dereceye kadar duygusal mizacı baskılayabildiğini gördük. Örnek verirsek; güvenli ve sevgi dolu bir ev ortamı, birçok koşulda arkadaş canlısı sakin bir çocuk yaratabilir. Alternatif olarak, erken dönem ortamı, yeteri kadar reddediciyse, sosyal bir çocuk bile geri çekilen olabilir. Benzer şekilde aşırı duygusal mizaç, normal bir ortama üstün gelebilir ve aile geçmişinde belli bir gerekçe olmadan psikopatoloji üretebilir.

Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Modelimizde "şema alanları" biçiminde adlandırdığımız 18 şema, giderilmemiş duygusal ihtiyaçların beş genel kategorisi içersinde gruplanmıştır. Sonraki bölümde bu 18 şema için deneysel dayanağı yeniden gözden geçireceğiz. Bu bölümde beş alana ayrıntılarıyla gireceğiz ve içerdiği şemaları listeleyeceğiz. Şekil 1.1'de beş şema alanı, italik biçimde rakam verilmeden yerleştirilmiştir ("*Ayrılma ve Reddedilme*" gibi). 18 şema ise rakamlandırılıp sıralanmıştır (1. Terk Edilme/İstikrarsızlık gibi).

Alan 1: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme

Bu alandaki şemaya sahip hastalar, başkalarına güvenli, tatmin edici bağlanma oluşturamazlar. İstikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma ihtiyaçlarının giderilmeyeceğine inanırlar. Tipik bir şekilde ailenin kökeni dengesiz (*Terk Edilme/İstikrarsızlık*), istismarcı (*Güvensizlik/İstismar Edilme*), soğuk (*Duygusal Yoksunluk*), reddedici (*Kusurluluk/Utanç*) ya da dış dünyadan izoledir (*Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma*). Ayrıl-

ma ve Reddedilme alanı (özellikle ilk dört şema) genelde çok zarar vericidir. Çoğunun travmatik çocuklukları vardır ve erişkin olarak başkasıyla kendine zarar verici bir ilişkiden hemen uzaklaşma ya da bütünüyle yakın ilişkilerden kaçınma eğilimi vardır. Terapi ilişkisi, genelde bu hastaların tedavisinin merkezidir.

ŞEKİL 1.1. Şema alanları ile ilişkili erken dönem uyumsuz şemalar.

Ayrılma ve Reddedilme

(Kişinin güvenlik, korunma, istikrar, bakım, empati, duyguların paylaşımı, kabul edilme, saygı ihtiyaçlarının öngörülebilir bir tavırda giderilmeyecek beklentisi. Ailenin tipik kökeni, kopuk, soğuk, reddedici, kısıtlayıcı, yalnız, taşkın, belirsiz ya da istismarcıdır.)

1. Terk Edilme/İstikrarsızlık

Destek ve bağlantı için erişilebilenlerin, algılanan *istikrarsızlık* veya *güvensizlik* olması.

Duygusal olarak istikrarsız ve belirsiz (öfkeli patlamalar), güvenilmez olduklarından ya da sadece düzensizlik göstermelerinden; yakında öleceklerinden ya da daha iyi birisinden yana olup kendilerini terk edeceklerinden dolayı önem verdikleri kişilerden duygusal destek, bağlantılılık, güç ya da pratik korunma sağlamaya devam edemeyecekleri duyusunu içerir.

2. Güvensizlik/Suistimal Edilme

Başkalarının zarar vereceği, istismar edeceği, küçük düşüreceği, aldatacağı, yalan söyleyeceği, kullanacağı ya da zaafından yararlanacağı beklentisidir. Genellikle zararın kasıtlı ya da haksızlığın ve aşırı ihmalkârlığın sonucu olduğu algısını içerir. "İşin kötü tarafını alma" ya da diğerlerine göre daima sonunda aldatılmış olma hissini de içerebilir.

3. Duygusal Yoksunluk

Kişinin normal bir derecedeki duygusal destek arzusunun başkaları tarafından yeteri kadar karşılanmayacağı beklentisidir. Yoksunluğun üç ana biçimi:

A. *İlgi Yoksunluğu*: İlgi, şefkat, sıcaklık ya da arkadaşlık yokluğu.

B. *Empati Yoksunluğu*: Anlama, dinleme, kendini açma ya da başkalarıyla duyguların karşılıklı paylaşımı yokluğu.

C. *Korunma Yoksunluğu*: Başkalarından alınan güç, yönlendirme ve rehberlik yokluğu.

4. Kusurluluk/Utanç

Kişinin, kusurlu, kötü, istenmeyen, değersiz, önemli konularda yararsız ya da dışa açıldığında itici olabilecek olma duygusu. Eleştiriye aşırı hassasiyet, reddedilme, suçluluk, öz-bilinç, karşılaştırma, başkalarının arasında güvensizlik ya da kişinin algıladığı kusurla ilgili utanç duygusu. Bu kusurlar **kişisel** (bencillik, öfke patlamaları, kabul edilemez cinsel arzular) ya da **genel** (itici fiziksel görünüş, sosyal beceriksizlik gibi) olabilir.

5. Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma

Dünyanın geri kalanından izole, diğer insanlardan farklı olma ve/veya herhangi bir grup ya da topluluğun parçası olmama duygusu.

Zedelenmiş Özerklik ve Performans

(Kişinin, ayrılabilme, hayatta kalma, bağımsız olarak hareket etme ya da başarılı performansta bulunma becerisinden algıladıklarıyla çatışan çevre ve kendisi hakkındaki beklentiler. Ailenin tipik kökeni, tuzakçı, çocuğun güvenine zarar verici, aşırı koruyucu ya da aile dışında yeteneklerini göstermesi için çocuğu desteklemede başarısızdır.)

6. Bağımlılık/Yetersizlik

Başkalarından fazla yardım almadan ehil bir tavırda kişinin *günlük sorumluluklarını* yerine getirememe inancıdır (kişinin bakımı, günlük problemlerini çözme, doğru yargı yürütme, yeni işler becerme, doğru kararlar alma). Genelde kabiliyetsizlik olarak görülür.

7. Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık

Herhangi bir anda *kesin* bir felaket olacağı ve ondan korunamayacak olmanın abartılı korkusudur. Korkular aşağıdakilerden birine ya da daha fazlasına odaklanır. (A) *Tıbbi Felaket* (kalp krizi, AIDS); (B) *Duygusal Felaket* (çıldırma); (C) *Dışsal Felaket* (asansörün düşmesi, suçlu olarak kurban edilme, uçak kazaları, depremler).

8. Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik

Tamamen bireyleşme ya da normal sosyal gelişim pahasına biriyle ya da önem verilen kişilerle (genelde aileler) aşırı duygusal ilgi ve yakınlık. Çoğunlukla bireylerin başkasının daimi desteği olmadan mutlu olamama ya da dayanamama düşüncelerinin en azından birine olan inancını içerir. Ayrıca yeterli olmayan bireysel kimlik, başkalarıyla kaynaşma ya da boğulma duygularını da içerir. Hiçbir yönelim olmadan batma ve boşluk duyguları olarak ya da kişinin varlığını sorgulayan uç durumlarda deneyimlenir.

9. Başarısızlık

Kişinin başarısız olma, kaçınılmaz biçimde başaramayacak olma ya da başarı alanlarında (okul, kariyer, spor gibi) akranlarına göre temelde yetersiz olma inancıdır. Genelde kişinin aptal, beceriksiz, kabiliyetsiz, statüsü düşük, başkalarından daha az başarılı olduğu inancını içerir.

Zedelenmiş Sınırlar

(İçsel sınırlarda, başkalarına olan sorumluluklarda ya da uzun vadeli amaç yöneliminde eksiklik. Başkalarının haklarına saygı duyma, başkalarıyla işbirliği yapma, söz verme ya da akılcı kişisel hedefler hazırlama ve ulaşmada güçlüklere neden olur. Ailenin tipik kökeni, serbestlik, fazla müsamaha, yönetim eksikliği ya da gerekli yüzleşme, disiplin yerine üstünlük duygusu ve sorumluluk alma, karşılıklı bir tavır içersinde işbirliği yapma ve amaçlara ulaşmada sınır koyma ile karakterize edilir. Bazı durumlarda çocuk, normal rahatsızlık düzeyine tahammül etmede zorlanabilir ya da kendisine yeterli gözetim, idare ve rehberlik verilememiş olabilir.)

10. Hak Görme/Büyüklenmecilik

Kişinin başka insanlardan üstün olduğu, özel hak ve imtiyazlara sahip olduğu, normal bir sosyal etkileşim sağlayacak karşılıklılık kuralları tarafından sınırlandırılmadığı inancıdır. Gerçekçi olana, başkalarının makul saydığına ya da başkalarına verilen zarara bakmadan her ne istiyorsa sahip olabileceği ya da yapabileceği ısrarını, *güç* ya da *kontrol* elde etmek için (esasında ilgi çekme ya da onaylanma için değil) abartılı derecede üstünlüğe odaklanma (çok başarılı, ünlü, sağlıklı olma) içerir. Bazen, aşırı rekabetçilik ya da başkaları üzerinde hâkimiyet kurmayı içerir: Başkalarının gereksinim ve duygularına empati ve ilgi göstermeden kendi tutkuları doğrultusunda gücünü öne sürme, kendi bakış açısını bastırma, başkalarının davranışını kontrol etme.

11. Yetersiz Öz-denetim/Öz-disiplin

Kişinin hedeflerine ulaşmak ya da kişinin duygu ve isteklerinin aşırı ifadesini engellemek için yeterli özdenetim uygulamayı reddetme ya da yaygın biçimde zorluk çekme ve tolerans engelleme. Daha yumuşak biçiminde hasta, **huzursuz kaçınma** üzerinde aşırı vurgu gösterir: Acı, uyuşmazlık, yüzleşme, sorumluluktan kaçınma, ya da kişisel tatmin, bağlılık ve bütünlük pahasına aşırı çaba.

Başkalarına Yönelimlilik

(Sevgi ve onay almak, bağlantı hissini sürdürmek, ya da karşılık görmekten kaçınmak için kendi gereksinimleri pahasına başkalarının tutku, duygu ve tepkilerine aşırı odaklanma. Genelde öfke ve doğal eğilimlerine ilişkin farkındalık eksikliği ve bastırma içerir. Tipik aile kökeni, durumu kabullenmeye dayalıdır: Çocuklar, sevgi, ilgi ve onaylama almak için kendilerinin önemli yönlerini bastırmalıdırlar. Böyle pek çok ailede, ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları ve tutkuları -ya da sosyal kabul ve statü- çocuğun özgün gereksinim ve duygularından daha değerlidir.)

12 Boyun Eğicilik

Kişinin duygularını baskı altına alması nedeniyle kontrolün başkalarına aşırı teslimiyeti -öfke, karşılık görme ve terk edilmekten kaçınmak için boyun eğme. Boyun eğmenin iki ana biçimi vardır:

A. *İhtiyaçların boyun eğmesi*: Kişinin tercihlerini, kararlarını ve arzularını bastırması.

B. *Duyguların boyun eğmesi*: Duyguları özellikle öfkeyi baskı altına alma.

Genelde kişinin arzularını, düşüncelerini ve duyguların geçersiz olma ya da başkalarına önem verme algısını içerir. Sık sık tuzağa düşme korkusu hassasiyeti ile birleşen aşırı itaat gösterirler. Genelde uyumsuz semptomlarda ortaya çıkan öfke oluşumuna (yani pasif-agresif davranış, mizaçta kontrolsüz patlamalar, psikosomatik semptomlar, sevgiden geri çekilme, "dışa vurum", madde bağımlılığı) yol açar.

13. Kendini Feda

Kişinin kendi memnuniyeti pahasına günlük işlerde *gönüllü olarak* başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı odaklanması. En yaygın nedenler: Başkalarının acısına neden olmayı engelleme, bencillik duygusundan kaynaklı suçluluktan kaçınma, başkalarına muhtaç olarak algılanan bağlantıyı sürdürme. Genelde başkalarının acısına aşırı hassasiyetten kaynaklanır. Bazen kişinin gereksinimlerinin yeteri kadar giderilmediği duygusuna yol açar ve bakımı üstlenen kişilerin kızgınlığına yol açar. (Bağımlılık kavramıyla örtüşür.)

14. Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık

Güvenli ve gerçek kendilik duygusunu geliştirme pahasına başka insanlardan onay almaya, tanınmaya, ilgi görmeye ya da uyum sağlamaya aşırı önem verirler. Bireyin saygı hissi, kendi doğal eğilimlerinden çok öncelikle başkalarının reaksiyonlarına bağımlıdır. Bazı zamanlar *onay, takdir* ya da *ilgi* alma yoluyla (güç ya da kontrol için öncelikli değil) statü, onaylanma, sosyal kabul, para ya da başarıya aşırı vurgulama içerir. Çoğunlukla gerçekçi ve tatmin edici olmayan ya da reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet içersindeki önemli hayati kararlara neden olur.

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme

(Çoğu kez mutluluk, kendini ifade, rahatlama, yakın ilişkiler ve sağlık pahasına kişinin spontane duygularını, itkilerini ve seçimlerini bastırmaya da katı, içselleştirilmiş kuralları, performans ve ahlaki davranış ile ilgili beklentileri gidermeye aşırı derecede vurgu. Ailenin tipik kökeni, katı, talepkar bazen de cezalandırıcıdır: Performans, görev, mükemmeliyetçilik, kurallara uyma, duyguları saklama, mutluluk, haz ve rahatlamayı kontrol altına alma ile ilgili hatalardan kaçınma. Genelde bir kötümserlik eğilimi ve eğer kişi sürekli olarak dikkatli ve tetikte olmayı başaramazsa her şeyin bozulacak olma endişesi vardır.)

15. Olumsuzluk/Karamsarlık

Hayatın olumlu ya da iyimser yönlerini küçümseyip bakmazken olumsuz yönlerine (acı, ölüm, kayıplar, hayal kırıklıkları, çatışma, suçluluk, kızgınlık, çözülmeyen problemler, olası hatalar, ihanet, her şeyin yanlış gidecek olması gibi) yaygın bir şekilde, ömür boyu odaklanma. Genelde bireyin, sonunda bozulacak olan ama iyi gidiyor görünen ya da er geç her şeyin yanlış gideceğine dair -çok sayıda iş, finansal ya da bireylerarası durumlar- abartılı beklentisini içerir. Mali çöküşe, kayba, küçük düşmeye yol açabilecek yanlış yapma ya da kötü duruma düşme korkusunu kapsar. Olası aşırı olumsuz sonuçlar nedeniyle bu bireyler kronik endişe, dikkat, şikâyet etme ya da kararsızlıkla nitelendirilir.

16. Duygusal Baskılama/Ketleme

Spontane eylemin, duygu ya da iletişimin genellikle başkaları tarafından reddedilmekten, utanç duygusundan, dürtüsel kontrolü kaybetmekten kaçınmak için aşırı baskılanması. Baskılamanın en yaygın alanları: (a) *öfke* ve saldırganlığın baskılanması; (b) *olumlu dürtülerin* baskılanması (sevinç, duygu, cinsel heyecan, oyun); (c) kişinin duyguları ve ihtiyaçları ile ilgili serbest *bildirim* ya da *kırılganlığı/incinebilirliği* güçlükle ifade etme; (d) duygular görmezlikten gelinirken *akılcılığa* aşırı önem verme.

17. Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik

Genelde eleştiriden kaçınmak için temelde *içselleştirilmiş* eylem ve davranışların oldukça yüksek standartlarını karşılamaya çabalamak zorunda olma inancıdır. Genel anlamda baskı duygusu ya da güçlükle sakinleşme, kendisi ve başkalarına yönelik aşırı eleştiriciliğe yol açar. Haz, rahatlama, sağlık, öz saygı, başarı duygusu ya da tatmin edici ilişkilerde önemli bozulmaları kapsar.

Yüksek standartlar genelde (a) **mükemmeliyetçilik**, detaylara aşırı dikkat ya da kendi performansının iyi olmasının standartlara bağlı olduğunu azımsama; (b) akıldışı yüksek ahlak, töresel, kültürel ve dinsel emirler içeren hayatın birçok alanındaki **katı kurallar** ve "zorunluluklar" ya da (c) **zaman ve verimlilik** ile ilgili

takıntı, daha da başarılı olma ihtiyacını gösterir.

18. Cezalandırıcılık/Acımasızlık

Bireyin yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancı. Standartlarını ya da beklentilerini karşılayamayan kişilerin (kendisi dahil) öfkeli, tahammülsüz, cezalandırıcı ve sabırsız olma eğilimini içerir. Genelde hafifletici sebepleri dikkate alma, insani kusurları hesaba katma ya da duygularla empati kurmada bir isteksizlik nedeniyle kendisinin ya da başkalarının hatalarını affetme zorluğunu içerir.

Not: Telif hakkı 2002 Jeffrey Young'a aittir. Yazarın yazılı rızası olmadan izinsiz yayınlamak yasaktır. İzin ve daha fazla bilgi için Şema Terapi Enstitüsü'ne yazın. 36 West 44th Street, Suite 1007, New York, NY 10036.

Terk Edilme/İstikrarsızlık şeması, önem verdikleri kişilerle bağlantı kurmada istikrarsızlık gösterir. Bu şemaya sahip hastalar, duygusal olarak önceden kestirilemediklerinden yaşamlarındaki önemli kişilerin bulunmaya devam etmeyeceği duygusuna sahiptirler. Onlar sadece belirsizlik gösterirler, öleceklerdir ya da daha iyi herhangi birisi için hastayı bırakacaklardır.

Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahip hastalar, mahkûm edilmişlerdir. Fırsat verildiğinde, diğer insanlar hastayı kendi bencil amaçları doğrultusunda kullanacaklardır. Örneğin, istismar edecekler, zarar verecekler, küçük düşürecekler, ona yalan söyleyecekler, aldatacaklar ya da hastayı yönlendireceklerdir.

Duygusal Yoksunluk şeması, kişinin duygusal bağlantı kurma arzusunu, yeterli derecede tatmin edemeyeceği beklentisidir. Üç biçimini belirledik: (1) *ilgi* yoksunluğu (şefkat ve önemsenme yokluğu); (2) *empati* yoksunluğu (dinleme ve anlama yokluğu) ve (3) *korunma* yoksunluğu (başkalarından gelen güç ve rehberlik yokluğu).

Kusurluluk/Utanç şeması, kusurlu, kötü, aşağı ya da değersiz olma duygusudur ve eğer teşhir edilirse başkaları için sevimsiz olacaktır. Şema genelde kişinin algıladığı eksikliğe ilişkin bir utanç duyguşu içerir. Kusurlar, kişisel (bencillik, saldırgan dürtüler, kabul edilemez cinsel tutkular) ya da genel (itici görünüm, sosyal beceriksizlik) olabilir.

Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma şeması, farklı biçimde olma ya da aile dışındaki daha geniş bir sosyal dünya içersinde uygun olmama duygusudur. Tipik olarak bu şemaya sahip hastalar, herhangi bir grup ya da topluluğa ait olduklarını hissetmezler.

Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Özerklik, yaşıtı olan insanlar gibi bağımsız hareket edebilme ve ailesinden ayrı kalabilmedir. Bu alandaki şemaya sahip hastalar, bağımsız hareket edebilme ve ebeveyn figürlerinden kendilerini ayırma yetisiyle çatışan dünya ve kendileri ile ilgili beklentilere sahiptir. Bu hastalar, çocukken genelde ebeveynleri onlar için her şeyi yapmış, onları gereğinden fazla korumuşlardır ya da tam tersi (çok daha az) onlara hemen hemen hiç bakmamışlar ya da ilgilenmemişlerdir. (Her iki aşırılık da özerklik alanında problemlere yol açar.) Çoğu kez ebeveynleri özgüvenlerine zarar vermişlerdir ve onları evin dışında hayatını düzgünce sürdürebilmesi için desteklememişlerdir. Dolayısıyla, bu hastalar kendi kimliklerini oluşturamamakta ve yaşamlarını kuramamaktadırlar. Kişisel amaçlar hazırlayamazlar ve gerekli becerilerde uzmanlaşamazlar. Yeterlilik hususunda, erişkin yaşamlarında da çocuk olarak kalırlar.

Bağımlılık/Yetersizlik şemasına sahip hastalar, başkalarından yeterli yardım almadan günlük sorumluluklarını idare etmeyi başaramadıklarını hissederler. Örneğin, parayı idare edemediklerini, pratik problemleri çözemediklerini, iyi değerlendiremediklerini, yeni işlere girişemediklerini ya da doğru karar veremediklerini düşünürler. Şema genelde yaygın pasiflik ve savunmasızlık olarak görünür.

Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık, herhangi bir anda patlayacak ve baş edilemeyecek bir felaketin abartılmış korkusudur. Korkular, aşağıdaki felaket türlerine odaklanır: (1) *tıbbi* (kalp krizi, AIDS gibi hastalıklar); (2) *duygusal* (çıldırma, kontrolü kaybetme); ve (3) *dışsal* (kazalar, suç, doğal afetler).

Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik şemasına sahip hastalar, genelde tüm bireysel ve sosyal gelişimlerinin hasarı uğruna biri ya da önem verdikleri kişiler (genelde aile) ile aşırı derecede ilgilenirler. Bu hastalar çoğunlukla yapışık bireylerin en azından birinin başkaları olmadan hareket edemeyeceğine inanmaktadırlar. Şema, boğulma veya başkalarıyla birleşme hissi ya da açık bir kimlik duygusu ve yönelim eksikliği içerir.

Başarısızlık şeması, başarı bölgelerinde (okul, spor, kariyer gibi) kaçınılmaz şekilde başaramayacak olma ve başarı açısından kişinin akranlarına göre temelde yetersiz olduğu inancıdır. Şema genelde akılsız, beceriksiz, yeteneksiz ve başarısız olma inancını içerir.

Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu alandaki şemalara sahip hastalar, öz disiplin ya da karşılıklılık hakkında yeterli içsel sınırlar geliştirmemişlerdir. Başkalarının haklarına saygı gösterme, işbirliği yapma, sözleri yerine getirme, uzun vadeli hedeflere ulaşmada zorluklar yaşamaktadırlar. Bu hastalar genelde bencillik, şımarıklık, sorumsuzluk ve narsisistlik gösterirler. Çoğunlukla fazla hoşgörülü ve müsamahalı ailelerde büyümüşlerdir. (Hak Görme, bazen Duygusal Yoksunluk gibi bir başka şemanın aşırı telafi biçimi olabilir. Bölüm 10'da üzerinde durduğumuz gibi bu durumlarda aşırı hoşgörü başlıca temel değildir.) Çocukken bu hastalar başka herhangi birine uygulanan kurallara uyma, başkalarını dikkate alma ya da öz denetim geliştirme gereği duymamışlar. Erişkinler olarak dürtülerini dizginleme ve gelecek faydalar uğruna memnuniyetlerini erteleme yeteneğinden yoksundurlar.

Hak Görme/Büyüklenmecilik şeması, kişinin başka insanlara göre üstün olma sanısıdır. Bu yüzden özel hakları ve ayrıcalıkları olduğunu düşünür. Bu şemaya sahip hastalar, normal sosyal etkileşime götüren karşılıklılık kurallarınca sınırlama hissetmezler. Başkalarına verilen zarara bakmadan her istediklerini yapabileceklerinde ısrar ederler. Güç elde etmek için üstünlüğe (daha başarılı, ünlü, zengin olma) aşırı odaklanmayı sürdürebilirler. Bu hastalar aşırı derecede talepkar ya da baskındırlar, empatiden yoksundurlar.

Yetersiz Öz-denetim/Öz-disiplin şemasına sahip hastalar, kişisel amaçlarına ulaşmak için yeterli bir öz-denetim ve engellenme toleransı uygulayamazlar ve uygulayamayacaklardır. Bu hastalar, duygularını ve dürtülerini ifade etmeyi düzenleyemezler. Bu şemanın daha ılımlı biçimdeki hastaları, huzursuz kaçınma üzerine aşırı vurgu gösterirler. Örneğin birçok çatışma ya da sorumluluktan kaçınırlar.

Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik

Bu alandaki hastalar, kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya aşırı önem verirler. Onaylanma, duygusal bağlantıyı sürdürme ya da tepkiden kaçınma için bunu yaparlar. Başkalarıyla etkileşim kurduklarında kendi ihtiyaçlarından çok başka kişilerin tepkilerine aşırı bir şekilde odaklanma eğilimindedirler ve genelde öfke ve tercihlerinde farkındalık yoksunluğu yaşarlar. Çocukken doğal eğilimlerini izlemede özgür değillerdir. Erişkin olarak içsel bir şekilde idare edilmekten çok dışsal bir şekilde yönlendirilir ve başkalarının arzularına uyarlar. Ailenin tipik kökeni, koşullu kabullenmeye dayanır: Çocuklar, sevgi ve onaylanma elde etmek için kendilerinin önemli yönlerini kısıtlar. Bunun gibi pek çok ailede, ebeveynler çocuklarının özel ihtiyaçları yerine kendi duygusal ihtiyaçları ya da sosyal "görünümlerine" değer verir.

Boyun Eğicilik şeması, zorlandığını hissettiği için kişinin kontrolü başkalarına teslim etmesidir. Boyun eğiciliğin işlevi, öfkeden, tepki almaktan ya da terk edilmekten kaçınmadır. Başlıca iki biçimi vardır; (1) *ihtiyaçların boyun eğmesi*: Kişinin isteklerini ya da tercihlerini bastırması; (2) *duyguların boyun eğmesi*: Özellikle öfke gibi duygusal tepkileri bastırma. Şema genellikle, kişinin ihtiyaçlarının ve duygularının geçerli ya da önemli olmadığı anlayışını içerir. Bu, sık sık tuzağa düşme duygusuna aşırı hassasiyetle birleşerek bir itaat ve memnun

etme isteği olarak görünür. Boyun Eğicilik, genellikle uyumsuzluk semptomları (pasif-agresif davranış, kontrolsüz öfke patlamaları, psikomatik semptomlar ya da geri çekilen sevgi hissi) içersinde açığa çıkan öfke birikimine yol açar.

Kendini Feda şemasına sahip hastalar, isteyerek kendi memnuniyetleri uğruna başkalarının ihtiyaçlarını giderirler. Bunu, muhtaç olarak gördükleri kişilerle duygusal bağlantı sürdürmek ya da öz saygı kazanmak, suçluluktan kurtulmak, başkalarını acıdan korumak için yaparlar. Şema genelde başkalarının dertlerine akut bir hassasiyetten kaynaklanır. Kendi ihtiyaçlarının yeteri kadar giderilmediği duygusunu içerir ve kızgınlık duygusuna yol açabilir. Bu şema, 12 adımlı "eş bağımlılık "kavramıyla örtüşür.

Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık şemasına sahip hastalar, güvenli ve gerçek kendilik duygusu geliştirmek yerine başka insanlardan onay almaya veya tanınmaya değer verirler. Öz saygıları, kendilerininkilerden çok başkalarının reaksiyonlarına bağlıdır. Şema genelde onaylanma ve tanınmanın araçları olarak sosyal statü, görünüm, para ya da başarı ile aşırı meşguliyeti içerir. Çoğunlukla gerçekçi ve tatmin edici olmayan büyük hayati kararlara neden olurlar.

Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme

Bu alandaki hastalar, spontane duygular ve dürtüleri baskı altına alırlar. Genelde mutluluk, kendini ifade, rahatlama, yakın ilişkiler ya da sağlık uğruna kendi yaşamlarıyla ilgili katı ve içselleştirilmiş kurallara uymaya çalışırlar. Tipik köken, sert, baskı altında, kuralcı olan; özdenetim, özverinin kendiliğindenlik ve memnuniyete göre üstün olduğu çocukluk evresidir. Çocukken bu hastalar, oyun oynaması ve mutluluğu izlemesi için teşvik edilmez. Dahası olumsuz günlük olaylara aşırı tetikte olmayı, hayata soğuk bakmayı öğrenmektedirler. Bu hastalar sürekli dikkatli ve tetikte olmada başarısız olurlarsa yaşamlarını dağıtabilecek korku, endişe ve karamsarlık duygusu içine girerler.

Olumsuzluk/Karamsarlık şeması, yaşamın olumlu yönlerini küçük görürken yaygın olarak ve ömür boyu olumsuz yönlere (acı, ölüm, kayıp, hayal kırıklığı, çatışma, ihanet) odaklanır. Şema genelde, eninde sonunda geniş çaplı iş, mali ve kişiler arası konularda her şeyin ciddi şekilde bozulacağı beklentisini içerir. Bu hastalar, mali yıkıma, zarara ve küçük düşmeye götürecek ya da kötü bir duruma sokacak ölçüsüz hatalar yapma korkusuna sahiptirler. Çünkü bu hastalar, potansiyel olumsuz sonuçları abartırlar. Onlar sıklıkla endişeli, aşırı dikkatli, şikâyetçi ve kararsız olmakla nitelendirilirler.

Duygusal Baskılama sahibi hastalar, kendiliğinden oluşan eylemleri, duyguları ve iletişimleri engeller. Bunu genelde dürtülerinin kontrolünü kaybetmekten ve eleştirilmekten sakınmak için yaparlar. Baskılamanın en yaygın alanları: (1) *öfke* baskılaması; (2) *olumlu dürtüleri* baskılama (haz, şefkat, cinsel heyecan, şakacılık); (3) *incinebilirliği* zorlukla ifade etme ve (4) duygular önemsemezken akılcılığa vurgu yapma. Bu hastalar, çoğunlukla donuk, sıkılgan, geri çekilen ya da soğuk olarak nitelendirilirler.

Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik şeması, kınanma ve utançtan kaçınmak için benimsenmiş yüksek standartları karşılamayla uğraşmak zorunda kalma duygusudur. Şema tipik olarak kendisine ve başkalarına yönelik sürekli baskı ve aşırı eleştiricilik duygusuna sebep olur. Erken Dönem Uyumsuz Şema'yı göz önüne aldığımızda, hastanın sağlığı, öz saygısı, ilişkileri ya da memnuniyet deneyimlerinde önemli bir bozulma olması gerekir. Şema genelde, (1) *mükemmeliyetçilik* ("doğru" şeyler yapma ihtiyacı, detaylara aşırı dikkat, performans düzeyini küçümseme); (2) akıl dışı ahlaki, kültürel ya da dinsel standartlar içeren hayatın pek çok alanında *katı kurallar* ve "zorunluluklar"; (3) *zaman ve verimlilik* kaygısı olarak görünür.

Cezalandırıcılık şeması, kişilerin hata yaptıkları için sertçe cezalandırılmak zorunda oldukları kanaatidir. Şema, kişinin

standartlarını karşılamayan kişilere (kendisi dâhil) hoşgörüsüz ve öfkeli olma eğilimini kapsar. Genelde güçlükle unutulan hatalar görülür çünkü hafifletici unsurları hesaba katma, insani kusurları kabullenmede ya da kişinin niyetlerini göz önünde tutmada isteksizdir.

Vaka Örneği

Şema kavramını örnekleyen kısa bir hikâyeye bakalım. Natalie isimli genç bir kadın tedaviye başlar. Natalie, Duygusal Yoksunluk şemasına sahiptir: Yakın ilişkilerinde en etkili deneyim, duygusal ihtiyaçlarının giderilmiyor olmasıdır. Erken çocukluk döneminden beri bu gerçekleşmektedir. Natalie, duygusal olarak soğuk ebeveynle yaşayan bir çocuktur. Onlar fiziksel ihtiyaçlarının tümünü gidermelerine rağmen, ona bakmadılar ya da yeterli ilgi ve duygulanım göstermediler. Onun kim olduğunu anlamaya çalışmadılar. Aile içersinde Natalie, kendini yalnız hissetti.

Natalie'nin mevcut problemi, kronik depresyondu. Terapiste tüm yaşamı boyunca depresyonda olduğunu söylüyordu. İçinde olmasına ve yıllardır sürekli terapi görmesine rağmen depresyonu sürmekteydi. Natalie'ye genelde duygusal olarak yoksun erkekler çekici gelmektedir. Kocası Paul, bu örüntüye/kalıba uyuyordu. Natalie destek ya da şefkat için Paul'a gittiğinde, Paul sinirleniyor ve onu uzaklaştırıyordu. Bu Duygusal Yoksunluk şemasını tetiklemekte ve onu öfkelendirmektedir. Onun öfkesi, onu seven, fakat bunu nasıl göstereceğini bilmeyen kocasına kısmen haklı kısmen de aşırı bir tepkidir.

Natalie'nin öfkesi, kocasını yabancılaştırır, kocası kendisini Natalie'den daha da uzaklaştırır. Böylece yoksunluk şeması devam eder. Evlilik, onun şemasıyla çalışan bir kısırdöngüye girer. Evliliğinde Natalie, çocukluk depresyonunu sonuna kadar yaşamaya devam eder. Evliliğinden önce Natalie, duygusal olarak hislerini daha açığa vuran bir adamla çıkmıştır. Fakat ona cinsel çekicilik duymuyor ve normal sevecenlik ifadeleriyle "boğulduğunu" hissediyordur. Çekirdek şemayı tetikleyen partnerin daha çekici olma eğilimi, hastalarımızda yaygın bir şekilde gözlediğimiz bir eğilimdir ("şema kimyası").

Bu örnek, erken dönem çocukluk yoksunluğunun nasıl şema gelişimine yol açtığını göstermektedir ki bu, o zaman canlılığını yitirmiş ve sonraki yaşamında kronik Eksen I semptomları ve işlevsiz (disfonksiyonel) ilişkilere yol açarak devam etmiştir.

Koşulsuz Şemalara Karşı Koşullu Şemalar

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Beck'in temel varsayımları[15] arasındaki başlıca farkın, temelde yatan varsayımların koşulluluğu şemaların ise koşulsuzluğu olduğuna inanıyoruz. Şu anda bazı şemaları koşullu bazılarını da koşulsuz olarak görmekteyiz. Genellikle sonradan gelişen şemalar koşullu iken önceden gelişen ve çoğu kökten gelen şemalar, kendilik ve başkalarıyla ilgili koşulsuz inanışlardır.

Koşulsuz şemalar, hastalara ümitsizlik sunarlar. Bireyler ne yaparsa yapsınlar sonuç aynıdır. Birey, yeteneksiz, bağımlı, sevgisiz, uyumsuz, tehlikeli, kötü olacaktır ve hiçbir şey bunu değiştiremez. Şema, çocuğun bu hususta herhangi bir seçimi olmadan kendisine yapılanları da kapsar. Şema basitçe budur. Tersine koşullu şemalar, umut olasılığını sürdürür. Birey, sonuçları değiştirebilir. Birey kontrolü alabilir, özveride bulunabilir, onay arayabilir, duyguları ketleyebilir ya da yüksek standartları karşılamaya çalışabilir ve böyle davranarak belki de olumsuz sonucu geçici de olsa başka yöne çevirebilir.

Koşullu şemalar, koşulsuz şemalardan kurtulma girişimleri olarak gelişir. Bu anlamda koşullu şemalar "ikincildir". Aşağıda bazı örnekler vardır:

Kusurluluğa tepki olarak Yüksek Standartlar. Birey şuna inanır; "eğer mükemmel olabilirsem, sevgiye layık olacağım."

Terk Edilmeye tepki olarak Boyun Eğicilik. Birey şuna inanmaktadır; "başkalarının her istediğini yaparsam ve bununla ilgili asla öfkelenmezsem kişi benimle kalacaktır."

Kusurluluğa tepki olarak Kendini Feda. "bu kişilerin ihtiyaçlarının tümünü karşılarsam ve kendime aldırmazsam, o kişi beni kusurlarıma rağmen kabul edecektir ve ben bu kadar sevgisiz hissetmeyeceğim."

Koşulsuz Şemalar	*Koşullu Şemalar*
Terk Edilme/İstikrarsızlık	Boyun Eğicilik
Güvensizlik/Suistimal Edilme	Kendini Feda
Duygusal Yoksunluk	Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık
Kusurluluk	Duygusal Baskılama/Ketlenme
Sosyal İzolasyon	Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik
Bağımlılık/Yetersizlik	
Hastalık ve Zarar Görme Karşısında İncinebilirlik	
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	
Başarısızlık	
Olumsuzluk/Karamsarlık	
Cezalandırıcılık	
Hak Görme/Büyüklenmecilik	
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin	

Koşullu şemaların taleplerini karşılamak her zaman olası değildir. Örneğin birisine tümden boyun eğip te asla öfkelenmemek çok zordur. Kişinin ihtiyaçlarının tümünü edinmek için yeterince talepkar olması ya da başkalarının ihtiyaçlarının tümünü karşılamak için yeterince fedakâr olması da çok zordur. Koşullu şemaların çoğu, çekirdek şemaları önleyebilir. Birey, yetersizlikle sınırlıdır o yüzden bir kez daha çekirdek şema gerçeğiyle yüzleşmek zorundadır. (Koşullu şemaların tümü daha öncekilere bağlı olmayabilir. Bu şemalar, sadece eğer çocuk bekleneni yapıyorsa korkutucu sonuçlardan kaçınılabilir anlamında koşulludur)

Şemalar Geleneksel Bilişsel-Davranışçı Terapiyi Nasıl Engeller

Birçok Erken Dönem Uyumsuz Şema, geleneksel bilişsel-davranışçı terapiyi sabote etme potansiyeline sahiptir. Şemalar, bu bölümde önceden anlatılan geleneksel bilişsel-

davranışçı terapinin, hastaların pek çok varsayımını karşılamasını zorlaştırmaktadır. Örneğin, hastaların epeyce hızlı olumlu bir terapötik işbirliği kurabildiği varsayıma bir bakalım; Ayrılma ve Reddedilme alanındaki şemalara (Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk /Utanç) sahip hastalar, kısa bir süre içersinde bu tür karmaşık olmayan olumlu bir ilişki kuramayabilir. Benzer şekilde hastaların tedavi amaçlarının seçimine yol gösterecek açık yaşam amaçlarına ve güçlü kimlik duygusuna sahip olduğu varsayımı açısından Zedelenmiş Özerklik ve Performans alanındaki şemalara (Bağımlılık, İncinebilirlik, Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık) sahip hastalar, kim olduklarını ve ne istediklerini bilemeyebilirler ve bu nedenle spesifik tedavi amaçları hazırlayamayabilirler.

Bilişsel-davranışçı terapi, hastaların bilişlere ve duygulara erişebileceğini ve terapide bunları ifade edebileceğini öne sürer. Diğer-Yönelimlilik alanındaki şemalara (Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık) sahip hastalar, terapistin kendilerinin iç dünyasında ne aradığını ya da kendi duygu ve düşünceleri üzerine ne konuşmak istediğini belirlemeğe hayli odaklanabilirler. Son olarak bilişsel-davranışçı terapi, hastaların tedavi süreçlerine uyum sağlayabildiğini varsayar. Zedelenmiş Sınırlar alanındaki şemalara (Hak Görme, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin) sahip hastalar, bunu yapabilmek için çok fazla isteksiz ve disiplinsizdir.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İçin Deneysel Destek

Young'ın Erken Dönem Uyumsuz Şemaları üzerine önemli miktarda araştırma yapılmıştır. Kısa formlu çalışmalar sürecin içersinde olmasına rağmen bugüne kadar yürütülmüş pek çok araştırma uzun formlu Young Şema Ölçeği[16] kullanılarak yapılmıştır. Young Şema Ölçeği, Fransızca, İspanyolca, Al-

manca, Türkçe, Japonca, Fince ve Norveççeyi kapsayan pek çok dile çevrilmiştir.

Onun psikometrik özelliklerinin ilk kapsamlı araştırması, Schmidt, Joiner, Young ve Telch tarafından yürütülmüştür.[17] Bu çalışmadan çıkan sonuçlar, 0.83'den (Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik) 0.96'ya (Kusurluluk/Utanç) kadar olan aralıkta değişen her bir Erken Dönem Uyumsuz Şema için alfa katsayıları ve klinik olmayan bir popülasyonda 0.50'den 0.82'ye sınama-yeniden sınama katsayıları üretmiştir. Birincil alt ölçek, yüksek sınama-yeniden sınama güvenirliği ve iç tutarlılık göstermiştir. Ölçek ayrıca, kişilik bozuklukları semptomatolojisi, depresyon için bilişsel incinebilirlik, öz saygı, psikolojik endişe ölçümlerinin yakınsak ve ayırt edici sonuçlarını ortaya koydu.

Araştırmacılar, hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlerde kullanılan bir faktör analizi yürüttüler. Örneklemler, Young'un klinik olarak gelişen şemalara ve onların varsayılan hiyerarşik ilişkilerine uyan benzer birincil faktörler dizisini ortaya çıkardı. Üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklemde, temelde Young[18] tarafından önerilen, 16'da 15'i içeren 17 faktör ortaya çıktı. Diğer iki açıklanmamış faktör ortaya çıkarken orijinal bir şema olan Sosyal İsteksizlik ortaya çıkmadı. Çapraz-geçerli bu faktör yapısına bir başka deneme olarak, Schmidt ve diğerleri[19] aynı popülasyondan alınan üniversite öğrencilerinden oluşan ikinci bir örnekleme, Young Şema Ölçeğini verdi. Aynı faktör-analizi tekniğini kullanarak, araştırmacılar ilk analizde oluşan 17 faktörün, 13'ünün ikinci modelde açık bir şekilde kopyalandığını buldu. Araştırmacılar, ayrıca daha üst seviyeli 3 farklı faktör buldu. Bir hasta örneklemi içinde Young[20] tarafından önerilmiş 16 da 15ini içeren 15 faktör ortaya çıktı. Bu 15 faktör, toplam varyansın %54'ünü açıkladı.[21]

Bu çalışmada Young Şema Ölçeği, bir kişilik bozukluğu semptomatolojisi testiyle konverjan geçerliliği gösterdi.[22] Bu

aynı zamanda klinik olmayan üniversite öğrencisi popülasyonunda depresyon[23] ve öz saygı[24] ölçümleriyle konverjan geçerliliğini kanıtladı.

Bu çalışma, Avustralya klinik popülasyonu kullanılarak Lee, Taylor ve Dunn tarafından kopya edildi. Araştırmacılar, bir faktör analizi yürüttüler. Önceki bulgulara uyarak, 16'sından 15'i esasen Young tarafından önerilen 16 faktör, öncelikli unsur olarak belirtildi. Sadece Sosyal İsteksizlik ölçeği desteklenmedi. (Ayrı bir şema olarak Sosyal İsteksizliği artık eledik ve bunu Kusurluluk şemasının içine kattık.) Ek olarak, bir üst seviyedeki faktör analizi, Young tarafından önerilen şema alanlarının bazılarına açık bir şekilde uygundur. Bu çalışma, Young Şema Ölçeği'nin, çok iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve farklı tanılar için iki farklı ülkeden alınan klinik modeller karşısında güvenilir olduğunu göstermektedir.

Lee ve çalışma arkadaşları[25] iki çalışmanın klinik yada normal popülasyonda kullanılmasına bağlı olarak farklı faktör yapıları üretmesinin nedenlerini tartıştılar. Pek çok öğrencinin aşırı psikopatoloji biçimleri yaşaması olası olmadığından öğrenci modellerinin muhtemelen aralık etkileri olduğu sonucunu çıkardılar. Yazarlar, klinik popülasyonlardaki psikopatolojinin temelinde yatan şemaların, üniversite öğrencilerinin rastlantısal örnekleminde bulunduğu varsayımına dayanan faktör yapı tekrarını açıkladılar. Young, Erken Dönem Uyumsuz Şemaların normal popülasyonda gerçekten bulunduğunu, fakat onların klinik popülasyonda aşırı ve abartılmış olduklarını öne sürdü.

Diğer çalışmalar, bireysel şemaların geçerliliğini ve Young'ın modelini ne kadar iyi destekliyor olduklarını incelemiştir. Freeman[26] akıldışı bilişsel ilerleme için açıklayıcı bir model olarak Young'ın şema teorisinin kullanımını araştırdı. Normal katılımcıları kullanarak Freeman, Erken Dönem Uyumsuz Şemanın zayıf gerekçesinin, daha büyük bireylerarası uyarlamanın tahmini olduğunu bulmuştur. Bu sonuç,

Young'ın Erken Dönem Uyumsuz Şema tanımı gereği, olumsuz ve işlevsiz olduğunu öne süren ilkesiyle tutarlıdır.

Rittenmeyer,[27] stresli günlük olayların olumsuz etkisini hesaplamak için tasarlanan kişisel rapor envanteri Maslach Burnout Envanteri[28] ile Young'un şema alanlarının konverjan geçerliliğini inceledi. California okul öğretmenleri örnekleminde Rittenmeyer, iki şema alanı buldu; Maslach Burnout Envanteri'nin Duygusal Tükeniş ölçeğiyle güçlü bir korelasyonu olan Aşırı Bağlanma ve Abartılı Standartlar. Aşırı Bağlanma şema alanı ayrıca, iki farklı envanter ölçeği, Kişiliksizleşme ve Kişisel Beceri ile çok güçlü olmasa da ilişkilidir.

Carine,[29] ayırt edici fonksiyon analizi içersinde tahmini değişkenler olarak Erken Dönem Uyumsuz Şemaların kullanımıyla kişilik bozukluklarının tedavisindeki Young'ın şema teorisinin faydasını inceledi. Carine özelikle, diğer tipteki psikopatoloji hastalarından DSM-IV Eksen II hastalarını Young'ın şemalarının ayırt edip etmediğini incelemiştir. Carine Eksen II kümesindeki grup üyelerinin zamanının %83'ünün doğru öngörüldüğünü bulmuştur. Young teorisi yararına Carine ayrıca duygunun şemanın esasına yönelik bir parçası gibi göründüğünü bulmuştur.

Young Şema Ölçeği, spesifik DSM-IV kişilik bozukluklarını ölçmek için tasarlanmamasına rağmen, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve kişilik bozuklukları semptomları arasında önemli ilişkiler ortaya çıkmıştır.[30] Toplam puanın, Kişilik Tanı Ölçeğindeki toplam puanla önemli derecede ilişkisi vardır -DSM-III-R kişilik patolojisinin kendi ölçüm raporunda gözden geçirilmiştir.[31] Bu çalışmada Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin ve Kusurluluk şemaları, kişilik bozuklukları semptomlarıyla çok güçlü bir ilişki içersindedir. Bireysel şemaların, ilgili kişilik bozuklukları ile teorik olarak önemli derecede bağlantısı olduğu görülmüştür. Örneğin; Güvensizlik/Suistimal Edilme, paranoid kişilik bozukluklarıyla hayli bağlantılıdır. Bağımlılık, bağımlı kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilir. Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin, borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilidir. Yüksek Standartlar, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ile bağlantılandırılır.[32]

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Biyolojisi

Bu bölümde şemalara, duygu ve beyin biyolojisi üzerine yapılan son araştırmalara dayalı, biyolojik bir bakış açısından bakmayı öneriyoruz.[33] Bu bölümün şema gelişim ve değişiminin olası mekanizmaları hakkındaki *hipotezler* geliştirdiğini vurgulamaktayız. Bu hipotezlerin geçerli olup olmadığını saptamak için henüz araştırma yürütülmemiştir.

Son araştırma, beyinde tek bir duygusal sistemin olmadığını, birkaç tane olduğunu ileri sürer. Farklı duygular, şu türden farklı hayatta kalma fonksiyonlarıyla ilişkilidir; tehlikeye tepki verme, yiyecek bulma, seks yapma ve eş bulma, çocuklara bakma, sosyal ilişki. Her biri, kendi beyin ağıyla yönetiliyor gibi görünmektedir. Biz burada travma ve korku koşullanması ile ilişkili beyin ağı üzerine odaklanıyoruz.

Korku Koşullanması ve Travmaya İlişkin Beyin Sistemleri

Beyin biyolojisi üzerine yapılan çalışmalar, istismar ve terk edilme gibi travmatik çocukluk olaylarının beyinde meydana gelebilmesine dayalı şema tetiklenmesinin bulunduğu konumlara işaret eder. Travmatik anıların biyolojisi üzerine yaptığı araştırmanın özetinde LeDoux,[34] şunları yazmıştır:

> Travmatik öğrenme durumu sırasında bilinçli anılar, kortikal bölgelerle ilgili ve hipokampusu kapsayan bir sistem tarafından başlatılır. Bilinç dışı anılar amigdala tabanlı sistem aracılığıyla işleyen korku koşullama mekanizmalarıyla kurulur. Bu iki sistem, paralel işler ve deneyim ile ilgili farklı bilgi türlerini depolar. İlk travma boyunca mevcut olan uyarıcılarla sonradan karşı karşıya gelindiğinde, her sistem potansiyel olarak anılarını geri alır. Amigdala

sisteminde geri alma, tehlike için hazırlanan bedensel tepkilerin ifadesine sebep olur, hippokampal sistemde sürekli olarak anılar ortaya çıkar.[35]

Böylece LeDoux'a göre travmatik bir olayın duygusal olarak önemli anılarını yeniden ele geçiren, depolayan ve kaydeden beyin mekanizması, aynı olayla ilgili bilinçli anılar ve bilişleri işleyen mekanizmadan farklıdır. Amigdala, duygusal anıları, hippokampus ve neokorteks bilişsel anıları depolar. Duygusal tepkiler, düşünme, mantık ve bilinç gibi beynin daha yüksek işleyici sistemlerinin katılımı olmadan meydana gelebilir.

Amigdala Sisteminin Karakteristikleri

LeDoux'a göre amigdala sistemi, daha üst korteksler ve hipokampal sistemden onu ayıracak bir takım niteliklere sahiptir.

- *Amigdala sistemi, bilinçdışıdır.* Duygusal reaksiyonlar, uyarıcıların herhangi bir bilinçli kaydı olmadan amigdala içinde biçimlenebilir. Zajonc'un[36] yaklaşık on yıl önceki iddiasına göre duygular bilişler olmadan var olabilirler.[37]

- *Amigdala sistemi, daha hızlıdır.* Tehlike sinyali, hem amigdala hem de kortekse talamus üzerinden gider. Bununla birlikte sinyal, kortekse ulaşmasından daha hızlı bir şekilde amigdalaya ulaşır. Tehlike sinyalini korteks fark edene kadar amigdala zaten tehlikeye tepki vermeye başlamıştır. Zajonc'un iddiasına göre duygular bilişlerden önce varolabilirler.

- *Amigdala sistemi, otomatiktir.* Amigdala sistemi bir kez tehlikeyi tespit etti mi, duygular ve bedensel tepkiler otomatik olarak meydana gelir. Aksine bilişsel süreçlerle ilgili sistemler, otomatik karşılıklara açık bir şekilde bağlı değildir. Bilişsel işlevin ayırt edici özelliği tepki esnekliğidir. Biliş sahibi olur olmaz seçim yaparız.

- *Amigdala sistemindeki duygusal anılar, daimi görünür.* LeDoux şöyle yazmıştır: "Amigdala aracılığıyla kurulan bilinçdışı korku anıları, beynin içersinde kalıcı bir şekilde oluşur. Onlar muhtemelen ömür boyu bizimledir."[38] Asla unutulmayan tehlikeli uyarıcılarda hayati önem vardır. Bu anılar yok olmaya karşı dirençlidir. Sönmüş görünen korkular stres altında genelde kendiliğinden tekrar oluşur. Sönme, koşullu korku tepkilerinin dışavurumunu engeller, fakat altta yatan tepkiler olan anıları silmez. "Sönme ... amigdalanın hafıza panosunun silgisinden çok amigdalanın çıktıları üzerindeki kortikal kontrolü içerir."[39] (Böylece şemaların tamamen iyileştirilemeyeceğini söyleyebiliriz.)

- *Amigdala sistemi, iyi bir ayrım yapmaz.* Amigdala sistemi, travmatik uyarıcılara karşı, koşullu korku tepkilerinin harekete geçmesine yönelik etki eder. Duygusal bellek, amigdalada depolanır, sonra korku reaksiyonunu serbest bırakacak travma sırasında mevcut olanlara çok az benzerlik gösteren uyarıcıyı açığa çıkarır. Amigdala sistemi, dışsal dünyanın ham bir imgesini temin eder oysa korteks daha detaylı ve doğru temsiller sağlar. Bilişsel değerlendirmeye dayalı baskılanan tepkilerden sorumlu kortekstir. Amigdala, tepkileri uyandırır, onları ketlemez.

- *Amigdala sistemi, daha üst korteksiere göre evrimsel olarak daha öncedir.* Birey tehditle karşılaştığında amigdala onlar aracılığıyla çok az değişen ve hayvanlar âleminin genelinin ve belki de daha düşük türlerin bile paylaştığı bir korku tepkisi ateşler. Hipokampüs, beynin evrimsel olarak eski parçalarından biridir, fakat sonra daha geç üst korteks gelişimini içeren neokortekse bağlıdır.

Şema Modeli İmaları

Şema teorisi için bu araştırmanın bazı olası örtülü imalarının üzerinde duralım. Yukarda değindiğimiz gibi Erken Dönem Uyumsuz Şemayı terk edilme, suistimal edilme, ihmal ya da reddedilme gibi çocukluk teması etrafında gelişen anılar, duygular, bedensel duyılar ve bilişler kümesi olarak tanımlıyoruz. Şemanın beyin biyolojisini aşağıdaki gibi kavramsallaş-

tırabiliriz: Amigdala sisteminde depolanan duygular ve bedensel duyular, önceden listelenmiş tüm davranışları taşır. Birey, şemanın gelişimine yol açan çocukluk olaylarını anımsatan uyarıcılarla karşı karşıya geldiğinde olayla ilgili duygular ve bedensel duyular, amigdala sistemi tarafından bilinçdışı şekilde aktive edilir. Eğer birey bunların bilincindeyse duygular ve bedensel duyular bilişlerden daha hızlı bir şekilde aktive olurlar. Duyguların ve bedensel duyuların aktivasyonu otomatiktir ve aktivasyon derecesinin şemanın iyileşmesiyle azalabilmesine rağmen birey yaşamının sürekli bir niteliği olması muhtemeldir. Aksi halde travma ile ilgili bilinçli anılar ve bilişler hipokampal sistemde ve daha üst kortekslerde depolanır.

Travmatik deneyimin duygusal ve bilişsel yönlerinin farklı beyin sistemlerinde konumlandığı gerçeği, şemaların neden basit bilişsel yöntemlerle değiştirilemez olduğunu açıklayabilir. İlgili noktada bir şemanın bilişsel bileşenleri, genelde sonradan gelişir. Duygusal ve bedensel duyular zaten amigdala sistemde depolanır. Pek çok şema sözcük öncesi evrede gelişir: Çocuk dil edinmeden önce onlar meydana gelir. Çocuk şemalar, anılar, duygular ve bedensel duyuların depolandığı çok erken yaşlardeyken sözcük öncesi şemalar var olmaya başlar. Sonradan çocuk sözcüklerle konuşmaya ve düşünmeye başladığında bilişler eklenir. (Burada terapistin rollerinden biri hastanın şema deneyimine sözcükler eklemesine yardım etmektir.) Böylece duygular, pek çok şemayla çalışan bilişler üzerinde öncelik kazanır.

Erken Dönem Uyumsuz Şema tetiklendiğinde birey, duygu ve bedensel duyu yağmuruna tutulur. Birey ana belleğine bu deneyimi bilinçli bir şekilde bağlayabilir ya da bağlayamaz. (Burada, terapistin bir diğer rolü; hastanın çocukluk anılarına duygusal ve bedensel duyularını bağlamasına yardım etmektir.) Anılar, şemanın kalbindedirler fakat imge biçimindeyken bile açık bir şekilde fark edilmezler. Terapist, hastanın bu imgeleri yeniden kurma mücadelesinde duygusal destek sağlar.

Şema Terapi İmaları

Şema terapinin ilk amacı, psikolojik farkındalıktır. Terapist, hastanın şemaları saptamasına ve çocukluk anıları, duyguları, bedensel duyuları, bilişleri ve onlarla ilgili baş etme biçimlerinin farkında olmasına yardım eder. Hastalar şemalarını ve baş etme biçimlerini anlar anlamaz tepkileri üzerinde kontrol kurmaya başlayabilirler. Şemalarına göre özgür iradelerinin kullanımını yükseltebilirler. LeDoux şöyle demiştir:

> Terapi, beyindeki amigdalayı kontrol eden beyin yollarındaki sinaptik potansiyeli yaratmanın yalnızca başka bir biçimidir. Amigdalanın duygusal anıları, gördüğümüz gibi, döngü içerisinde silinmez bir şekilde kalır. Yapabileceğimizi düşündüğümüz en iyi şey, dışavurumları düzenlemektir. Bunu yapmanın yolu amigdalayı kontrol etmek için korteksi anlamaktan geçer.[40]

Bunun ışığında tedavinin amacı, şemalarla ilgili anıları, duyguları, bedensel duyuları, bilişleri ve davranışları zayıflatmaya çalışarak onlar üzerinde bilinçli bir kontrol geliştirmektir.

Erken dönem çocukluk travması, bedenin diğer kısımlarını da etkiler. Primatlar, yükselen plazma kortizol düzeylerini deneyimleyen annelerinden ayrılırlar. Eğer ayrılmalar, tekrarlanıyorsa bu değişiklikler kalıcı olur.[41] Anneden erken ayrılmadan kaynaklı diğer uzun süreli nörobiyolojik değişiklikler, adrenal bezin katekolamin sentezleyen enzimleri[42] ve hipotalınik serotonin salgısında[43] değişikliklere yol açar. Primat araştırması, ayrıca opiyat sisteminin ayrılık anksiyetesini düzenleme ile uğraştığı ve sosyal izolasyonun hassasiyete ve beyin opiyat reseptörlerinin sayısına etki ettiği düşüncesini öne sürmektedir.[44] Açık bir şekilde erken dönem ayrılık deneyimi, psikolojik işlevselliği etkileyecek hatta ömür boyu var olabilecek fiziksel değişikliğe yol açabilir.

ŞEMA İŞLEMLERİ

İki temel şema işlemi, şema devamlılığı ve şemanın iyileşmesidir. Bir şema ile ilgili her düşünce, duygu, davranış ve yaşam deneyiminin ya şemayı *devam ettirdiği* -yani onu karmaşıklaştırıp pekiştirdiğ- ya da *iyileştirdiği* -yani böylece onu zayıflattığı- söylenebilir.

Şema Devamlılığı

Şema devamlılığı, hastanın şemayı sürdürmesini (içsel ve davranışsal olarak) sağlayan her şeyi ifade eder. Devamlılık, şema iyileşmesi yerine şemayı desteklemekle sonuçlanan tüm düşünce, duygu ve davranışları içerir -tümü bireylerin kendini gerçekleştiren kehanetlerdir. Şemalar, üç önemli mekanizma aracılığıyla devamlılık kazanır: Bilişsel çarpıtma, kendilik yıkıcı yaşam örüntüleri/kalıpları, şema baş etme biçimleri (ki bu bir sonraki bölümde daha detaylı bir şekilde ele alınacaktır). Bilişsel çarpıtma nedeniyle birey, şemayı gerçekleyen bilgiyi vurgulayarak ve şemayı yadsıyan bilgiyi küçümseyerek ya da inkâr ederek şemanın pekiştirdiği bir tavır içersinde durumları yanlış algılar. Birey, duygusal olarak şemaya bağlı duyguların önünü kesebilir. Duygu engellendiğinde, şema bilinçli farkındalık düzeyine ulaşamaz. Yani birey, şemayı değiştirmeye ve iyileştirmeye girişemez. Birey davranışsal olarak şemayı iyileştirme olasılığı olan ilişkilerden kaçınırken, kendilik yıkıcı örüntüler, bilinçsizce seçimler, şemayı tetikleyen ve devam ettiren ilişkiler ve durumlarda kalma ile meşguldür. Bireylerarası hastalar, başkalarının olumsuz biçimde tepki vermesine neden olan biçimlerle ilgilenirler böylece şema pekişir.

Vaka Örneği

Martine, annesiyle çocukluk ilişkisinden kaynaklanan kusurluluk şemasına sahiptir. Terapistine "benimle ilgili annemin sevdiği hiçbir şey yoktu" ve "bunun hakkında da yapabileceğim hiçbir şey yoktu. Güzel değildim, çekici ya da popüler değildim, güçlü bir karakterim yoktu, çeşitli biçimlerde nasıl giyineceğimi bilmiyordum. Sahip olduğum tek şey akıllı olduğumdu ve bunun da annem için hiçbir anlamı yoktu" dedi.

Artık Martine, 31 yaşında. Birçok bayan arkadaşı var. Son zamanlarda erkek arkadaşı Johnny, onu kendi arkadaşlarıyla çıkan bayanlarla tanıştırdı. Martine bu kişilerden çok hoşlandı, fakat onlar kendisine hoş davranmalarına rağmen, arkadaşlık kurmayı beceremeyecekmiş gibi hissetmeye başladı. Terapistine "benden hoşlandıklarını düşünmüyorum" dedi. "Onlarlayken gerçekten çok gerginim. Sakinleşemiyorum ve normal olarak ilişki kuramıyorum."

Bilişsel, davranışsal, duygusal ve bireylerarası anlamda Martine, bu kadınlarla birlikteyken şeması, devam etmek için hareket eder. Bilişsel olarak bilgiyi çarpıtır bu nedenle şemayı destekler. Kadınların ona yönelik yaptığı pek çok arkadaşlık davranışını önemsemez ("Onlar sadece Johnny nedeniyle nazikler. Aslında benden hoşlanmıyorlar.") ve hoşlanmadıklarının kanıtı olarak onların yaptığı ve söylediği şeyleri sahte olarak yorumlar. Örneğin, Kadınlardan biri olan Robin'in, Martine'e yakındaki düğününde nedime olmayı teklif etmediğinde, Robin'i nedime adaylığı ihtimali için çok kısa bir süredir tanıyor olsa bile Martine, Robin'in ondan nefret ettiği sonucunu çıkarmaktadır. Duygusal bir şekilde Martine, çocukluk dönemi şema tetikleyicilerine az da olsa benzeyen olaylara güçlü duygusal tepkiler gösterir. Ne kadar önemsiz olursa olsun herhangi bir ret algıladığında aşırı derecede üzüntü hisseder. Robin, ona nedime olmayı teklif etmediğinde Martine tamamen değersiz ve mahcup hissetmiştir. Terapistine "kendimden nefret ediyorum" dedi.

Martine, annesiyle olan çocukluk ilişkilerini tekrarlamaya uygun ilişkilere yönelmektedir. Kadın grubu içersinde Martine, aktif bir şekilde memnuniyet ve eleştirelliği en katı olan birinin arkadaşlığını arar. Martine, ona yönelik olarak bir ço-

cuk gibi annesiyle yaptıklarına benzer, uyumlu ve özür diler tarzda davranır.

Karakterolojik problemlere sahip hemen hemen tüm hastalar, kendilik yıkıcı biçimlerde çocukluklarından gelen olumsuz örüntüleri tekrarlarlar. Kronolojik ve yaygın şekilde şemaları devam ettirecek düşünceler, duygular, davranışlar ve ilişkili araçlarla meşgul olurlar. Böyle yaparak, onlara oldukça zarar veren koşulları erişkin yaşamlarında farkında olmadan canlı tutarlar.

Şemanın İyileşmesi

Şema iyileşmesi, şema terapinin en temel amacıdır. Şema bir anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişler grubu olduğundan şema iyileşmesi, aşağıda sıralananların azalmasını içerir: Şemaya bağlı anıların şiddeti, şemanın duygusal değişimi, bedensel duyuların gücü, uyumsuz bilişler. Şemanın iyileşmesi, hastalar uyumlu davranış örüntüleriyle uyumsuz baş etme biçimlerinin yerini değiştirmeyi öğrendikleri için, davranış değişimini de içerir. Tedavi bu şekilde bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahaleleri içerir. Şema, iyileştiğinde harekete geçmesi gittikçe zorlaşacaktır. Aktive olduğunda ise deneyim, daha az baskındır ve hasta daha çabuk iyileşir.

Şemanın iyileşme süreci genelde çetin ve uzundur. Şemaların değişmesi zordur. Benlik ve dünya ile ilgili kanaatlere sağlam bir şekilde yerleşirler ve çok genç yaşta öğrenilirler. Genelde hastanın tüm bildiği bunlardır. Yıkıcı olabilmelerine rağmen şemalar, hastaya öngörülebilirlik ve güvenlik duygusu sağlar. Hastalar, şemaların kimlik duygusunun merkezinde olmasından dolayı, şemaları bırakmaya direnirler. Bir şemayı bırakmak altüst edicidir. Tüm dünya devrilir. Bunun ışığında terapiye direnme, kendini korumanın bir biçimidir, iç tutarlılık ve kontrol duygusunu elde tutma girişimidir. Bir şemadan vazgeçmek, insanların kim olduğu ve dünyanın neye benzediği bilgisinden vazgeçmektir.

Şemanın iyileşmesi, şemayla karşı karşıya gelme ve onunla mücadele etme kararlılığı gerektirir. Disiplin ve sıkı çalışma ister. Hastalar sistematik bir şekilde şemayı gözlemlemeli ve her gün değiştirmeye çalışmalıdır. Düzeltilmedikçe, şema kendini devam ettirecektir. Terapi, şemaya savaş ilan etmek gibidir. Terapist ve hasta, şemayı yenmek amacıyla bir ittifak kurarlar. Bu amaç, genelde gerçekleştirilemez bir düşüncedir, bununla birlikte; pek çok şema asla tümüyle iyileşmez, çünkü onlarla ilgili anılar yok edilemez.

Şemalar, asla bütünüyle yok olmaz. Daha ziyade iyileştiğinde, daha az sıklıkta aktive olurlar ve ilgili etki daha az şiddetli olur ve uzun sürmez. Hastalar, sağlıklı durumdaki şemaların tetiklenmesine tepki verirler. Daha sevecen eş ve arkadaşlar seçerler, kendilerini daha olumlu bir biçimde görürler. Bu bölümün sonraki kısmında şemaları iyileştirmeye nasıl başlayacağımızın genel bir bakışını vereceğiz.

Uyumsuz Baş Etme Biçimleri ve Tepkiler

Hastalar, şemalara uyması için yaşamlarının erken dönemlerinde uyumsuz baş etme biçimleri ve tepkiler geliştirir ve bu nedenle genelde şemaların oluşturduğu şiddetli ve baskın duyguları yaşamak zorunda değillerdir. Hatırlamak önemlidir, buna ek olarak bazen baş etme biçimleri hastanın şemadan kaçınmasına yardım etmesine rağmen iyileştirici değillerdir. Böylelikle tüm uyumsuz baş etme biçimleri, şemanın devamlılık sürecindeki ögeler olarak vazife görürler.

Şema terapi, şemanın kendisi ve bireyin şemayla baş etmek için uyguladığı strateji arasında farklılaşır. Bu nedenle modelimizde şemanın kendisi anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişleri içerir, fakat bireyin davranışsal tepkilerini içermez. *Davranış, şemanın bir parçası değildir, baş etme tepkisinin parçasıdır*. Şema, davranışı yönetir. Başlıca baş etme tepkileri davranışsal olmasına rağmen hastalar, bilişsel ve duygusal strateji-

ler aracılığıyla baş eder. Baş etme biçimi, biliş, duygu ve davranış aracılığıyla belirse de belirmese de bu, şemanın bir parçası olduğunu göstermez.

Şemaları, baş etme biçimlerinden ayırmamızın nedeni, her hastanın baş etmek için aynı şemayla yaşamlarının faklı düzeylerinde farklı ortamlarda farklı baş etme biçimlerini kullanmasıdır. Şemanın kendisi böyleyken şemaya karşı verilen baş etme biçimleri zamanla bireyin istikrarlı olması için gerekli değildir. Dahası farklı hastalar, baş etme için kullandıkları aynı şemayla karşıt olsa bile oldukça değişken davranışlar kullanırlar.

Örneğin, farklı mekanizmalarla Kusurluluk şemasına karşı mücadele eden tipik üç hastayı ele alalım. Üçü de kusurlu hissetmesine rağmen, biri eleştirel partnerler ve arkadaşlar aramakta, diğeri biriyle yakınlaşmaktan kaçınmakta ve üçüncüsü de başkalarına yönelik eleştirel ve üstünlük davranışları göstermektedir. O halde baş etme davranışı, şemaya özgü değildir.

Üç Uyumsuz Baş Etme Biçimi

Tüm organizmalar, tehdide üç temel tepki gösterirler: Savaş, kaçış, hareketsiz kalma. Bunlar, şemanın üç baş etme biçimi olan *aşırı telafi*, *kaçınma* ve *teslim olma*ya tekabül eder. Geniş anlamda savaşmak, aşırı telafi; kaçma, kaçınma ve hareketsiz kalma, teslim olmadır.

Çocukluk bağlamında Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, bir tehdidin varlığında belirir. Tehdit, çocuğun çekirdek ihtiyaçlarından (güvenli bağlanma, özerklik, özgürce kendini ifade etme, kendiliğindenlik ve oyun ya da gerçekçi sınırlar) birinin engellenmesidir. Tehdit, ayrıca şemanın serbest bıraktığı yoğun duyguların korkusunu da içerir. Tehditle yüzyüze gelgiğinde çocuk, bu üç baş etme tepkisinin bazı kombinasyonlarıyla tepki verebilir: Çocuk, teslim olur, kaçınır ve aşırı şekilde telafiye çalışır. Üç baş etme biçimi genelde farkındalık dışı işler -yani bilinçdışıdır. Herhangi bir durumda çocuk, muhtemelen onlardan yalnızca birini kullanacaktır fakat çocuk farklı şemalarla ya da farklı ortamlarda farklı baş etme biçimleri sergiler. (Bu üç biçimi aşağıda açıklıyoruz.)

Bu nedenle şemanın tetikleyicisi, bir baş etme biçimiyle bireyin tepki verdiği tehdittir -çekirdek duygusal ihtiyacın engellemesi ve beraberindeki duygular-. Bu baş etme biçimleri, genellikle çocuklukta uyumlayıcıdır ve sağlıklı hayatta kalma mekanizmaları olarak görülebilir. Fakat koşullar değiştiğinde ve birey gelecek vaat eden daha fazla seçeneğe sahip olduğunda bile baş etme biçimlerinin şemayı devam ettirmesi nedeniyle, çocuk büyüdüğünde uyumsuz olurlar. Uyumsuz baş etme biçimleri, eninde sonunda hastaları şemalara mahkum eder.

Şemaya Teslim Olma

Hastalar, şemaya teslim olduklarında ona uyum sağlarlar. Hastalar ondan kaçınmaya ya da onunla savaşmaya çalışmazlar. Şemanın gerçek olduğunu kabul ederler. Şemanın duygusal acısını doğrudan hissederler. Şemayı onaylayan biçimlerde hareket ederler. Yaptıklarının farkında olmadan şema-yönelimli örüntüleri tekrarlarlar, erişkin olduklarında şemayı yaratan çocukluk deneyimini tekrar yaşamaya devam ederler. Şema tetikleyicileri ile karşı karşıya geldiklerinde duygusal tepkileri orantısızdır, duyguları bütünüyle ve bilinçli yaşarlar. Davranışsal olarak "incitici ebeveynlerin" davrandığı gibi davranma olasılığı en fazla olan partnerler seçerler -Natalie gibi önceden tanımladığımız depresyonlu hasta, duygusallıktan yoksun kocası Paul'ü seçer. Çoğunlukla şemayı sürekli kılan pasif ve itaatkar biçimde, bu partnerlerle ilgilenirler. Terapi ilişkisinde bu hastalar, "çocuk" rolündeki kendileri ve "incitici ebeveyn" rolündeki terapistle birlikte şemayı bitirebilirler.

Şemadan Kaçınma

Hastalar, baş etme biçimi olarak kaçınmayı kullandıklarında yaşamlarını düzenlemeye çalışırlar ve böylece şema asla aktive olmaz. Şema hiç var olmamış gibi farkında olmadan yaşamaya çalışırlar. Şema hakkında düşünmekten kaçınırlar. Şemayı tetikleme olasılığı olan düşünceleri ve imgeleri engellerler. Bu tür düşünceler ve imgeler belirdiğinde dikkati dağıtırlar ya da akıllarından çıkartırlar. Şemayı hissetmekten kaçınırlar. Duygular yüzeye çıktığında refleksif olarak onları geri dönmeye zorlarlar. Aşırı derece içerler, uyuşturucu kullanabilirler, rastgele cinsel ilişkide bulunurlar, aşırı yemek yerler, zorlayıcı bir şekilde temizlik yaparlar, uyarım ararlar ya da işkolik olabilirler. Başkalarıyla etkileşime girdiklerinde mükemmel derecede normal görünebilirler. Samimi ilişkiler ve çalışma rekabeti gibi şemayı tetikleyebilecek durumlardan kaçınırlar. Pek çok hasta incinebilir/hassas hissettiği tüm yaşam alanlarından uzak durur. Genelde terapi ile uğraşmaktan kaçınırlar. Örneğin, bu hastalar ev ödevlerini tamamlamayı unutabilirler, duygularını ifade etmekten sakınabilirler, sadece yüzeysel konuları kaldırabilirler, seanslara geç kalırlar ya da zamanından erken çıkarlar.

Şemayı Aşırı Telafi (Ödünleme)

Hastalar aşırı telafide bulunurlarsa, şema karşıtlığı sanki doğruymuş gibi düşünerek, hissederek, hareket ederek ve bağlantı kurarak şemayla savaşırlar. Şema elde edildiğinde çocukkenki hallerinden mümkün olduğu kadar farklı olmaya gayret ederler. Eğer çocukken değersiz hissederlerse erişkin olduklarında mükemmel olmaya çalışırlar. Çocukken boyun eğiciyseler sonra erişkinlik döneminde herkese karşı gelirler. Çocukken kontrol edilmişlerse yetişkinken etki altında olmanın tüm biçimlerini reddederler ve başkalarını kontrol ederler. Suistimal edilmişlerse, başkalarını suistimal ederler. Şema ile yüzyüze geldiklerinde karşı saldırıda bulunurlar. Görünüşte

kendine güvenen ve kendinden emindirler, fakat alttan alta patlama tehlikesindeki şemanın baskısı altındadırlar.

Aşırı telafi, ne yazık ki çizgiyi aşmış şemaya sağlıklı bir karşı koyma girişimi olarak görülebilir bu yüzden şema iyileşmek yerine devam eder. Pek çok "aşırı telafi edici" sağlıklı görünür. Gerçekte toplumda takdir gören pek çok kişi - medya starları, politik liderler, zengin işadamları- genelde aşırı telafi edicidir. Davranış duruma orantılı olduğu ve başkalarının duygularını hesaba kattığı sürece şemaya karşı koymak sağlıklıdır ve davranışın arzu edilebilir bir sonuca götürmesi beklenebilir. Fakat aşırı telaficiler, karşı saldırı içinde takılır kalırlar. Davranışları, genelde aşırı, düşüncesiz ya da verimsizdir.

Örneğin; boyun eğici hastaların yaşamlarını daha da kontrol etmeye çabalamaları sağlıklıdır. Fakat aşırı telafi ettiklerinde çok kontrolcü ve otoriter olurlar ve başkalarından uzaklaşırlar. Boyun Eğiciliği olan aşırı telafici/ödünleyici hasta, böyle yapması daha sağlıklı olduğunda bile başkalarının liderliğine izin vermez. Benzer şekilde duygusal olarak yoksun olan bir hastanın duygusal desteği başkalarından talep etmesi sağlıklıdır, fakat duygusal yoksunluğu olan aşırı telafici hasta daha ileri gidip talepkar olur, hak görmeci hisseder.

Aşırı telafi, gelişir çünkü şema acısına bir alternatif sunar. Hastanın geliştiğini hissetmesi çaresizlik ve incinebilirlik duygusundan kaçış anlamına gelir. Örneğin narsisistik aşırı telafi, genellikle hastaların duygusal yoksunluk ve kusurluluk çekirdek duyguları ile baş etmesine yardım eder. İhmal edilmişlik ve aşağılık duygularından çok bu hastalar, özel ve üstün hissedebilirler. Bununla birlikte dış dünyada başarılı olabilmelerine rağmen narsisistik hastalar genelde kendi içlerinde huzurlu değillerdir. Aşırı telafi, onları izole eder ve sonunda mutsuz halè getirir. Aşırı telafiye ve ne pahasına olursa olsun diğer insanlardan uzaklaşmaya devam ederler. Böyle yaparak başkalarıyla derinden bağ kurma yeteneklerini kaybederler. Gerçek

samimiyetlerini kaybettikleri mükemmel görünüme çok yatırım yaparlar. Dahası ne kadar mükemmel olurlarsa olsunlar er geç bazı şeyleri beceremeyeyle sınırlıdırlar ve ender olarak yenilgiyi nasıl idare edeceklerini bilirler. Kendi hataları için sorumluluk almada ya da sınırlamaları kabullenmede başarısızdırlar, o nedenle hatalarından ders çıkarma problemleri vardır. Ağır yenilgileri başarılı bir şekilde atlattıklarında çöküşleri aşırı telafi edebilirler ve genelde kliniksel bunalıma girerek telafi edememezlik yaşarlar. Aşırı telafi başarısız olduğunda temeldeki şemalar, muazzam duygusal güçleriyle kendilerini tekrar öne sürer.

Mizacın, bireylerin diğerleri yerine neden belirli baş etme biçimleri geliştirdiğini belirlemedeki temel faktörlerden biri olduğunu varsayıyoruz. Gerçekte mizaç hastaların şemalarını belirlemek yerine muhtemelen baş etme biçimlerini belirlemede daha büyük bir rol oynamaktadır. Örneğin agresif mizaca sahip bireylerin aşırı telafi olasılığı daha fazlayken pasif mizaca sahip bireylerin muhtemelen teslim olma ya da kaçınma olasılıkları daha fazladır. Hastaların bir baş etme biçimi benimsemesinin nedenini açıklamadaki diğer faktör, seçici içselleştirme ya da modellemedir. Çocuklar genelde özdeşleştirdikleri ebeveynin baş etme davranışını model alırlar.

Baş etme biçimlerini 5. bölümde ayrıntılarıyla işleyeceğiz.

Baş Etme Tepkileri

Baş etme *tepkileri*, üç genel baş etme biçiminin dışa vurulmasıyla oluşan *belirli* davranışlar ya da stratejilerdir. Bunlar, bireyin davranışsal repertuarındaki tehdide verilen tüm tepkileri içerir -hastanın teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi gösterdiği benzersiz, tüm tuhaf biçimler. Birey, belirli baş etme tepkilerini alışkanlık olarak benimsediklerinde sonradan bunlar "baş etme biçimlerine" katılırlar. O halde baş etme tepkisi bir durumken baş etme biçimi bir özelliktir. Baş etme biçimi, bireyin kaçınma, teslim olma ya da aşırı telafiyi karakteristik bir şekilde kullandığı baş etme tepkilerinin bir derlemesidir. Baş etme tepkisi, bireyin çok kısa bir sürede sergilediği belirli bir davranıştır (ya da stratejidir). Örneğin terk edilme şemasının tetiklendiği herhangi bir durumda bazı kaçınma biçimlerini kullanan bir erkek hastayı ele alalım. Kız arkadaşı onu ayrılmakla tehdit ettiğinde, evine dönüp bayılana kadar bira içmiştir. Bu örnekte kaçınma, hastanın terk edilme için baş etme *biçimi*dir. Bira içme, kız arkadaşıyla olan durumunda baş etme *tepkisi*dir. (Bu ayrımı şema modları üzerine olan ileriki bölümde daha ayrıntılı bir şekilde ele alacağız.)

Tablo 1.1'de her şema için bazı uyumsuz baş etme tepkisi örnekleri listelenmiştir. Bazı hastalar, baş etme tepkilerinin ve biçimlerinin bir bileşimini kullanırlar. Bazen de teslim olurlar, bazen kaçınırlar ve bazen de aşırı telafide bulunurlar.

Şemalar, Baş Etme Tepkileri ve Eksen II Tanıları

DSM-IV içindeki Eksen II tanı sisteminin, ciddi şekilde kusurlu olduğuna inanıyoruz. Başka bir yerde[45] pek çok kategori için düşük güvenirlilik, geçerlilik ve katagoriler arasında kabul edilemez örtüşme düzeyi içeren sınırlamalarını yeniden gözden geçirmiştik. Bununla birlikte bu bölümde Eksen II sistemindeki daha temel kavramsal kusurlar olarak gördüklerimizi vurguluyoruz. Gözlenebilir davranışlara dayalı kriterler oluşturmak için geliştiricilerin Eksen I'i Eksen II bozukluklarından ayıran özü kaybettiklerine ve bunun da kronik bozuklukları tedavi etmeyi zorlaştırdığına inanıyoruz.

Modelimize göre iç şemalar, kişilik bozukluklarının özünde yatmaktadır ve DSM-IV'teki davranış örüntüleri, öncelikle çekirdek şemalara tepkidirler. Baskı altındayken şemaların iyileşmesi, hastalarla karakterolojik düzeyde çalışmanın temel amacı olması gerekir. Uyumsuz baş etme tepkilerini kalıcı bir şekilde yok etme, onları yöneten şemaların değişimi olmadan neredeyse imkânsızdır. Ayrıca baş etme davranışlarının şemalar kadar stabil olmadığından -onlar şema, yaşam ortamı ve hastanın yaşam düzeyine bağlı değişirler- hastanın semptom-

ları (ve tanılar), kişi onları değiştirmeye çabalarken yer değişiyor olduğu görülecektir.

Pek çok DSM-IV kategorisi için baş etme davranışları, kişilik bozukluğudur. Birçok tanı kriteri, baş etme tepkileri listesidir. Aksine şema modeli, hem şemalar hem de baş etme tepkileri açısından kronik, yaygın karakterolojik modelleri açıklar: şemalar ve baş etme tepkileri, erken çocukluk dönemindeki temellerle ilişkilidir ve tedavi için doğrudan ve açık imalar sağlar. Bundan başka her hastanın, çeşitli şemalar ve baş etme tepkilerini içeren belirli bir profile sahip olduğu görünür. Her biri tek bir Eksen II kategorisi yerine farklı güç (boyutsal) düzeylerinde sunulur.

ŞEMA MODLARI

Şema modları kavramı, muhtemelen şema terapinin açıklanması en zor kısmıdır. Çünkü pek çok unsuru kapsar. Şema modları, tümünü deneyimlediğimiz anlık duygusal durumlar ve uyumlu, uyumsuz baş etme tepkileridir. Çoğu kez şema modlarımız, aşırı hassasiyet (duygusal butonlarımız) gösterdiğimiz yaşam durumlarına göre tetiklenir. Diğer şema yapılarından farklı olarak bizler aktif bir şekilde hem uyumlu hem uyumsuz modlarla çalışmaya ilgi gösteriyoruz. Gerçekte hastaların şema iyileşme faaliyetinin parçası olarak işlevsiz moddan sağlıklı moda geçmesine yardım etmeye çalışıyoruz.

Zamanın herhangi bir anında şema ya da şema faaliyetlerinin bazıları hayattaki olaylarla aktive olup mevcut hal ve davranışlarımızda baskın olurken, (baş etme tepkilerini içeren) bazıları da hareketsiz ya da cansızdır. Bizim zamanın herhangi bir anında içinde olduğumuz baskın hali "şema modumuz" olarak adlandırıyoruz. "Geçiş" terimini modların değişmesinden bahsederken kullanıyoruz. Söylediğimiz gibi bu durum uyumlu ya da uyumsuz olabilir. Hepimiz zamanla moddan moda geçeriz. O nedenle bir mod şu soruyu cevaplar: "Hasta

zamanın bu anında, hangi şema ya da şema faaliyet grubunu göstermektedir?"

Yeniden gözden geçirdiğimiz şema modu tanımını şudur: "birey için o anda aktif olan şemalar ya da uyumlu-uyumsuz şema faaliyetleridir." *İşlevsiz* şema modu, belirli uyumsuz şema ya da baş etme tepkileri, benimsenen ve bireyin işleyişini kontrol eden sıkıntılı duygular, kaçınma tepkileri ya da kendilik yıkıcı davranışlar içinde patladığında aktif hale gelir. Birey, işlevsiz (disfonksiyonel) şema modundan diğerine geçebilir. Bu geçiş meydana geldiğinde farklı şemalar ya da baş etme tepkileri önceden cansızken aktive olurlar.

TABLO 1.1 Uyumsuz Baş Etme Tepkilerinin Örnekleri

Erken Dönem Uyumsuz Şema	Teslim Olma Örnekleri	Kaçınma Örnekleri	Aşırı Telafi Örnekleri
Terk Edilme/ İstikrarsızlık	İlişkide karar veremeyen ve ilişkide kalan partnerleri seçer	Yakın ilişkilerden kaçınır; yalnız kaldığında çok içer	Partneri uzaklaştırmak için bağlanır ve baskı altına alır; her küçük ayrılma için partnere şiddetle saldırır
Güvensizlik/ Suistimal Edilme	İstismarcı partner seçer ve istismara müsaade eder	İncinebilir olmaktan ve birisine güvenmekten kaçınır; sır saklar	Başkalarını kullanır ve istismar eder (onlar seni ele geçirmeden önce sen onları ele geçir)
Duygusal Yoksunluk	Duygusal olarak baskıcı partner seçer ve ihtiyaçların karşılanmasını onlardan beklemez	Tamamıyla yakın ilişkilerden kaçınır	Partnerleri ve yakın arkadaşlarına duygusal olarak talepkar davranır
Kusurluluk/ Utanç	Eleştirel ve reddedici arkadaşlar seçer ve kendini küçültür	Gerçek duygu ve düşüncelerini ifade etmekten ve başkalarının yakınlaşmasından kaçınır	Mükemmel gibi görünürken başkalarını eleştirir ve reddeder
Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma	Sosyal toplantılarda benzerlikler yerine özellikle farklılıklara odaklanır	Sosyal ortamlardan ve gruplardan kaçınır	Gruplara girmek için bukalemun olur

Bağımlılık/ Yetersizlik	Tüm verdikleri önemli mali kararları başkalarına (ebeveyn, eş) sorar	Araba sürmeyi öğrenmek gibi yeni mücadelelere girişmekten kaçınır	Kimseden hiçbir şey istemeyen kendine güvenen biri olur (karşı bağımlı)
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	Gazetelerdeki felaketleri obsesif bir şekilde okur ve günlük yaşamda onları bekler	Tümüyle güvenli görünmeyen yerlere gitmekten kaçınır	Tehlikeye aldırış etmeden pervasızca hareket eder (karşı fobik)
Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik	Yetişkinken bile anneye her şeyi söyler, partner sayesinde yaşar	Yakınlıktan kaçınır, bağımsız kalır	Önem verdiği kişilere her şekilde karşı olmaya çalışır
Başarısızlık	İsteksiz ya da gelişigüzel bir tavırda görevleri yapar	İş zorluklarından tamamen kaçınır; işleri ağırdan alır	Durmadan kendisini zorlayarak "aşırı başarılı" olur
Hak Görme/ Büyüklenmecilik	Kendi yoluna giren başkalarına zorbalık eder, kendi becerileri hakkında övünür	Üstün değil, vasat olduğu durumlardan kaçınır	Aşırı bir şekilde başkalarının ihtiyaçlarıyla ilgilenir
Yetersiz Özdenetim/ Özdisiplin	Rutin işleri kolaylıkla bırakır	Sorumluluk almaktan ve görevlendirilmekten kaçınır	Aşırı özdenetimli ya da öz disiplinli olur
Boyun Eğicilik	Diğer bireylerin durumu kontrol etmesine ve karar vermesine izin verir	Diğer bireylerle çatışma gerektirecek durumlardan kaçınır	Otoriteye karşı isyan eder
Kendini Feda	Başkalarına birçok şey verir ve karşılığında hiçbir şey istemez	Verme ve alma gerektiren durumlardan kaçınır	Mümkün olduğunca başkalarına çok şey verir
Onay Arayıcılık/ Tanınma Arayıcılık	Başkalarını etkilemek için hareket eder	Onay isteyenlerle etkileşimden kaçınır	Başkalarının onaylamamasını kışkırtacak biçime girmez, arka planda kalır
Olumsuzluk/ Karamsarlık	Olumsuz üzerine odaklanır, olumluyu inkar eder, sürekli endişe duyar, olası olumsuz sonuçlardan kaçınmak için her çareye başvurur	Kötümser duygular ve mutsuzluğu gizlemek için içer	Aşırı iyimserdir (polyannacılık); hoş olmayan gerçekleri inkâr eder
Duygusal Ketleme	Durgun, duygusal olarak sakin davranışı sürdürür	İnsanlarla tartışacağı ya da duyguları ifade edeceği durumlardan kaçınır	Zoraki ve anormal görülse bile beceriksizce "parti yaşamı" olmasına çabalar
Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiricilik	Mükemmel olma çabasına aşırı derecede zaman harcar	Performansın değerlendirileceği görevler ve durumları geciktirir ya da kaçınır	Standartlarla hiç ilgilenmez -acele dikkatsiz bir tavırda görevlerini yapar
Cezalandırıcılık	Kendine ve başkalarına sert ve cezalandırıcı bir tavırda davranır	Cezalandırılma korkusu için başkalarından kaçınır	Aşırı affedici biçimde davranır

Dissosiye Olmuş Durumlar Olarak İşlevsiz Şema Modları

Farklı bir biçimde baktığımızda işlevsiz şema modu, başka yönlerle tümüyle bütünleşmemiş belirli şemalar ya da şema faaliyetlerini içeren kendiliğin bir yönüdür. Bu bakış açısına göre şema modları, bireyin diğer modlarından belirli şema yönelimli durumun dissosiye olma ya da kopma derecesiyle karakterize edilir. İşlevsiz şema modu, o nedenle diğer kendilik yönlerinden bir dereceye kadar ayrılmış kendilik parçasıdır.

İşlevsiz şema modu, bu belirli modların bulunduğu dissosiyasyon *spektrumundaki* konumu açısından tarif edilebilir. Bireyin eşzamanlı olarak bir moddan fazlasını karıştırabilmesi ya da deneyimleyebilmesinin derecesine göre dissosiyasyon düzeyi daha düşük olur. Genelde şema modunun bu ılımlı biçiminden yalnızlık ya da öfkeli hal gibi normal bir hal değişimi olarak söz etmekteyiz. Dissosiyasyonun en üst düzeyinde dissosiyatif kimlik bozukluğu (ya da çoğul kişilik bozukluğu) olan hastalar bulunur. Bu durumlarda tek moddaki bir hasta başka modların varolduğunu bilemeyebilir, aşırı durumlarda dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olan bir hasta, her mod için farklı bir isim kullanabilir. Dissosiyatif durumlar gibi bu mod kavramını sonra daha derinlemesine ele alacağız.

Şüphesiz ki gelecekte daha fazla modun tespit edilecek olmasına rağmen şu anda 10 şema modunu belirlemiş durumdayız. Modlar dört genel katagoride gruplanırlar: Çocuk modu, İşlevsiz Baş Etme modları, İşlevsiz Ebeveyn modları ve Sağlıklı Yetişkin modları. Bazı modlar uyumsuzken bazıları da birey için sağlıklıdır. Sonraki bölümde bu 10 modu daha ayrıntılı inceleyeceğiz.

Şema terapinin en önemli amaçlarından biri, hastalara Sağlıklı yetişkin modlarını nasıl güçlendireceklerini öğretmektir. Böylelikle işlevsiz modları idare etmeyi, aşmayı, eğitmeyi ya da etkisizleştirmeyi öğrenebilirler.

Mod Kavramının Gelişimi

Şema modu kavramı, bugün pek çok tanısal kategoride uyguluyor olsak bile, aslında borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan hastalarla çalışmamızdan ortaya çıkmıştır. BKB olan hastalara şema modelimizi uygularken yaşadığımız problemlerden biri, sahip oldukları şema sayılarının ve baş etme tepkilerinin hepsiyle, hem hasta hem de terapistin önceden meşgul olmasına zorluyor olmasıydı. Örneğin; BKB olan hastalara YŞÖ verdiğimizde onların, değerlendirilen 16 şemanın neredeyse tümünde yüksek skora ulaşmalarının olağandışı olmadığını gördük. Grup şemalarına birliktelik kazandıracak ve onları daha yönetilebilir hale getirecek farklı bir analiz birimine ihtiyacımız olduğunu fark ettik.

BKB olan hastalar, düzenli olarak aşırı duygulanım durumundan ya da baş etme tepkisinden farklılaşmaları nedeniyle orijinal şema modeli için ayrıca problematikti: Bir an için öfkeli, sonra üzgün, kopuk, kaçınmacı, robotik, korkmuş, dürtüsel ya da kendinden nefret etmeyle dolu olabiliyorlardı. Orijinal modelimiz, öncelikle özellik yapıları üzerine odaklandığından -şema ya da baş etme biçimi- değişen görüngüsel durumları başarılı bir şekilde açıkladığı söylenemez.

Şema terapiyle ilişkili olduğundan bu durum, özellik ayrımı, üzerinde daha fazla ayrıntıya girelim. Bireyin bir şeması olduğunu söylediğimizde şemanın her an aktive olduğunu söylemiyoruz. Daha doğrusu şema, bir anda aktive olabilen ya da olamayan bir özelliktir. Benzer şekilde bireyler, karakteristik baş etme biçimlerine sahiptir ki bunu da belli bir anda kullanabilir ya da kullanamazlar. Bu nedenle asıl davranış modeli, zamanla hastanın işleyişi hakkında bize bilgi verir. Fakat hastanın mevcut durumu hakkında bir şey söylemez. Çünkü BKB olan hastalar, çok değişkendirler. Onların tedavisinde öncelikli kavramsal yapı olarak şema moduyla birlikte davranış modelinden uzaklaşıp durum modeline doğru yönelmeye karar verdik.

Bireysel hastalara dikkatlice baktığımızda şema ve baş etme tepkilerinin benlik kısımları içinde kümelenmeye meyilli olduklarını görürüz. Belirli şema ya da baş etme yanıt kümeleri birlikte tetiklenirler. Örneğin; İncinebilir/hassas Çocuk modunda duygulanım, savunmasız çocuğun duygusudur - kırılgan, korkak ve üzgün. Hasta bu moddayken Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme ve İncinebilirlik şemaları eşzamanlı olarak aktive olabilirler. Öfkeli Çocuk modu, genelde öfke krizleri olan kızgın çocuğun duygulanımıyla görülür. Kopuk Korungan modu, yüksek düzeyli kaçınma ile birleşen duygu yokluğuyla karakterize edilir. Böylece bazı modlar, öncelikle şemaların birleşimi iken bazıları da öncelikli olarak baş etme tepkilerini temsil etmektedir.

Her bir hasta, belli karakteristik şema modları sergiler ki bunlarla şemaların ya da baş etme tepkilerinin karakteristik bir şekilde gruplanmalarını kastetmekteyiz. Benzer şekilde Eksen II tanıları, tipik modlar açısından tanımlanabilir. Örneğin, BKB olan hasta genellikle dört şema modu sergiler ve birinden diğerine hızla geçer. Bir an hasta, şemaların acısını deneyimleyerek Terk Edilmiş Çocuk modundadır, bir sonraki anda öfke ifadesiyle Öfkeli Çocuk moduna geçebilir. Sonra Terk Edilmiş Çocuğu cezalandırarak Cezalandırıcı Ebeveyn

moduna geçebilir ve sonunda duygularını engelleyip kendini korumak için insanlardan ayırarak Kopuk Koruŋgan moduna geri çekilebilir.

Dissosiye Olmuş Durumlar Olarak Modlar

Şema mod kavramının, dissosiyasyon spektrumuyla ilişkili olduğundan kısaca bahsettik. Tanının tartışmalı olduğunu fark etmemize rağmen işlevsiz modların aşırı biçimleri olarak DKB olan hastaların farklı kişiliklerini görmekteyiz. Benliğin farklı kısımları, genelde her biri fark edilmeyen ve farklı isimler, yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, anılar ve fonksiyonlara sahip olabilen ayrı kişiliklere bölünmüştür. Bu hastaların dissosiyatif kimlikleri, ya belirli bir yaşta, genelde şiddetli bir travma deneyimleyen bir çocuk ile çocuğu eleştiren, eziyet eden ya da canını yakan içselleştirilmiş ebeveynden oluşur ya da çocuk modlarını bir şekilde koruyan ya da engelleyen yetişkinvari bir baş etme modudan oluşur. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) içerisindeki dissosiyatif kimliklerin, BKB olan hastaların modlarından temelde derece ve miktar bakımından farklı olduklarına inanıyoruz. Hem çoğul kişilikler hem de borderline modları, ayrılmış olan benliğin parçalarıdır. Fakat borderline modları aynı derecede ayrılmamışlardır. Bundan başka DKB olan hastalar, çoğunlukla her tipte bir moddan fazlasına sahip olduklarından (her farklı yaşta üç İncinebilir Çocuk Modu) BKB hastalarına göre daha çok moda sahiptirler.

Psikolojik olarak sağlıklı bireyler yine de tanınabilir modlara sahiptirler, fakat birleşmiş kimlik duygusu, bozulmamış olarak kalır. Sağlıklı bir birey, koşulların değişmesi karşısında kopuk, öfkeli ya da üzgün hale geçebilir, fakat bu modlar birçok önemli açıdan borderline modlardan farklı olacaklardır. Birincisi; söylediğimiz gibi, normal modlar, borderline modlardan daha az dissosiye olmuştur. Sağlıklı bireyler eşzamanlı biçimde bir moddan daha fazlasını deneyimleyebilirler. Örneğin, bir olay hakkında hem üzgün

hem de mutlu olabilirler, böylelikle "acı-tatlı" duygu ortaya çıkar. Aksine borderline mod üzerine konuşurken, benliğin saf ve şiddetli bir yapıdaki diğer kısımlardan ayrı olan bir parçası olduğuna değinmiştik. Birey, şiddetli bir şekilde korkar veya tümüyle öfkelenir. İkincisi; normal modlar daha az katıdır ve daha fazla esnektir. Ciddi karakterolojik sorunları olan hastaların modlarına göre değişime açıktır. Piaget'in yaklaşımında gerçeklik karşısında uyum göstermeye daha açıktırlar.[46]

Özetlersek modlar, bireyden bireye birçok boyutta değişiklik gösterirler.

Dissosiye olmuş ↔ Bütünleşmiş
Kabul edilmemiş ↔ Kabul edilmiş
Uyumsuz ↔ Uyumlu
Aşırı ↔ Ilımlı
Katı ↔ Esnek
Saf ↔ Karışık

Sağlıklı ve daha zayıf bireylerin arasındaki diğer fark, Sağlıklı Erişkin modunun gücü ve etkinliğinde yatar. Hepimiz Sağlıklı Erişkin moda sahip olmamıza rağmen mod çok güçlüdür ve psikolojik olarak sağlıklı insanlarda daha sık aktive olurlar. Sağlıklı Erişkin modu, işlevsiz modları iyileştirebilir ve yatıştırabilir. Örneğin, psikolojik olarak sağlıklı insanlar öfkelendiğinde kontrolden çıkan öfkeli duygu ve davranışları tutabildikleri Sağlıklı Erişkin moda sahiptirler. Buna karşın BKB olan hastalar, oldukça zayıf Sağlıklı Erişkin moduna sahiptirler. Bu nedenle Öfkeli Çocuk modu tetiklendiğinde karşı ödünleyici güç yoktur. Öfke, hastanın kişiliğine neredeyse tamamen hükmeder.

10 Şema Modu

Şu dört genel kategoride gruplanabilen 10 şema modelini tespit ettik: Çocuk modları, İşlevsiz Baş Etme modları, İşlevsiz Ebeveynlik modları, Sağlıklı Erişkin modu.

Çocuk modlarının doğuştan ve evrensel olduklarına inanıyoruz. Tüm çocuklar onları açığa çıkaracak potensiyelle doğarlar. Biz dört tane çocuk modu tespit ettik: İncinebilir Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk ve Mutlu Çocuk modları. (Bu isimler genel terimlerdir. Aslında terapide bizler, hastalarla işbirliği içersinde mod isimlerini kişiselleştiririz. Örneğin; İncinebilir Çocuk modundan Küçük Ann ya da Terk Edilmiş Carol olarak bahsedebiliriz.)

İncinebilir Çocuk, pek çok çekirdek şema deneyimleyen moddur: Terk Edilmiş Çocuk, Suistimal Edilmiş Çocuk, Yoksun Çocuk, Reddedilmiş Çocuk. Öfkeli Çocuk, giderilmeyen duygusal ihtiyaçlarla ilgili öfkelenen ve sonuçlarına bakmadan kızgınlıkla hareket eden kısımdır. Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk, kendi ve başkaları için olası sonuçlara bakmadan duygularını dışa vurur, arzularıyla hareket eder ve umursamaz bir tavırda anbean doğal eğilimlerini izler. Mutlu Çocuk, çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılandığı moddur.

Üç işlevsiz baş etme modunu tanımladık. Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Korungan ve Aşırı Telafici. Bu üç mod, teslim olma, kaçınma ve aşırı telafinin baş etme biçimlerine karşılıktır. (Tekrarlarsak, modun ismini değiştiriyoruz, böylece hastanın duygu ve davranışlarına uyumlu hale gelmektedir.) Söz Dinleyen Teslimci, bir kez daha başkalarına boyun eğmek zorunda kalan pasif ve aciz çocuk olarak şemaya boyun eğer. Kopuk Korungan, insanlardan kaçınma, öz uyarım, madde kullanımı, duygusal olarak ayrılma ile şemanın acısından psikolojik olarak geri çekilir. Aşırı telaficiler, ya başkalarına kötü davranarak ya da sonunda işlevsizlik sağlayan bir tavırla şemayı çürütme girişiminde aşırı biçimde davranarak karşı koyarlar (örnekler için aşırı telafinin ele alındığı önceki bölüme bakınız). Üç uyumsuz baş etme modu sonunda şemaları devam ettirir.

Şu ana kadar iki işlevsiz ebeveyn modu tespit ettik: Cezalandırıcı Ebeveyn ve Talepkar Ebeveyn. Bu modlarda, hasta

içselleştirilmiş ebeveyn haline gelmektedir. Cezalandırıcı Ebeveyn, "kötü" olduğu için çocuk modlarından birini cezalandırır ve Talepkar Ebeveyn, aşırı yüksek standartları karşılaması için çocuğu sürekli olarak sıkıştırır ve baskı altına alır.

10. Mod daha önce tanımladığımız gibi Sağlıklı Erişkindir. Bu, hastaya, hafifletmeyi, ilgi göstermeyi ya da diğer modları iyileştirmeyi öğreterek terapide güçlendirmeye çabaladığımız moddur.

Şema Değerlendirmesi ve Değişim

Tedavi sürecine bu kısa bakış, şemaların değerlendirilmesi ve değişimindeki adımları göstermektedir. Bu prosedürlerin her biri sonraki bölümlerde detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Tedavinin iki evresi, Değerlendirme ve Eğitim Evresi ile Değişim Evresidir.

Değerlendirme ve Eğitim Evresi

Bu ilk evrede şema terapisti, şemalarını tespit etmesi, çocukluk ve ergenlikteki şemaların kökenini anlaması için hastalara yardım eder. Değerlendirme sürecinde terapist, hastayı şema modeli hakkında eğitir. Hastalar uyumsuz baş etme biçimlerini (teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi) fark etmeyi ve baş etme tepkilerinin şemaların devam etmesini nasıl sağladığını öğrenirler. Ayrıca daha ciddi şekilde zedelenmiş hastaları birincil şema modları üzerine eğitiriz ve bir moddan diğerine nasıl geçtiklerini gözlemlemelerine yardım ederiz. Hastaların hem entelektüel olarak şema faaliyetlerini anlamasını hem de duygusal olarak bu süreçleri deneyimlemesini isteriz.

Değerlendirme, yaşam geçmişine bakışı, çeşitli şema ölçeklerini, öz-izleme görevlerini, duygusal olarak şemaları tetikleyen hayal kurma çalışmalarını içermesiyle çok yönlüdür ve hastaların mevcut problemleriyle ile ilgili çocukluk deneyimleri arasında duygusal bağlantılar kumasına yardım eder. Bu ev-

renin sonuna kadar, terapist ve hasta tam bir şema durum kavramsallaştırması geliştirirler ve terapi-hasta ilişkisinin iyileştirici unsurlarının yanı sıra bilişsel, deneysel ve davranışsal stratejileri çevreleyen şema odaklı tedavi planına karar verirler.

Değişim Evresi

Değişim evresi boyunca terapist, haftadan haftaya hastanın ihtiyaçlarına bağlı olarak bilişsel, deneysel, davranışsal ve bireylerarası stratejileri esnek bir tavırla birleştirir. Şema terapisti, katı bir protokole ya da prosedürler grubuna bağlı değildir.

Bilişsel Teknikler

Hastalar şemaların geçerli olduğuna inandıkları sürece değişemeyeceklerdir; kendilerinin ve başkalarının çarpık görüşlerini sürdürmeye devam edeceklerdir. Hastalar şemaya karşı bir ortam yaratmayı öğrenirler. Rasyonel düzeyde şemanın geçerliliğini çürütürler. Hastalar, yaşamları boyunca şemayı çürüten ve destekleyen kanıtların tümünü sıralarlar ve terapist ile hasta kanıtı değerlendirir.

Çoğu durumda kanıt, şemanın sahte olduğunu gösterecektir. Hasta, doğal olarak kusurlu, beceriksiz ya da başarısız değildir. Şema, propagandanın topluma öğretilmesi gibi öğrenme süreci boyunca, çocukluktaki hastaya öğretilir. Fakat bazen kanıt, şemayı çürütmek için tek başına yeterli olmaz. Örneğin hastalar, işte ya da okulda gerçekten başarısız olabilirler. Ertelemenin ve kaçınmanın bir sonucu olarak, gerekli iş becerilerini geliştiremezler. Eğer şemayla mücadele etmek için yeteri kadar kanıt yoksa o zaman hastalar yaşamlarının bu yönünü değiştirmek için yapabildiklerini değerlendirirler. Örneğin, terapist, başarısızlık beklentisiyle savaşmak için onlara yol gösterebilir, yani onlar etkili iş becerileri öğrenebilirler.

Bu egzersizden sonra terapist ve hasta, birlikte düzenledikleri bir flaş kart üzerinde şemaya karşı durumu özetlerler.

Hastalar bu flaş kartı yanlarında taşırlar ve sık sık özellikle de şema tetikleyicileri ile karşılaştıklarında onları okurlar.

Deneysel Teknikler

Hastalar, şemayla duygusal düzeyde savaşırlar. Hayal kurma ve diyalog gibi deneysel teknikleri kullanarak çocukken meydana gelenler hakkında öfke ve üzüntü ifade ederler. Hayal kurmada onlar, ebeveyn ve diğer önemli çocukluk figürlerine karşı koyarlar. İncinebilir/hassas çocuğu korur ve rahatlatırlar. Hastalar ihtiyaç duydukları ancak çocukken ailelerinden almadıkları hakkında konuşurlar. Şimdiki hayatlarında üzücü durumların imgeleriyle çocukluk imgelerini bağlarlar. Şema ve onun mesajına karşı çıkıp direnerek doğrudan üstüne giderler. Hastalar rol yapma ve hayal kurma aracılığıyla mevcut yaşamlarındaki önemli kişilere cevap vermeye çalışırlar. Bu, duygusal düzeyde şemanın devamlılık döngüsünü kırmak için hastaları güçlendirir.

Davranışsal Örüntü/Kalıp Bozma

Terapist, yeni ve daha uyumlu davranış örüntüleriyle uyumsuz baş etme tepkilerini yer değiştirmek için hastanın davranışsal ev ödevleri hazırlamasına yardım eder. Hasta, belirli partnerleri nasıl seçtiğini ya da hayati kararların şemayı nasıl devam ettirdiğini görmeye ve kendilik yıkıcı eski yaşam örüntülerini bozan daha sağlıklı seçimler yapmaya başlar.

Terapist, hastanın seansta rol yapma ve hayal kurmadaki yeni davranışlarını tekrarlayarak ev ödevi için plan ve hazırlık yapmasına yardım eder. Terapist, hastanın davranışsal değişimi için engel olan şeyleri yenmesine yardımcı olacak flaş kartları ve hayal kurma tekniklerini kullanır. Görevleri bitirdikten sonra hasta öğrendiklerini değerlendirerek terapistle sonuçları tartışır. Yavaş yavaş daha uyumlu örüntüler lehine uyumsuz baş etme biçimlerini bırakır.

Bu işlevsiz davranışların çoğu, gerçekte şemalarla baş etme tepkileridir ve genelde şemanın iyileşmesinin temel engelleri-

dir. Hastalar, değişmek için uyumsuz baş etme biçimlerini bırakmaya razı olmalıdırlar. Örneğin şemaya teslim olmaya devam eden hastalar -yıkıcı ilişkilerinde kalarak ya da kişisel ve iş yaşamlarında sınırlar koymayarak- şemayı devam ettirirler ve terapide önemli bir ilerleme kaydedemezler. Aşırı telaficiler, tedavideki süreci aksatabilir çünkü şemaları kabul etmek ve problemler için sorumluluk almak yerine başkalarını suçlarlar. Ya da şemaları açık bir şekilde tespit etmek ve kendilerine değişim tatbik etmek için aşırı telafiyle -daha sıkı çalışarak, kendilerini geliştirerek, başkalarını etkileyerek- çok meşgul olabilirler.

Kaçınanlar, şemaların acısından kaçtıklarından ilerlemede başarısız olabilirler. Kendi problemlerine, geçmişlerine, ailelerine ya da yaşam örüntülerine odaklanmak için kendilerine izin vermezler. Duygularını keser ya da köreltirler. Bu baş etme biçimi olarak kaçınmayı alt etmek için motivasyon verir. Çünkü kaçınma, kısa vadede ödüllendiricidir. Hastalar rahatsızlığa dayanmak ve uzun dönemde olumsuz sonuçlarla birlikte kendileriyle düzenli olarak uğraşmaya razı olmak durumundadırlar.

Terapist-Hasta İlişkisi

Terapist, terapötik ilişkilerde ortaya çıkan şemaları, baş etme biçimlerini ve modları değerlendirir ve tedavi eder. Terapist-hasta ilişkisi hasta şemalarına kısmi antidot olarak hizmet eder. Hasta, şemalara karşı koyan ve duygusal olarak tatmin edici bir yaşamı kovalayan terapisti "Sağlıklı Erişkin" olarak içselleştirir.

Özellikle şema terapi unsurları, terapi ilişkisinin iki özelliğidir: *Empatik yüzleştirmenin* terapötik tutumu ve *sınırlı yeniden ebeveynlik* kullanımı. Empatik yüzleştirme, terapist, terapiste olan reaksiyonların, şemaların ve baş etme biçimlerinin yansıdığı şekilde işlevsiz ve çarpık olmasını hastalara gösterirken hastalar terapiste karşı yönelmeye başladıklarında hasta şemaları için empati göstermeyi içerir. Sınırlı yeniden ebeveynlik, terapötik ilişkinin uygun sınırları içerisinde, hastaların ihtiyaç duyduğu ancak çocuklukta ebeveynlerinden alamadıkları ihtiyaçlarını sağlamayı içerir. Bu kavramları sonra daha geniş bir şekilde ele alacağız.

Şema Terapi ve Diğer Modeller Arasında Karşılaştırma

Kavramsal yaklaşımın ve tedavi yaklaşımının gelişiminde şema terapistleri, açıklık ve katılım felsefesini benimsemişlerdir. Çalışmalarının, Bilişsel-Davranışçı, Psikodinamik ya da Geştaltçı olarak sınıflandırılmasıyla ilgili küçük bir endişeyle birlikte çözümler arayarak geniş bir ağ oluştururlar. Birincil odak, hastanın önemli biçimde değişiyor olup olmadığıdır. Bu tutum, hem hasta hem de terapistin seansta tartıştıkları, kullandıkları müdahaleler ve onları nasıl uygulayacakları ile ilgili özgürlük hissetmesine katkıda bulunur. Üstelik model, kolaylıkla terapistin kişisel stilini de katar.

Şema terapi, deneme yanılma yoluyla ilerleme duygusundaki eklektik bir terapi değildir. Birleşik bir teoriye dayalıdır. Teori ve stratejiler, yapısal ve sistematik bir model içerisinde kurulmuştur.

Bu kapsayıcı felsefenin bir sonucu olarak şema modeli, bilişsel davranışçı, yapılandırıcı/konstrüktivist, psikodinamik, nesne ilişkileri ve Geştalt yaklaşımı içeren pek çok diğer psikopatoloji ve psikoterapi modeli ile örtüşür. Şema terapi bakış açısı, diğer modelleri kesiştirmesine rağmen şema modeli, önemli hususlarda farklılaşır. Şema teori, birçok psikoloji okuluyla benzer kavramlar içermesine rağmen hiçbir okul şema terapiyle tümden örtüşmez.

Bu bölümde şema terapi ile Beck'in son bilişsel terapi formülleri arasında bazı en önemli benzerlikler ve farklılıkların altını çizeceğiz. Ayrıca şema terapiyle önemli biçimlerde kesişen diğer terapi yaklaşımlarına kısaca değineceğiz.

Beck'in "Yeniden Formülleştirilmiş" Modeli

Beck ve çalışma arkadaşları,[47] kişilik bozukluklarını tedavi etmek için bilişsel terapiyi gözden geçirmiştir. Kişilik "sosyal, motivasyonal ve bilişsel duygulanım faaliyetlerinin belirli örüntüleri" olarak tanımlanmıştır.[48] Kişilik, davranışlar, düşünce faaliyetleri, duygusal tepkiler ve motivasyonal ihtiyaçları kapsar.

Kişilik, "idiosenkretik yapılar" ya da temel kişilik unsurlarını oluşturan şemalarla belirlenir. Alford ve Beck şema kavramının "belirli psikoterapötik yaklaşımların bütünleşmesine olanak sağlayacak ortak bir dil temin ettiğini" söyler.[49] Beck'in modeline göre "çekirdek inanç", şemanın anlamı, ya da bilişsel içeriğini sunmaktadır.

Beck ayrıca kendi *mod* kavramını ayrıntılandırır.[50] Mod, bilişsel, duygusal, motivasyonel ve davranışsal unsurların bütünleşmiş ağıdır. Mod, pek çok bilişsel şemayı kapsar. Bu modlar, şiddetli psikolojik reaksiyonlar içerisindeki bireyleri harekete geçirir ve özel amaçları elde etmeye doğru yönelir. Şemalar gibi modlar da aslında otomatiktir ve ayrıca aktivasyon gerektirir. İlgili stres etkenine maruz kalan bilişsel incinebilirliği olan bireyler, modla alakalı semptomlar geliştirebilirler.

Beck'in bakış açısına göre modlar, anıları, problem çözme stratejilerini, imgeleri ve dili kapsayan şemalardan meydana gelirler. Modlar, "yırtıcılardan korunmak gibi hayatta kalma becerilerinin temel kategorilerini uygulamak için programlanmış stratejileri" aktive eder.[51] Belirli bir modun aktivasyonu, bireylerin genetik yapısından ve kültürel sosyal anlayışlardan elde edilir.

Beck[52] "şema tetiklendiğinde karşılık gelen modun aktive olması gereklilik değildir" şeklindeki açıklamasını daha ileri götürür. Şemanın bilişsel bileşenleri tetiklense bile karşılık gelen duygusal, motivasyonel ya da davranışsal bileşenleri göremeyebiliriz.

Tedavide hasta, modlarla çelişen bir tavır içersindeki tetikleyici olayları yeniden yorumlayıp modları çalışmaz hale getirmek için bilinçli kontrol sistemi kullanmayı öğrenir. Hatta modlar değiştirilebilirler.

Bilişsel terapi literatürüne geniş bir bakıştan sonra Beck'in şema ve modların değişim tekniklerinin, standart bilişsel terapide tanımlanandan nasıl farklı oldukları üzerinde -genel şartlar dışında- ayrıntılara girmediğini gördük. Alford ve Beck terapötik ilişkinin değişim için geçeli bir mekanizma olduğunu ve hatta yapısal hayal kurma çalışmasının "deneysellikle doğrudan (otomatik sistem) [kendi ortalamasında, daha çok fantezi olan]" ilişki kurarak bilişsel yapıları değiştirebileceğini kabul eder.[53] Fakat şema ya da modlar için detaylı ve farklı değişim stratejileri bulamamaktayız.

Sonunda Beck[54] hastaların bilişsel ve davranışsal *stratejilerini* ele almıştır. Bu stratejilerin, baş etme biçimlerinin şema terapi düşüncesine karşılık geldiği görünmektedir. Psikolojik olarak sağlıklı bireyler, uyumlayıcı bilişsel ve davranışsal stratejilerle yaşam durumlarının üstesinden gelirler. Oysa psikolojik olarak zayıf insanlar incinebilir alanları içersinde katı, uyumsuz tepkiler kullanırlar.

Kavramsal olarak, Beck'in yeniden değerlendirdiği bilişsel modelin ve Young'un son şema modeli açıklamasının bu bölümde birçok benzer noktaya sahip olduğu görülmektedir. Her ikisi de kişiliği anlamada iki geniş merkezi yapıyı -şema ve modlar- vurgular. Her iki teori, kişiliğin önemli yönleri olarak biliş, motivasyon, duygu, genetik yapı, baş etme mekanizmaları ve kültürel etkileri kapsar. Her iki model kişiliğin bilinçli ve bilinçsiz yönlerine odaklanma ihtiyacı duyar.

İki teorik model arasındaki fark çok küçüktür ve genelde tartışmanın temel alanlarında değil vurgulamadaki farklılıklara yansır. Young'ın Erken Dönem Uyumsuz Şema kavramı,

Beck'in de tanımladığı gibi[55] hem şema hem mod unsurlarını içerir. Young, şema aktivasyonunu duygusal, motivasyonel ve davranışsal bileşenleri kapsayacak biçiminde tanımlar. Beck'in ele aldığı şemanın yapısı ve içeriğinin her ikisi de, Young'un şema tanımlamasına dahil edilir.

Mod aktivasyonu, Young'un şema aktivasyonu kavramına benzerdir. Beck'in şemaları modlardan ayrıştırma[56] nedeni açık değildir, bu terimler onun tanımlamasına bağlıdır. Bizim görüşümüzde onun mod kavramı, şema elementlerini içine alacak bir şeklide (ya da tam tersi) kolaylıkla genişletilebilir. Muhtemelen Beck, modların hayatı sürdürmek için evrimsel mekanizmaları olduğunu vurgulamak maksadıyla şemaları modlardan farklılaştırmak istiyordu. Beck'in yeniden gözden geçirdiği modeldeki şema kavramı kendi orijinal bilişsel modeline yakın durur[57] ve böylece otomatik düşünceler ve çekirdek inançlar gibi diğer bilişsel yapılarla daha yakından ilgilidir.

Young'un şema modu kavramı, Beck'in "mod" terimi kullanımıyla çok az bağlantılıdır. Beck,[58] hayatta kalma ile bağlantılı ve amaca yönelik olan şiddetli psikolojik reaksiyonları açıklamak için kendi mod yapısını geliştirmiştir. Young, (dayanıklı, tutarlı örüntüler gibi) *özellikler* olarak şemalar ve baş etme biçimleri ile (aktivasyonun ya da etkisizleşmenin değişen örüntüleri şeklindeki) *durumlar* olarak şemalar ve baş etme biçimleri arasında farkı ortaya koymak için mod kavramını geliştirmiştir. Bu bağlamda Young'un şema modu kavramı, Beck'in mod kavramına göre dissosiyasyon ve "ego durumları" kavramları ile daha ilgilidir.

Diğer önemli kavramsal fark, baş etme biçimleri üzerine yapılan göreceli vurgudur. Beck ve diğerlerinin[59] uyumsuz baş etme stratejilerinden bahsetmelerine rağmen Beck, yeni formülünde onları önemli yapılar olarak dahil etmemiştir.[60] Aksine Young'ın modeli şemaların devam etmesinde baş etme biçimlerine merkezi bir rol verir. Şemaya teslim olma, şemadan kaçınma ve şemayı aşırı telafi üzerine olan bu vurgu ve detaylandırma, Beck'in sınırlı ele alışına tam karşıttır.

Diğer önemli fark, şema terapide gelişimsel süreçlere ve çekirdek ihtiyaçlara bilişsel terapiden daha büyük önem verilmesidir. Beck ve çalışma arkadaşları, genelde motivasyonel ihtiyaçların ve çocukluk etkilerinin kişilikte önemli bir rol oynadığını kabul etmelerine rağmen, çekirdek ihtiyaçların ne olduğu ya da belirli çocukluk deneyimlerinin şema ve mod gelişimini nasıl sağladığı konusunu derinleştirememiştir.

Şaşırtıcı olmayacak bir şekilde şema terapinin gelişiminden önce Young'un en önemli etkilenmesi, tedavilerinde birçok örtüşme alanı olan Beck'in bilişsel yaklaşımındandı. Her ikisi de hasta ve terapist arasında yüksek seviyedeki işbirliğini teşvik etmiştir ve terapistin tedavi sürecinde ve seansı yönetirken aktif bir rol almasını savunmuşlardır. Young ve Beck, deneyselliğin bilişsel değişimde önemli bir rol oynadığında hemfikirdirler. Dahası her iki tedavi de, "gerçeklikle" veya hastanın yaşamından deneysel kanıtlarla daha uyumlu olması için hastaları, bilişlerini değiştirmeye -şemalar dahil- teşvik eder. İki yaklaşım da bilişsel ve davranış tekrarlamalarını izlemek gibi benzer şekilde pek çok bilişsel ve davranışsal değişim tekniklerini paylaşır. Her iki yaklaşımda hastalara, otomatik düşünceleri, temelde yatan varsayımları, bilişsel çarpıtmaları, çekirdek inançları değiştirmek için stratejiler öğretilir.

Bilişsel terapiler ve şema terapileri, kendi terapi modelleri hakkında hastanın eğitimine önemle vurgu yaparlar. Böylece hasta denk katılımcı olarak terapötik süreç içerisine getirilir. Terapist, hasta ile birlikte vaka kavramsallaştırmasını paylaşır ve her yaklaşımı detaylandırıp hastanın kendine yardımcı materyali okumasını teşvik eder. Her iki terapide de, seansta öğrendiklerini dışarıdaki hayatta genelleştirmeleri için hastalara yardımcı olacak bir mekanizma olarak ev ödevleri ve kendine yardım görevleri merkezi bir rol oynar. Ayrıca bu bilgi transferini kolaylaştırmak için, şema terapistleri ve bilişsel terapist-

ler, genel bilişsel davranış prensiplerini kendilerine nasıl uygulayacaklarını kavramayı hastalara bırakmak yerine uyumlu bir tavır içersinde seans dışındaki somut yaşam olaylarını idare etmek için pratik stratejiler öğretirler.

Bu benzerliklere rağmen, şema terapileri ve bilişsel terapiler arasında tedavi yaklaşımlarında önemli farklılıklar vardır. Bu farklılıkların çoğu, bilişsel terapi tedavi tekniklerinin aslında Eksen I bozukluklarının semptomlarını azaltmak için geliştirildiği gerçeğinden doğar. Oysa ki şema terapi stratejileri, başlangıçtan beri var olan kişilik bozukluklarına ve ömür boyu süren kronik problemlere odaklanır. Bu, kişilik değişimi ile karşılaştırıldığında semptomların azalması için etkili değişim teknikleri içersinde temel farklılıkların olduğu tecrübesine sahibiz.

Öncelikle şema terapi, "yukarıdan aşağı" yerine "aşağıdan yukarı" başlar. Başka bir deyişle sema terapistleri, çekirdek düzeyde -şemalara- başlar ve bu şemaları aşama aşama otomatik düşünceler ve bilişsel çarptmalar gibi daha ulaşılabilir bilişlere bağlar. Aksine bilişsel terapistler, eğer hasta semptomları azaldığında tedavide kalırsa, otomatik düşünceler gibi yüzeyseviye bilişlerle başlarlar, sonradan çekirdek inanışlara yönelirler.

Şema terapide bu aşağıdan yukarı yaklaşım, mevcut sorunlardan ömür boyu süren örüntülere kadar tedavide önce odağı dramatik bir değişime yöneltir. Üstelik şema terapide zamanın çoğu şemalara, baş etme biçimlerine, modlara ayrılır. Oysa ki bunlar bilişsel terapide genellikle ikincildir. Bu değişime odaklanma ayrıca şema terapistinin seansta daha az yapı ve daha az biçimsel gündem yüklenmesini sağlar. Şema terapisti, geçmiş ile gelecek arasında, bir şemadan diğerine, seans içinde ve seanslar arasında akıcı bir şekilde hareket etme özgürlüğüne ihtiyaç duyar. Buna karşın bilişsel terapide mevcut problemler açık bir şekilde tespit edilir ya da terapist onlardan vazgeçene dek semptomlar grubu devamlı olarak takip edilir.

Bundan başka şemalar ve baş etme biçimleri modelin en merkezinde olduklarından Young, tedavinin büyük bir kısmını biçimlendiren ve temellendiren 18 özgün erken dönem şemayı ve üç grup baş etme biçimini dikkatle hazırladı. Bu şemalar ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir ve her hastanın daha iyi uyum sağlaması için terapide arılaştırılır. Böylece şema terapisti, normal bilişsel değerlendirme teknikleri arasında kaçırabileceği kişilik şema ve baş etme davranışlarının tespitine yardım edecek değerli araçlara sahip olur. Duygusal Yoksunluk şeması, mükemmel bir örnektir ki bunun şema odaklı hayal kurma kullanılarak açılması kolaydır, fakat otomatik düşünceleri sorarak ya da temel varsayımları keşfederek tanınması oldukça zordur.

Bir diğer önemli fark, şema terapideki çocukluk kökenlerine ve ebeveynlik biçimlerine yapılan vurgudur. Bilişsel terapi, çekirdek inanışları da içeren bilişlerin kökeni hakkında belirlilikten yoksundur. Oysa ki şema terapistleri, 18 şemanın her birinde ortak kökenler tespit etmişlerdir ve onları değerlendirmek için bir araç geliştirmişlerdir. Terapistler hastalara bir çocuğun normal ihtiyaçları ile ilgili eğitim vermek ve bu ihtiyaçlar karşılanmadığında olanları açıklamak için bu kökenleri anlatırlar ve hastalar için yararlı olan 18 maddeli listeden çıkan şema hangisi ise bunu çocukluk kökenlerine bağlarlar. Şemalarının kökenleri hakkında hastaları değerlendirmeye ve eğitmeye ilaveten şema terapistleri, üzücü çocukluk deneyimleri ile ilgili geniş deneysel çalışmalar aracılığıyla hastalara yol gösterirler. Bu çalışmalar, hastaların uyumsuz duygular, bilişler ve baş etme davranışlarının üstesinden gelmelerine yardım eder. Tersine bilişsel terapistler, genellikle yüzeysel bir tavır içersinde çocukluk deneyimleriyle mücadele ederler.

İki yaklaşım arasındaki en can alıcı fark, imgelem ve diyalog gibi deneysel çalışmanın önemindedir. Bilişsel terapistlerin küçük bir azınlığı, deneysel çalışmayı dahil etmeye başlamalarına rağmen[61] çoğunluk bunu tedavinin merkezinde görmez ve davranışsal tekrarlama için öncelikle hayal kurmayı

kullanır. Oysa ki şema terapistleri deneysel teknikleri tedavinin dört ana unsurundan biri olarak görürler ve bu stratejilere terapide önemli miktarda zaman ayırırlar. Genelde "sıcak bilişlerin" (hasta güçlü duygu deneyimlediğinde) "soğuk bilişlerden" (hastanın duygusu düzleştiğinde) daha kolay değiştirilebildikleri bilişsel literatürde kabul edildiğinden çoğu bilişsel terapistin bu stratejileri geniş çapta kullanmada isteksizliklerini anlamak zordur. Deneysel teknikler, bazen seansta sıcak bilişler uyarmanın tek yolu olabilmektedir.

Diğer önemli fark, terapi ilişkisinin rolündedir. Her iki terapi, etkili terapi için ilişkinin önemini kabul ederler, fakat yine de bunu farklı yollarda kullanırlar. Bilişsel terapistler terapi ilişkisini öncelikle tedaviyi tamamlamak için hastayı motive etme aracı olarak görünürler (örneğin, ev ödevlerini tamamlama). İlişki, engelleyici bir süreç oluşturduğunda terapistin terapi ilişkisine bağlı bilişler üzerine odaklanmasını salık vermekteyiz. Bununla birlikte ilişkinin, genelde değişimin birinci aracı olduğu söylenemez fakat bunun yerine değişimin meydana gelmesine izin veren bir araç olduğu söylenebilir. Tıbbi bir analoji kullanılacak olursa, bilişsel teknikler, değişimin "aktif bileşenleri" şeklinde görülür ve terapi ilişkisi ise kendisi vasıtasıyla değişim etkeninin dağıtıldığı "temel" ya da "araç" sayılır.

Şema terapide terapi ilişkisi, değişimin dört önemli unsurundan biridir. Önceki bölümlerde bahsettiğimiz gibi şema terapistleri, ilişkiyi iki yoldan kullanır. İlki, seansta aktive olduklarından şemayı keşfetmeyi ve sonra da bu şemaları terapi ilişkisi içerisinde değerlendirme ve modifiye etmek için çeşitli prosedürler kullanmayı içerir. İkinci fonksiyon, sınırlı yeniden ebeveynliktir. Bu süreç, "düzeltici duygusal deneyim" olarak terapi ilişkisinin kullanımını kapsar.[62] Terapinin uygun sınırları içerisinde terapist, hastanın ebeveynliğindeki erken dönem eksikliğine antidot olarak hizmet edecek biçimde hastaya yönelik hareket eder.

Stil açısından şema terapisti, işbirlikçi deneycilikten çok empatik yüzleştirme kullanır. Bilişsel terapistler, hastalarına bilişlerinin nasıl çarpıtıldığını göstermek için yol gösterici gözlem kullanırlar. Karakterolojik hastaların terapistten doğrudan gelen eğitim olmadan şemalarına gerçekçi, sağlıklı alternatif bulamayacakları, tecrübelerimizde mevcuttur. Şemalar oldukça derine kök salmışlardır ve yalnız ölçme ve deneysel araştırma, bu hastaların kendi bilişsel bozukluklarını görmeleri için yeterli değildir. Bu yüzden şema terapisti, hastayı şemadaki görüşün başkalarının gördüğü gibi gerçeğe uyumlu olmadığı ve işlemediği gerçeğiyle şema görüşüne empati kurarak yüzleştirirken, sağlıklı bir perspektif öğretmektedir. Şema terapisti, bu yolda sürekli hastanın karşısına çıkmak zorundadır, yoksa hasta sağlıksız şema perspektifi içersinde geriye doğru kayar. Hastalara söylediğimiz gibi "şema, hayatta kalmak için savaşır". Bu şemayla yapılan savaş kavramı, bilişsel terapinin merkezinde değildir.

Çünkü şemalar, değişime bilişsel düzeylerden çok daha fazla dirençlidir. Eksen II bozuklukları için şema terapi kullanılan tedavi süreci, Eksen I bozuklukları için bilişsel terapinin kullanıldığı kısa tedaviden hayli uzun sürer. Bununla birlikte bilişsel ve şema terapinin Eksen II problemleri için, sürecin farklılaşıp farklılaşmadığı açık değildir.

Hem bir durumu kavramsallaştırmada hem de değişim stratejileri uygulamada şema terapistleri, mevcut yaşam durumunda farklı işlevsiz davranışları değiştirmek yerine uzun süreçli işlevsiz yaşam örüntülerini değiştirmekle daha ilgilidirler (her ikisinin de gerekli olmasına rağmen). Bilişsel terapistler, hızlı semptom indirgemesi üzerine odaklandıklarından işlevsiz partner seçimi, yakınlık kurmayla ilgili problemler, önemli yaşam değişikliklerinden kaçınma ya da ilgi ve onaylanmayı kapsayan giderilmemiş çekirdek ihtiyaçlar gibi uzun süreli problemler hakkında bilgi edinmeye çalışma olasılığı daha azdır. Aynı şekilde bilişsel terapistler genellikle kaçınma, teslim olma, aşırı telafi şemaları gibi ömür boyu süren baş

etme biçimlerini değiştirme ya da özdeşleşme üzerine asıl önemi vermez. Tecrübelerimize göre bu, basitçe katı çekirdek inanışlar ya da şemalar değil, tam olarak hastaların kişilik bozukluğunun tedavisini çok zorlaştıran baş etme mekanizmalarıdır.

Mod kavramından önceki bölümde bahsetmiştik. Bilişsel terapilerin ve şema terapilerinin her ikisi de mod kavramını katmalarına rağmen, bilişsel terapistler onları ayrıntılandırma tekniklerini henüz kapsamlı ele almamışlardır. Şema terapistleri, 10 yaygın şema mod durumunu (daha önceki bölümde belirtilen Young'un tanımına dayalı) zaten tespit etmişlerdir ve mod diyalogları, her bireysel modu tedavi etme gibi bütün tedavi stratejilerini geliştirmektedirler. Mod çalışması, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar için şema terapi temelinde biçimlenir.

Psikodinamik Yaklaşımlar

Şema terapi, psikodinamik terapi modellerine paralellikler gösterir. İki yaklaşım tarafından da paylaşılan iki önemli unsur, mevcut problemlerin çocukluk kökeninin keşfi ve terapi ilişkilerine odaklanmasıdır. Terapi ilişkisi açısından yakın bir ilişki kurma ve empati ifadeye yönelik modern psikodinamik değişim,[63] sınırlı yeniden ebeveynlik ve empatik yüzleştirme nosyonlarımızla uyumludur. Hem psikodinamik hem şema yaklaşımı, zihinsel anlayışa değer verir. Her ikisi de travmatik materyalin duygusal işlem ihtiyacını vurgular. Her ikisi de aktarım ve karşı aktarım sorunlarına terapisti uyarır. Her ikisi de hastanın gösterdiği kişilik yapısının, etkili bir terapiye anahtar olduğunu ileri sürerek kişilik yapısının önemini teyit ederler.

Şema terapi ve psikodinamik modeller arasında temel farklılıklar da vardır. Çok önemli bir fark şudur, şema terapistleri aktif ve yönlendirici olmaya çalışırken psikanalistler, geleneksel şekilde mümkün olduğu kadar tarafsız kalmaya çalışırlar. Çoğu psikodinamik yaklaşımların tersine şema terapistleri,

şemayı iyileştirmek için hastanın giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarını kısmen karşılayarak sınırlı yeniden ebeveynlik sağlar.

Diğer önemli fark, klasik analitik teorilere benzememesidir. Şema modeli, bir dürtü teorisi değildir. Şema teorisi, içgüdüsel cinselliğe, saldırgan dürtülere odaklanmak yerine, çekirdek duygusal ihtiyaçları vurgular. Şema teorisi, bilişsel tutarlılık prensiplerine dayanır. İnsanlar dünyaya ve kendilerine tutarlı bir bakış sürdürmek için motive olurlar, şemalar doğrulandığında durumları yorumlama eğilimindedirler. Bu açıdan şema yaklaşımı psikodinamik modelden daha bilişseldir. Psikanalistler güdüsel arzular karşısında savunma mekanizmalarını incelerken şema terapistleri şemalarla baş etme biçimlerini ve giderilmemiş ihtiyaçları incelerler. Şema modeli hastanın doğal olarak normal ve sağlıklı bir şekilde gidermeye çalıştığı duygusal ihtiyaçları inceler.

Son olarak psikodinamik terapistler, şema terapistlerinden daha az bütünleştirici olma eğilimindedir. Psikodinamik yönelimli terapistler, nadiren ev ödevi verirler ve hayal kurma, rol yapma tekniklerini kullanmaktan hoşlanmazlar.

Bowlby'nin Bağlanma Teorisi

Bowlby ve Ainsworth'un[64] çalışmalarına dayalı bağlanma teorisinin, Şema terapinin özellikle Terk Edilme şemasının gelişimi üzerinde ve bizim borderline kişilik bozukluğu anlayışımız üzerinde önemli etkileri olmuştur. Bowlby, etoloji, sistemler ve psikoanalitik modelden yararlanarak bağlanma teorisini formülleştirdi. Temel prensip, insanoğlunun (ve diğer hayvanların) anneleriyle (ya da diğer bağlanma figürüyle) stabil bir ilişki kurmayı amaçlayan bağlanma içgüdüsüne sahip olduklarıdır. Bowlby[65] annelerinden ayrılan çocuklar üzerinde deneysel çalışmalar yürüttü ve evrensel tepkilerden söz etti. Ainsworth,[66] bebeğin dünyayı keşfetmesinde güvenli bir temel olarak anne düşüncesini incelemiş ve bebek sinyaline annelik duyarlılığının önemini göstermiştir.

Sınırlı yeniden ebeveynlik düşüncemizin içerisine güvenli bir temel olarak annelik düşüncesini de dahil ediyoruz. BKB olan hastalar (ve diğer daha şiddetli kişilik bozukluğu olanlar) için sınırlı yeniden ebeveynlik, hastanın Terk Edilme şemasına kısmi bir antidot sağlar: Terapist, uygun terapi ilişki sınırları içerisinde hastanın asla sahip olmadığı güvenli duygusal temel olur. Terapistin Ayrılma ve Reddedilme alanında şemalara sahip neredeyse tüm hastalara (Sosyal İzolasyon dışında) bir dereceye kadar güvenli bir temel olması gerekir.

Şema modelinde, Bowlby'deki gibi, çocukluk duygusal gelişimi, bağlanmadan özerklik ve bireyleşmeye ilerler. Bowlby[67] anneye (ya da diğer temel bağlanma figürüne) stabil bağlanmanın, bağımsızlıktan önce gelen ve bağımsızlık geliştiren temel duygusal ihtiyaç olduğunu öne sürer. Bowlby'e göre çok sevilen çocuğun, ailesinden ayrılmaya karşı çıkması olasıdır, fakat sonradan daha fazla kendine güven geliştirecektir. Aşırı ayrılık kaygısı, bir ebeveynin kaybı ya da bir ebeveyn tarafından terk edilme tehdidinin tekrarlanması gibi kaçınmacı bir aile deneyiminin sonucudur. Bowlby aynı zamanda, bazı durumlarda sahte bir olgunluk izlenimi yaratılmasıyla ayrılma kaygısının çok düşük olabildiğine işaret etmiştir. Bağlanma figürlerinin değişimi çok sık tekrarlandığında başkalarıyla derin ilişkiler oluşturmama meydana gelebilir.

Bowlby[68] insanoğlunun alışkanlıkları koruma ve değişiklik arama arasında dinamik bir denge sürdürmeye motive olduğunu ileri sürmektedir. Piagetçi anlamda[69] birey, asimilasyon (yeni girdiyi var olan bilişsel yapılara katma) ve uyum (yeni girdiye uyum göstermek için var olan bilişsel yapıyı değiştirme) arasında bir denge sürdürmeye motivedir. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, bu dengeye müdahale eder. Şemaların kontrolündeki bireyler, bu şemalardan kaynaklanan çarpıtmaları düzeltebilecek yeni bilgiyi yanlış anlarlar. Bunun yerine yeni belirtiyi çarpıtırak ve azaltarak şemaları çürütebilecek yeni bilgiyi *asimile* ederler. Böylece şemalar sağlam kalır. Bu nedenle asimilasyon şema devamlılığı kavramımızla örtüşmektedir. Terapinin fonksiyonu, hastaların şemaları çürütecek böylelikle şemanın iyileşmesini destekleyecek yeni deneyimlere *uyum* göstermesine yardım etmektir.

Bowlby'nin[70] içsel işleyiş modelleri nosyonu, Erken Dönem Uyumsuz Şema nosyonumuzla örtüşmektedir. Şemalar gibi bireyin içsel işleyiş modeli, geniş ölçüde çocuk ve anne (ya da temel bağlanma figürü) arasındaki etkileşim örüntülerine dayalıdır. Eğer anne bebeğin bağımsızlık ihtiyacına riayet ederken aynı anda korunma ihtiyacını da kabul ederse çocuğun, benliğin içsel işleyiş modelini değerli ve yetenekli olarak geliştirmesi olasıdır. Eğer anne, çocuğun korunma ve bağımsızlık sağlama girişimlerini sık sık reddederse, o zaman çocuk benliğin içsel işleyiş modelini değersiz ve bağımlı olarak inşa edecektir.

İşleyiş modellerini kullanarak çocuk, bağlanma figürlerinin davranışlarını önceden gösterir ve kendi sorumluluklarını hazırlar. Yapılandırdıkları içsel işleyiş modellerin türleri bu nedenle çok önemlidir. Bunun ışığında, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, işlevsiz içsel işleyiş modelleridir ve çocukların bağlanma figürlerine karakteristik tepkileri, onların baş etme biçimleridir. Şemalar gibi işleyiş modelleri, ilgi ve bilgi işlemeye yönelir. Birey değişime karşılık modifikasyonu engelleyerek farkındalıktan gelen bilgiyi blokladığında işleyiş modellerinin savunmacı çarpıtmaları meydana gelir. Şema devamlılığına benzer bir süreçte içsel işleyiş modelleri zamanla daha katılaşma eğilimindedirler. Etkileşim örüntüleri, alışılmış ve otomatik olmaktadır. Bir süre sonra işleyiş modelleri karşılıklı beklentilerin bir sonucu olarak bilinçliliğe daha az uygun ve değişime daha dirençli olur.

Bowlby[71] psikoterapide bağlanma teorisinin uygulanışına yönelir. Bir takım psikoterapi hastalarının güvensizlik ya da karışıklık yaratan bağlanma örüntüleri gösterdiğini belirtir. Psikoterapinin birincil amacı, bağlanma figürleriyle ilişkilerin yetersiz, kullanılmayan içsel işleyiş modellerini yeniden değer-

lendirmektir. Hastaların, terapistle olan etkileşimlerine bağlanma ilişkisinin katı işleyiş modellerini yüklemeleri olasıdır. Terapist ve hasta öncelikle hastanın disfonksiyonel (işlevsiz) içsel işleyiş modellerinin kökenlerini anlamaya odaklanır. Sonra terapist, hastanın dünyayı keşfetmesi ve içsel işleyiş modellerinin yeniden çalışması için güvenli bir temel olarak hizmet eder. Şema terapistleri, birçok hastayla olan çalışmalarında aynı prensibi uygularlar.

Ryle'ın Bilişsel-Analitik Terapisi

Anthony Ryle,[72] kısaca psikoanalitik yaklaşımlar özellikle nesne ilişkileri ile birlikte bilişsel-davranışçı terapinin aktif ve eğitimsel yönlerini bütünleştiren yoğun bir terapi olan "bilişsel-analitik terapiyi" (BAT) geliştirmiştir. Ryle, bu yaklaşımlardan elde edilen teori ve teknikleri sistematik bir şekilde birleştirerek kavramsal bir yapı ortaya koyar. Doğal olarak bilişsel-analitik terapi, şema terapiyle oldukça örtüşür.

Ryle'ın[73] formülü, "ardışık işlem modeli" olarak adlandırılır. O, çekirdek kavramsal yapı olarak şemalar yerine "amaç yönelimli aktivite"yi kullanır. Ryle, etkisiz ve zararlı olan prosedürleri değiştirmede başarısız olup sürekli kullanmada ısrarlı olunmasını nevroz kabul eder. Prosedürün üç kategorisi, çoğu nevrotik tekrarlamayı izah eder: Tuzaklar, çıkmazlar, problemler. Ryle'ın tanımladığı bir takım örüntüler, şema ve baş etme biçimleriyle örtüşür.

Tedavi stratejileri açısından Ryle, tam da şema terapinin yaptığı gibi, hastanın problemlerinin geniş ve derin yönelimli kavramsallaştırmasını içeren aktif ve işbirlikçi terapi ilişkisini teşvik eder. Terapist, hastanın geçmişinin mevcut problemlere ve bu problemlerle mücadelede kullandığı sıralanmış çeşitli uyumsuz prosedürlere nasıl yol açtığının anlamını içeren kavramsallaştırmayı hasta ile paylaşır. Bilişsel-analitik terapide temel tedavi stratejisi, uyumsuz prosedürler üzerine günlük tutma ve onları açıklamak için aktarım çalışmasıdır. Şema terapi, bu bileşenlerin her ikisini de içerir, fakat pek çok diğer tedavi stratejilerini de ekler.

Bilişsel-analitik terapi, üç bölümlü değişim metodu kullanır: Yeni anlayış, yeni deneyim ve yeni eylemler. Bununla birlikte çok güçlü değişim faktörü olarak gördüğü yeni anlayış, Ryle'ın temel odağıdır. Bilişsel-analitik terapide Değişim Evresi öncelikle hastaların yaşamlarındaki olumsuz örüntüleri fark etmelerini içerir. Ryle'ın vurgusu, içgörü üzerindedir: "BAT'de terapötik vurgu, (bilişin) pekiştirici yüksek düzeylerine güçlü bir şekilde yapılır bilhassa yeniden formülleştirmeye ki bu da değerlendirme süreçlerini değiştirir ve aktif kendini-gözlemeyi destekler.[74]

Şema terapide içgörü gereklidir fakat değişim bileşeni olarak yeterli değildir. Borderline ve narsisistik bozukluk sahibi hastalarda meydana gelen ciddi patolojinin tedavisine doğru ilerlediğimizde içgörünün, deneysel ve davranışsal yaklaşımlar tarafından sağlanan yeni deneyimle ilgili olarak daha az önem taşıdığını görmekteyiz. Ryle,[75] yeni anlayışı BKB olan hastaların değişimi için ana araç olarak görür. Odak noktası, kendi adlandırdığı "ardışık diagramlı yeniden formülleştirme"dir. Bunlar, vaka kavramsallaştırmasını özetlemek için yazılmış diyagramlardır. Terapist, hastaların önlerine yere diyagramlar koyar ve sık sık onlardan bahseder. Ardışık diyagramlı yeniden formülleştirme, BKB olan hastaların bir "gözleyici göz" geliştirmesine yardım etme amacındadır.

Şema terapi, bilişsel-analitik terapiden çeşitli biçimlerde uzaklaşır. Şema terapi, bilhassa şiddetli karakterolojik bozukluğu olan hastalarda duygulanım sağlama ve sınırlı yeniden ebeveynlik üzerine vurguda bulunur. Şema terapi, böylelikle duygusal düzeyde bir değişikliği daha da kolaylaştırır. Ryle,[76] Geştalt teknikleri ve psikodrama gibi duygulanımı aktive edici prosedürlerin, hastanın zihinsel içgörüsünün ötesine geçmesine yardım edecek bazı durumlarda uygun olabileceğini kabul

eder. Aksine Young, hayal kurma ve diyalog gibi deneysel teknikleri neredeyse tüm hastalar için yararlı olarak görür.

Ryle'nın yaklaşımında[77] terapist öncelikle, hastanın erişkin yönü olan Sağlıklı Erişkin modu ile etkileşim kurar. Hastanın çocuk yönü olan İncinebilir Çocuk modu ile dolaylı olarak etkileşim kurar. Şema yaklaşımına göre BKB'li hastalar, çok küçük yaştaki çocuklar gibidir, ayrılma ve bireyleşmeden önce terapiste güvenle bağlanma ihtiyacı duyarlar.

Horowitz'in Kişi Şemaları Terapisi

Horowitz, psikodinamik, bilişsel-davranışçı, bireylerarası ve aile sistemleri yaklaşımını bütünleştiren bir yapı geliştirmiştir. Onun modeli, "kişi şema teorisine" dayalı rol ve inanışlara vurgu yapar.[78] Bir kişi şeması, şablondur, genelde bilinçdışıdır ve kendinin ve başkalarının görüşlerini kapsar ve çocukluk deneyimlerinin hafıza kalıntılarından biçimlenir.[79] Bu tanım, Erken Dönem Uyumsuz Şema nosyonumuza neredeyse özdeştir. Horowitz, tüm şemaların genel yapılarına odaklanır oysa Young çoğu olumsuz yaşam örüntülerinin altında yatan belirli şemaları betimler.

Horowitz,[80] "rol ilişki modelleri" terimini ayrıntılı incelemiştir. Horowitz, her bir rol ilişkisini, (1) temelde yatan arzu ya da ihtiyaç (arzulanan rol ilişki modeli); (2) çekirdek korku (korkulan rol ilişki modeli); (3) korkulan rol ilişki modeline karşı savunulan rol ilişki modelleri ile bağdaştırır. Şema teori açısından bunlar, çekirdek duygusal ihtiyaçlar, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve baş etme biçimlerine zayıf bir biçimde benzerlik gösterir. Horowitz,[81] rol ilişkisinin, etkileşim, niyet, duygusal ifadeler, eylem ve niyetlerin eleştirel değerlendirme senaryolarını içerdiğini açıklar. Aslında bir rol ilişkisi, hem şema hem de baş etme biçimi yönlerini kapsar. Şemalar belirli eylemlere doğrudan yönelmediğinden şema modeli, şemaları ve baş etme tepkilerini ayrı ayrı kavramlaştırır. Farklı bireyler, doğuştan gelen mizaç ve diğer faktörlere bağlı olarak farklı baş etme biçimleriyle aynı şemayı idare edebilir.

Horowitz[82] ayrıca, "zihin durumlarını" tanımlar ki bu da mod kavramımıza benzemektedir. Zihin durumu, "bilinçli deneyimler ve bireylerarası ifadelerin bir örüntüsüdür/kalıbıdır. Bir durum olarak kabul edilen örüntüyü biçimlendirmek için birleşen elementler, duygular ve düşüncelerin sözel ve sözel olmayan ifadelerini içerir".[83] Horowitz, bu zihin durumlarını dissosiyasyonun sürekliliği içinde göstermez. Şema modelinde narsisistik ya da borderline kişilik bozuklukları olanlar gibi ciddi rahatsız hastalar, benlik duygusunu tümüyle içine alan zihin durumlarına geçerler. Zihin durumu deneyiminden çok, hasta farklı bir "benlik" ya da "mod" deneyimler. Bu ayrım, bir modla ilgili dissosiyasyon derecesinin teknik olarak büyük değişiklikleri dikte etmesinde önemle ortaya çıkar.

Horowitz'in "savunmacı kontrol işlemleri" olarak adlandırdığı şey, Young'un baş etme biçimlerine benzer. Horowitz üç temel kategori saptar:

1. İfade edilenin içeriği aracılığıyla üzücü konulardan kaçınmayı kapsayan savunmacı kontrol işlemleri (örneğin; dikkatin başka yere kayması, önemi küçümseme)
2. Dışavurulan tavır aracılığıyla kaçınma içerenler (örneğin; sözel düşünselleştirme)
3. Rol değiştirerek baş etme içerenler (örneğin; pasif ya da büyüklenmecilik rolüne birdenbire geçmek).

Bu tipoloji içersinde Horowitz,[84] şemadan kaçınma, şemaya boyun eğme ve şemayı aşırı telafi ile kuşatılan pek çok fenomeni gözden geçirir.

Tedavi sırasında terapist, hastaya destek verir, hastanın davranışını yeniden yönlendirerek kaçınmayı etkisizleştirir, işlevsiz davranışları ve direnmeyi yorumlar ve hastanın yeni davranış denemeleri planlamasına yardım eder. Ryle'nin çalışmasına göre içgörü, tedavinin en hayati kısmıdır. Terapist, hastanın düşüncelerine odaklanarak ve rol ilişki modelleri ve savunmacı kontrol işlemlerinden bahsederek açıklama ve yo-

rumlama yapar. Amaç, yeni "üst" şemaların, olgunlaşmamış ve uyumsuz olanlar yerine öncelik elde etmesidir.

Şema terapi ile karşılaştırıldığında Horowitz,[85] detaylı ve sistematik tedavi stratejileri sağlamaz, deneysel teknikler ve sınırlı yeniden ebeveynlik kullanmaz. Şema terapi, duygulanımı harekete geçirme üzerine Horowitz'in yaklaşımından daha fazla vurgu yapar. Şema terapistleri, Horowitz'in "saldırgan durumlar" dediği ve bizim hastanın İncinebilir Çocuk Modu diye isimlendirdiğimiz hususlardan faydalanırlar.

Duygu Odaklı Terapi

Duygu odaklı terapi, Leslie Greenberg ve arkadaşları[86] tarafından geliştirilmiştir. Deneysel, Yapılandırıcı ve Bilişsel modelleri kullanırlar. Şema terapi gibi duygu odaklı terapi de bağlanma teorisi ve terapi süreci araştırmasıyla güçlü bir biçimde şekillenmiştir.

Duygu odaklı terapi, biliş, motivasyon ve davranışın yanında duygusal bütünleşme üzerine vurgu yapar. Terapist duyguyu tamir etmek için onu aktive eder. Ağırlık daha çok duygusal şemaları tespit etme ve tamir etme üzerindedir ki bunu Greenberg,[87] içerik bakımında idiyosenkretik (kişiye özgü) olan duygular, amaçlar, anılar, düşünceler ve davranışsal eğilimleri birbirine bağlayan, bir grup düzenleyici prensip olarak tanımlar. Duygu şemaları, bireyin erken dönem öğrenim geçmişi ve doğuştan gelen mizacının etkileşimiyle meydana çıkar. Aktive olduklarında kişinin yaşamındaki olaylara tepki vermesi ve yorumlamasında güçlü düzenleyici zorluklar olarak işlev görürler. Şema modeline benzer şekilde duygu odaklı terapinin nihai amacı, bu duygu şemalarının değişmesidir. Terapi, hastanın farkındalığını ortaya çıkarır; "yeni şemalar kurmak için ... erişilmez içsel deneyim".[88]

Şema terapi gibi duygu odaklı terapi de, ağırlıklı olarak terapötik çalışma ittifakına dayanır. Duygu odaklı terapi bu ittifakı, hastanın duygusal kaygılarını uyaran, odaklanan ve ilgilenen duygusal odaklı "empatik diyalog" geliştirmek için kullanır. Bu diyalogu kurabilmek için terapistler ilk önce emniyet ve güven duygusu yaratmak zorundadırlar. Bu duygu güvenli bir şekilde kurulur kurulmaz terapistler, değişimi "izleme", "yol gösterme", kabul etme ve kolaylaştırmanın hassas diyalektik dengesiyle meşgul olurlar. Bu süreç, empatik yüzleştirmenin ideal şema modeline benzerdir.

Şema terapi gibi duygu odaklı terapi de sadece duyguların aktive olmasının değişimin oluşmasında yeterli olmadığını fark etmiştir. Duygu odaklı terapide değişim, kaçınmanın üstesinden gelerek, olumsuz davranışları engelleyerek ve duygusal tamiri kolaylaştırarak deneysel tekniklerin kullanımıyla adım adım bir duygusal aktivasyon işlemi gerektirir. Terapist hastaların temel duygularını ifade etmesine ve farkına varmasına, onları dile getirmesine sonra da iç kaynağa (yani uyumlu baş etme tepkilerine) ulaşmasına yardım eder. Buna ek olarak duygu odaklı terapi, farklı duygular için farklı müdahaleler tayin eder.

Önemli benzerlikler olmasına rağmen, çeşitli teorik ve pratik farklılıklar, duygu odaklı terapiyi, şema terapiden ayırır. Tek farklılık, şema modelinin duygu, biliş ve davranışın oynadığı rollerde daha eşitlikçi bakışına karşılık duygu odaklı terapinin önceliği duygu şemaları içerisindeki duyguya vermesidir. Ek olarak Greenberg, "benzersiz duygusal şemaların sonsuz miktarda" olduğunu öne sürer.[89] Oysa şema modeli, şemalar ve baş etme biçimleri grubunu sınırlı olarak tanımlar ve her biri için uygun müdahaleler sağlar.

Duygu odaklı terapi modeli, şemaları; birincil, ikincil ve yardımcı duygular arasında ayrım yaparak ve ayrıca uyumlu, uyumsuz, karmaşık ve sosyal olarak yapılanmış duyguları ayrıştırarak karmaşık ve hiyerarşik bir örgütleme içerisinde düzenler. Duygu şema tipi, duygunun içsel olarak mı yoksa dışsal olarak mı odaklandığına (hüzün, öfke gibi) ve bunun halen aşırı kontrollü mü yoksa eksik kontrollü mü olduğuna ba-

karak belirli müdahale amaçları önerir. Daha tutumlu şema modeliyle karşılaştırıldığında duygu odaklı terapi, duyguları doğru bir şekilde analiz etmesi ve onlara belirli biçimlerde müdahale etmesi dolayısıyla terapiste hayli yük bindirir.

Duygu odaklı terapide değerlendirme süreci, an be an terapi odasındaki deneyimlere bağlıdır. Greenberg ve Paivio,[90] öncelikli vaka formülleştirme ya da davranış değerlendirmesine dayalı olmayı yaklaşım olarak kabul edip bu tekniklere karşı olmuşlardır. Şema modeli seans içi bilgileri kullanmasına rağmen, düzenlenmiş hayal kurma seansları, şema envanterleri ve terapi ilişkisine uyumluluğu içermesiyle çok yönlüdür.

Özet

Young,[91] özellikle kişilik bozuklukları ve altında Eksen I bozukluklarının yattığı önemli karakterolojik sorunları olan, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavide yeterli derecede tepki alamayan hastaları tedavi etmek için şema terapiyi geliştirdi. Bu hastalar, bilişsel-davranışçı terapinin çeşitli varsayımlarını bozdu ve böylece bu metotla başarılı bir tedavi zorlaştı. Beck ve arkadaşları[92] tarafından geliştirilen kişilik bozuklukları için bilişsel terapinin en son revizyonu, şema terapi fomülasyonlarıyla daha tutarlıdır. Bununla birlikte özellikle kavramsal vurgu ve tedavi stratejilerinin sırası açısından bu yaklaşımlar arasında yine de önemli farklılıklar vardır.

Şema terapi, geniş ve bütünleştirici bir modeldir. Aslında psikodinamik modeller içeren diğer psikoterapi sistemlerinin çoğuyla örtüşür. Bununla birlikte bu yaklaşımların çoğu, hem kavramsal model hem de tedavi stratejileri açısından şema terapiden daha kısıtlıdır. Ayrıca terapi ilişkisinde, terapistin genel stili ve tutumunda, terapistin etkinlik ve yönlendirme derecesinde önemli farklar vardır.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, kişinin başkalarıyla ilişkileri ve kendisi hakkındaki önemli derecede işlevsiz olan geniş ve yaygın tema ve örüntülerdir. Şemalar; anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyulardan oluşur. Çocukluk ve erişkinlik boyunca gelişirler ve kişinin yaşamı boyunca karmaşıklaşırlar. Şemalar, uyumlu ve nispeten çocuğun bulunduğu ortamın tam temsili olarak başlar, fakat çocuk büyüdüğünde uyumsuz ve kusurlu olur. İnsanın süreklilik güdüsü gereği şemalar hayatta kalmak için savaşırlar. Onlar, bireylerin düşünme, hissetme, hareket etme ve başkalarıyla ilişki kurma biçimlerinde başlıca rol oynarlar. Bireyler, onları üreten çocukluk ortamını anımsatan şartlarla karşılaştıklarında şema tetiklenir. Bu meydana geldiğinde birey, şiddetli bir olumsuz etki altında kalır. LeDoux'un[93] koşullu korku ve travma ile ilişkili beyin sistemleri üzerine araştırması, şemanın biyolojik temelleri için bir model ortaya koyar.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, karşılanmamış çekirdek duygusal ihtiyaçların sonucudur. Kaçınmacı çocukluk deneyimi, birincil kökendir. Duygusal mizaç ve kültürel etki gibi diğer faktörler, gelişimde rol oynarlar. Beş alan içersinde 18 Erken Dönem Uyumsuz Şemayı belirledik. Bu şemaları ve alanların bazılarını destekleyen birçok deneysel destek bulunmaktadır.

İki temel şema faaliyetini belirttik: Şema devamlılığı ve şema iyileşmesi. Şema iyileşmesi şema terapinin amacıdır. Uyumsuz baş etme biçimleri, hastaların şemalara uyum sağlamak için hayatın erken döneminde geliştirdikleri mekanizmalardır ve şema devamlılığına yol açarlar. Üç uyumsuz baş etme biçimi belirledik: Teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi. Baş etme tepkileri, üç geniş baş etme sitiliyle ifade edilen belirli davranışlardır. Her şema için ortak baş etme tepkileri vardır. Modlar, belirli şemalar ya da şema faaliyetleri içeren benliğin durumları ya da yönleridir. Modların dört temel kategorisini geliştirdik. Çocuk modları, İşlevsiz Baş Etme modları, İşlevsiz Ebeveyn modları, Sağlıklı Erişkin Modu.

Şema terapinin iki evresi vardır: Değerlendirme ve Eğitim evresi, Değişim evresi. İlk evrede terapist, hastanın şemaları tespit etmesine, çocukluktaki ya da ergenlikteki şemaların kökenlerini anlamasına ve mevcut problemleri şemalara bağlamasına yardım eder. Değişim evresinde terapist, şemayı iyileştirmek ve uyumsuz baş etme biçimlerini sağlıklı davranışın biçimleriyle değiştirmek için bilişsel, deneysel, davranışsal ve bireylerarası stratejileri karıştırır.

2

ŞEMA DEĞERLENDİRME VE EĞİTİMİ

Şema terapinin değerlendirme ve eğitim evresi, başlıca altı amaca sahiptir:

1. İşlevsiz yaşam örüntülerinin/kalıplarının tespiti
2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların tespiti ve tetiklenmesi
3. Çocukluk ve Ergenlikteki şemaların kökenlerini anlama
4. Baş etme biçimleri ve tepkilerinin tespiti
5. Mizacın değerlendirilmesi
6. Hepsini birlikte ele alma: Vaka kavramsallaştırması

Değerlendirme yapılandırıcı olmasına rağmen, formülsel değildir. Daha doğrusu terapist, daha fazla bilgi biriktirmek için verilere dayalı hipotezler geliştirir ve bu hipotezleri düzenler. Terapistler sonradan tanımlanan değerlendirme modaliteleri kullanarak yaşam örüntülerini, şemaları, baş etme biçimlerini ve mizacı değerlendirirken; değerlendirme, derece derece birleştirilmiş şema odaklı vaka kavramsallaştırması içerisinde bütünleştirilir.

Şimdi değerlendirme ve eğitim sürecindeki adımlara kısa bir genel bakış getirelim. Terapist, ilk değerlendirmeyle başlar. Hastanın mevcut problemlerini, terapi amaçlarını tayin eder ve şema terapi için hastanın uygunluğunu değerlendirir. Ardından hastanın temel duygusal ihtiyaçlarını karşılamasını engelleyen işlevsiz yaşam örüntülerini tanımlayarak geçmiş

yaşamını ele alır. Bu örüntüler genelde tatminsizlik ve semptomatolojiye yol açan ilişkilerde ve iş hayatında uzun vadeli, kendi kendini yenileyebilen döngüleri içerir. Terapist şema modelini açıklar ve hastanın şema ve baş etme biçimlerini belirlemek için birlikte çalışacaklarını anlatır. Hasta ev ödevi için ölçeği tamamlar ve terapist ve hasta seanstaki sonuçları ele alırlar. Arkasından terapist şemalara erişmek ve onları tetiklemek, çocukluk temeli ve mevcut problemleri şemalara bağlamak için özellikle hayal kurma gibi deneysel teknikleri kullanır. Bunlar terapi ilişkisinde meydana geldiğinde terapist hastanın şemalarını ve beş etme biçimlerini keşfeder. Sonunda terapist, hastanın duygusal mizacını değerlendirir.

Değerlendirme sırasında, hasta şemalarını fark etmeye ve bu şemaların çocukluktaki temellerini anlamaya başlar. Bu kendine zarar verici örüntülerin yaşamları boyunca nasıl canlandığını analiz ederler. Hastalar şemalarla -teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi- mücadele etmek için geliştirdikleri baş etme biçimlerini tespit ederler ve kişisel mizacın ve erken dönem yaşam deneyimlerinin bu biçimleri geliştirmeye nasıl meyilli olduklarını açıklarlar. Şemalarını, mevcut problemlerine bağlarlar, bunun için de çocukluktan günümüze süreklilik duygusuna sahip olurlar. Böylece onların şemaları ve baş etme biçimleri, yaşamlarını gözden geçirirken birleştirici kavramlar halini alır.

Çoklu değerlendirme metodu kullanmanın, şema tanımlamasının doğruluk oranını yükselttiğini fark ettik. Örneğin bazı hastalar, Young Şema Ölçeği değil, Young Ebeveynlik Envanteri üzerine bir şema kabul edecektir. Bu hastaların, ebeveynlerinin davranış ve tutumlarını hatırlamaları kendi duygularına erişimlerinden daha kolaydır. Hastalar, şemadan kaçınma ya da aşırı telafi nedeniyle ölçek üzerine tutarsız ya da çelişkili bilgi verebilirler -süreçlerin hayal kurma çalışmasında daha az çarpıcı olması muhtemeldir.

Değerlendirme evresi, hem entelektüel hem de duygusal yönlere sahiptir. Hastalar, ölçekler, mantıksal analizler ve deneysel kanıt kullanarak şemalarını rasyonel bir şekilde tespit ederler, fakat onlar ayrıca şemaları hayal kurma gibi deneysel tekniklerin kullanımıyla duygusal olarak hissederler. Şema hakkındaki hipotezin hastaya uygun olup olmadığı ile ilgili karar, büyük ölçüde hastaya "doğru hissettirmesine" dayalıdır: Doğru tespit edilen şema genelde hastalarda duygusal olarak karşılık görür.

Değerlendirme evresi boyunca terapist, bilişsel, deneysel ve davranışsal ölçümler kullanır ve terapist-hasta ilişkisini gözlemler. Değerlendirme bu nedenle, terapist ve hasta ek bilgi kaynağı toplarlarken hipotezleri biçimlendirdikleri ve arılaştırdıkları çok yönlü bir çabadır. Bu çoklu metotlar hasta yaşamındaki ana temalara yöneldiklerinde çekirdek şemalar meydana çıkarlar. Bu değerlendirme yavaş yavaş şema odaklı durum kavramsallaştırmasında belirginleşir.

Değerlendirmeyi tamamlamak için gereken zaman değişkendir. Nispeten açık durumlar, beş seanstan fazla olmamak kaydıyla, değerlendirme seansı gerektirebilir oysa ki aşırı telafici ve kaçınmacı hastalar genellikle daha fazla zaman gerektirir.

Şema Odaklı Vaka Kavramsallaştırması

Şema terapi, bireyselleşen durum kavramsallaştırmasına vurgu yapar. Çeşitli bilişsel terapistler, bilişsel bakış açısından hareketle mükemmel vaka formülasyon örnekleri sağlamışlardır.[1] Şema-odaklı vaka kavramsallaştırması daha geniştir: Kendilik yıkıcı hayat örüntülerini, erken dönem gelişimsel faaliyetleri, baş etme biçimlerini ayrıca şemaları içeren bütüncül bir yapı ortaya koyar. Böylelikle her hasta, hem Erken Dönem Uyumsuz Şemalara hem de baş etme biçimlerine dayalı benzersiz bir kavramsallaştırmaya sahip olur.

Değerlendirme Evresinin sonunda terapist, Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formunu tamamlar (bkz. Şekil 2.1)[2]. Form, hastanın şemalarını, mevcut problemlere bağlar, şema tetikleyicileri, varsayılan mizaç faktörleri, gelişimsel kökenler, çekirdek anılar, çekirdek bilişsel çarpıtmalar, baş etme davranışları, modlar, terapötik ilişki üzerine şemaların etkileri ve değişim stratejilerini içerir.

ŞEKİL 2.1 Annette için Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırması*

Altyapı Bilgisi

Terapistin adı: Rachel W. **Hastanın adı:** Annette G**. **Yaş:** 26

Medeni Durumu: *Bekar*

Çocuk: *Yok* **Meslek:** *Resepsiyonist* **Etnik Altyapı:** *Kafkasya*

Eğitim: *Lise Mezunu*

İlgili Şemalar

1. Duygusal Yoksunluk (ilgi, empati, koruma)

2. Kendini Feda

3. Güvensizlik/Suistimal Edilme

4. Kusurluluk/Utanç

5. Hak Görme/Büyüklenmecilik

6. Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin

Mevcut Problemler

Problem 1: *Depresyon*

Şema Bağlantıları: *Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Kendini Feda*

Problem 2: *Alkol Bağımlılığı*

Şema Bağlantıları: *Duygusal Yoksunluk, Güvensizlik/Suiistimal Edilme, Kusurluluk için baş etme tepkileri*

Problem 3: *İlişki Problemleri: uygunsuz adamlarla çıkar, samimi olmada zorluk çeker*

Şema Bağlantıları: *Duygusal Yoksunluk, Güvensizlik/Suiistimal Edilme, Kusurluluk, Kendini Feda*

Problem 4: *Çalışma problemleri: işleri tamamlayamaz, işten işe atlar*

Şema Bağlantıları: *Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin, Hak Görme/Büyüklenmecilik*

Şema Tetikleyicileri (erkek ya da kadınla sınırlanmışsa E-K belirtin)

1. Erkek arkadaş seçme (E)

2. Erkek arkadaşa yakın olmaya çalışma (E)

3. Yalnızlık duygusu

4. Problemleri ve terapi ihtiyacı üzerine düşünme

5. Sıkıcı, rutin ya da ilgisiz bazı şeyler yapması istenmesi

Şemaların, Baş Etme Tepkilerinin ve Modların Şiddeti; Telafi Edememe Riski

Şemalar, bir dereceye kadar güçlü. Baş etme tepkileri ve modlar, çok güçlü. İntihar eğilimi yok. Telafi edememe riski düşük.

Olası Mizaçsal/Biyolojik Faktörler

Yok

Gelişimsel Kökenler

1. Anne savunmasız ve yoksun. İki Ebeveyn de Annette'nin bir çocuk olarak duygusal ihtiyaçlarını gidermemiş.

2. Baba öfkeli ve patlamaya hazır. Annette, annesini babasından koruma rolünü üstlenmiştir.

3. Annette bir çocuk olarak disiplin ve sınırlara sahip değildir. Her ne istiyorsa yapabilmektedir.

4. Aile üyeleri, duygularını asla paylaşmaz ve sorunlarını tartışmaz

Çekirdek Çocukluk Anıları ya da Hayalleri

Baba, çok öfkeliydi. Annette ve annesi, korkuyordu. Annesi, Annette'den yardım etmesini istedi, fakat ona herhangi bir destek, empati ya da koruma sunmadı.

Çekirdek Bilişsel Çarpıtmalar

1. İhtiyaçlarıma özen gösterecek kimse olamayacak. Her zaman güçlü olmak zorundayım.

2. Pek çok duygusal problemim olduğundan ve çok yoksun olduğumdan benimle ilgili bazı şeylerin temelinde yanlışlık var.

3. Çoğu erkek güvenilmez, öfkeli ve patlamaya hazır.

4. Her istediğimi yapabilirim ve her istediğime sahip olabilirim.

5. Sıkıcı, ilgisiz görevler, aktiviteler ve ilişkilere yapışıp kalmak zorunda değilim.

Teslim Olma Davranışları

1. Başkalarının onu koruması ve ilgilenmesini istemez.

2. Annesine bakar ve karşılığında bir şeyler ister.

3. Başka insanlarla incinebilir duyguları hakkında konuşmaz.

Kaçınma Davranışları

1. Acılı duygularını engellemek için alkol bağımlılığı

2. Duygulardan kaçınma için uyarıcı ve yenilik arar.

3. Acıklı düşünceler ve duygulara odaklanmaktan kaçınmaya çalışma.

4. Erkeklerle samimiyetten kaçınır.

Aşırı Telafici Davranışlar

Yoksun ve incinebilir hissetse bile dayanıklı ve kontrollü hareket eder.

İlgili Şema Modları (Sağlıklı Erişkine ek olarak)

1. Dayanıklı Annette (Kopuk Korungan)

2. Küçük Annette (Yalnız, Korkmuş Çocuk)

3. "Şımarık Annette"

Terapi İlişkisi (Seans içi davranışlarına şemaların ve modların etkisi; kişisel tepkimeler ve/veya karşı aktarım)

Annette seansın çoğunda soğuk davranmaktadır. Her ne kadar ilgili ve bağ kuran biri gibi görünse de kendine yönelik güçlü bağlanma, yoksunluk ya da incinebilirliği kabul etmede isteksidir. Hayal kurma çalışmasından kaçınmaya çalışmaktadır ve acıklı olaylar ve duygular hakkında konuşmak istemez. Ona üzücü ya da sıkıcı geldiğini söylediğinden genelde yazılı ev ödevlerinin sonunu getirememektedir.

Bu problemlere rağmen Annette'in çalışmakla uğraştığını ve iyi bir terapi ilişkisi kurduğumuzu düşünüyorum. "Şımarık Annette" modundaki başkalarına yönelim ve disiplin yoksunluğu ile bir şekilde engellenmiş oldum.

* 2002 Telif hakkı Jeffrey Young'a aittir. Yazarın yazılı rızası olmadan izinsiz yayınlamak yasaktır. İzin ve daha fazla bilgi için Şema Terapi Enstitüsüne yazın. 36 West 44th Street, Suite 1007, New York, NY 10036.

** Bölüm 8'de Annette'in vaka görüşmesine bakınız.

Şema ve Baş Etme Biçimlerinin Doğru Tespitinin Önemi

Etkili bir vaka kavramsallaştırması geliştirmek için terapist, hastanın Erken Dönem Uyumsuz Şemalarını ve baş etme biçimlerini doğru bir şekilde değerlendirmek zorundadır. Vaka kavramsallaştırması, tedavi işlemlerini uygulama ve değişim hedeflerini seçmede pratik tavsiyeler ve taktiksel faktörler sağlayarak tedavi sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Doğru şema tespiti müdahalelere neden olur, hastanın anladığını hissetmesine yardım ederek terapötik ittifakı arttırır ve Değişim Evresi boyunca olası zorlu bölgeleri önceden görür.

Terapistin, şemaların sadece DSM-IV tanılarına, geçmiş yaşama ya da tek bir değerlendirme modalitesine olan tepkilere dayanarak faaliyet göstermesi ile ilgili sonuçlara sıçramaması önemlidir. Aynı şekilde Eksen I tanıları, farklı insanlardaki farklı şemaların dış göstergesi olabilecektir. Şemaların çoğu, depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, psikosomatik semptomlar ya da cinsel işlevsizliğe sebep olabilir. BKB gibi belirli kişilik bozukluklarında bile hastalar, bazı şemaları paylaşmayıp bazılarını paylaşabilirler.

Ayrıca terapist, hastanın sadece çocukluk deneyimlerinin basit analizleri temelinde bir şemanın var olduğunu iddia edemez. Hastalar, benzer üzücü çocukluk koşullarını paylaşabilirler ama yine farklı şemalarla sonuçlanabilir. Örneğin; her ikisi de reddedici babayla büyüyen iki bayan hastayı ele alalım. İlk hasta, Terk Edilme ve Kusurluluk şeması geliştirdi, her iki si de oldukça şiddetliydi. Babası kardeşine şefkatli davranıyordu fakat ona aldırmıyordu. Babasına itici gelen kendisiyle ilgili bazı şeylerin yanlış olduğu sonucuna vardı. Onu seven herkesin sonunda kendisini bırakacağını düşündüğünden gelecekteki acıdan kaçmak için romantik ilişkilerden tümüyle kaçınmaktaydı.

Aksine ikinci hastanın ailedeki tüm çocukları reddeden bir babası vardı. Üstelik annesi (ilk hastanın annesine benzememektedir), şefkat ve benimseme göstererek babasının soğukluğunu telafi eden sıcak ve sevecen bir ebeveyndi. İkinci hasta, kardeşlerine ve ona eşit derecede soğuk davrandığından babasının sevme kapasitesindeki sınırlamaları babasının reddetmesine bağlıyordu. Bazı erkeklerin onu sevemeyeceğine fakat başkalarının sevebileceğine inanmaya başladı -doğru kişiyi bulmak zorundaydı. Sonra babası tarafından verilen hasarı iyileştirecek sevecen erkekler aradı. Bu hastada, zararın büyüklüğünü yumuşatmak için Terk Edilme şeması olmasına rağmen Kusurluluk şeması geliştirmemişti. Böylece reddedici babalarıyla iki hasta, çocukluk deneyimlerindeki karmaşık unsurların bir sonucu olarak oldukça farklı şemalar ve baş etme biçimleri ile sonuçlandılar.

Ayrıca diğer faktörler, hastanın geliştirdiği şemalara ve bu şemaların gücüne etki eder. Biraz önce tanımlanan ikinci hasta gibi pek çok hasta, yaşamlarında ihtiyaç duyduklarını sağlayarak bir şemayı etkisiz hale getiren başka insanlara sahiptir,

dolayısıyla şemanın zayıflaması ya da gelişmesini engellerler. Hasta ayrıca, şemayı hafifleten ya da iyileştiren sonradan ortaya çıkmış yaşam deneyimlerine sahip olabilir. Örneğin hastalar, sağlıklı aşk ilişkileri ya da yakın arkadaşlıklar kurabilirler ve böylece Ayrılma ve Reddedilme alanındaki şemaları kısmen iyileştirebilirler. Bazen hastanın mizacı, bir şemanın oluşumuna karşı çalışır. Bazı insanlar, psikolojik olarak daha dirençli görünürler ve oldukça zorlu koşullar altında olsalar bile güçlü Erken Dönem Uyumsuz Şemalar geliştirmezler. Oysaki diğer insanlar psikolojik olarak daha incinebilir görünürler ve nispeten orta düzeyde kötü davranışla birlikte uyumsuz şemalar geliştirirler.

Şemaların doğru tespiti, her şema için spesifik, bireyleşmiş tedavi müdahaleleri olduğu için önemlidir. Örneğin, bir hasta terapistinden tekrar tekrar erkek arkadaşıyla olan problemleri hakkında tavsiye vermesini ister. Bu ve benzer açıklamalara dayanarak terapist yanlışlıkla hastanın Bağımlılık şemasına sahip olduğu sonucuna varır. Bağımlılık şeması için tedavi stratejisi, hastanın kendi kararlarını alması sağlanarak özgüvenini arttırmak olduğundan terapist, tavsiye vermeyi bırakır. Aslında hastanın Duygusal Yoksunluk şeması vardır. Ona yol gösterebilecek güçlü bir kişiye asla sahip olmamıştır. Duygusal Yoksunluk için tedavi stratejisi, ilgi, empati ve rehberlik sağlayarak -hastanın giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarını sınırlı bir biçimde karşılamak için- hastanın yeniden ebeveynlik kurmasıdır. Hastayı bu şekilde görerek terapist, doğrudan tavsiyelerde bulunur. Böylelikle doğru şema tespiti, doğru müdahale biçimine işaret eder.

Hastanın baş etme biçimlerinin doğru tespiti, vaka kavramsallaştırmasıyla eşit derecede önem taşır. Hasta öncelikle teslim mi olur, kaçınır mı yoksa şemayı aşırı telafide mi bulunur? Çoğu hasta baş etme biçimlerinin bir karışımını kullanır. Kusurluluk şemalı bir hasta, beklenenden daha başarılı olarak ve rekabet ederek işyerinde aşırı telafici olabilir, fakat kişisel yaşamında yakın ilişkilerden kaçınır ve yalnız aktivitelerle

meşgul olur. Baş etme biçimleri, şemaya özgü değildir. Genellikle şemalara karşı gelirler ve pek çok farklı şema tarafından üretilen üzücü duygular için baş etme mekanizmaları olarak hizmet edebilirler. Örneğin üzücü duygulardan kaçmak için zorlayıcı bir şekilde kumar oynayan bireyler, böyle davranabilirler çünkü kendilerini terk edilmiş, istismar edilmiş, reddedilmiş ve boyun eğdirilmiş hissederler. Onlar için psikolojik acı üreten şemanın acısından kaçınmak için kumar oynayacaklardır.

Terapistin, hastanın baş etme biçiminin erken uyumluluk değerini onaylaması önemlidir. Hasta iyi bir neden için baş etme biçimlerini geliştirmiştir yani zorlu çocukluk koşullarıyla baş etmek için. Bununla birlikte baş etme biçimleri, muhtemelen erişkin dünyadaki uyumsuzluktur ki bu da artık ebeveynlerin kötü davranışları ya da ihmallerinin insafına kalmayıp hastanın daha fazla seçime sahip olmasıdır. Baş etme biçimleri, kaçınma ya da aşırı telafi ise o zaman bunlar şema çalışmasına bir engel olduğundan hastanın terapisinde problem olması olasıdır. Bu baş etme biçimlerinin tek amacı, farkındalıktan çıkıp şemayı engellemektir ve hasta bununla savaşmak için şemayı fark etmek zorundadır. Baş etme biçimleri, hastanın yaşam niteliğini düşürüyorsa ayrıca problemdir. Hasta başkalarını geciktiriyor ve uzaklaştırıyorsa, duygusal olarak mahrum kalır, aşırı harcamalar yapar ya da madde bağımlılığı ortaya çıkar.

Hastalar, dış yaşamlarında kullandıkları aynı baş etme biçimleriyle birlikte şemaları tetikleyen terapötik müdahalelere tepki verebilirler. Sağlıklı görülebilen davranışın gerçekte uyumsuz baş etme biçimini gösterdiğinden baş etme biçimlerini fark etmek önemlidir. Hastanın kaçınmacı baş etme biçimi ile sakin kopukluluğu, sağlıklı bir erişkin davranışına benzeyebilir, fakat bu aslında duygulara işlevsiz yaklaşımın işaretidir.

Problematik davranışları baş etme biçimleri olarak görmek, hastanın neden kendini engelleyici davranışlarda ısrar ettiğini anlamamızda bize yardım eder. Bu hastaların değişime olan dirençleri, geçmişte en azından bir derece işleyen tepkilere güvenmeye devam ettiklerini gösterir.

Değerlendirme ve Detaylı Eğitim Süreci

Şimdi değerlendirme ve eğitim sürecindeki spesifik adımları daha detaylı bir şekilde ele alalım.

İlk Değerlendirme

İlk değerlendirmenin görevi, hastanın sunduğu problemleri ve terapi amaçlarını tespit etmek, hastanın uygunluğunu şema terapi için değerlendirmektir.

Mevcut Problemleri ve Terapi Amaçlarını Değerlendirmek

Hasta değerlendirmeden geçerken terapistin mevcut problemleri açık bir şekilde tespit etmesi ve bunlara odaklı kalması önemlidir. Bazen terapistler, hastanın şemalarını keşfetmeye kapılırlar ve bu şemaları dönüp mevcut problemlere bağlamayı unuturlar. Problemleri şema koşullarında düzenlemek ve onlara yönelen bir tedavi planı geliştirmek, hastanın odaklı ve umutlu hissetmesine yardım eder.

Terapist, mevcut problemleri ve tedavi amaçlarını tanımlamada spesifiktir. Örneğin; mevcut problem açıklanırken "hasta, kariyer seçiminde zorlanmaktadır" demektense terapist "hasta, potansiyel kariyer seçeneklerini reddetmekte ve iş aramayı ertelemektedir" ya da "hasta ilişkilerinde zorlanmaktadır" yerine "hasta, sürekli kısıtlayıcı ve soğuk partnerler seçmektedir" demelidir. Bu tavır içerisinde mevcut problemleri faaliyete geçirmek, terapistin uygun terapi amaçlarını formülleştirmesine yardım eder.

Vaka Örneği. Marika, 45 yaşındadır. Yaşadığı evlilik problemlerine yardım etmesi için terapiye baş vurmuştur. Aşağıdaki parçalar Dr. Young'ın yönettiği görüşmeden alınmıştır. Görüşme sırasında Marika, 8 haftadır diğer terapistlerle şema terapideydi.

İlk pasajda Marika kocası James ile olan ilişkisini açıklamaktadır.

> "James ile 7 yıldır evliyiz. Evlendiğimde 38 yaşındaydım. Çocuğumuz yok. Kocam ve ben, ikimiz de çalışıyoruz. Ben bir sanat galerisi yönetiyorum, onun kendi inşaat şirketi var. İkimizin de çılgın bir meslek yaşamı var. İkimizin de feci iş hayatları ve "sen bunu asla yeterince iyi yapamazsın" tarzında kişilikleri ve yoğun iş hayatları var.
>
> "İlk evlendiğim zamanlar gibi hissediyorum. Kavgalardan kendimi toparlayabildim. Onun sözel ve duygusal istismarcı olduğunu düşünüyorum. Bunu düzeltecektim. Artık zamanımın ve sabrımın olmadığını hissediyorum fakat onu seviyorum ve evliliğimi kurtarmak istiyorum."

Marika'nın evliliğini düzeltmeye çabaladığı her yol, çalışmasını engelliyordu ve çabalamaya devam edecek enerji bulamıyordu. Duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığını ve kocasının sözel istismarcı olduğunu düşünüyordu. Tedavi amacı, evlilik ilişkisinin niteliğini geliştirmekti böylelikle tatmin olacak ve artık küçük düşürücü bir tavırda davranış görmeyecekti. Değerlendirme sırasında terapist, evlilik problemlerini, onun şema ve baş etme biçimleri ile kocasının şema ve baş etme biçimleri açısından anlamaya çalışacaktır.

Şema Terapi İçin Hastanın Uygunluğunu Değerlendirme

Şema terapi, tüm hastalar için uygun değildir. Bazı hastalar, terapi içersinde akut krizler ve semptomlar geliştirdikten sonra, fakat daha önce değil, uygun hale geleceklerdir. Aşağıdaki listede, şema terapinin uygun olmadığı ya da ertelenmesi gerektiğini gösteren birkaç belirti sıralanmıştır.

1. Hasta bazı yaşam alanlarında major krizdedir.
2. Hasta psikotiktir.
3. Hastanın akut, nispeten ciddi, derhal dikkat gerektiren tedavi edilmemiş Eksen I bozukluğu vardır.
4. Hastanın hâlihazırda ılımlıdan daha ağır düzeye seyreden alkol ya da diğer uyuşturucu madde bağımlılığı vardır.
5. Mevcut problem, durumsaldır ya da bir yaşam örüntüsü ya da şeması ile ilgili görünmemektedir.

Eğer hasta krizdeyse o zaman terapist şema terapiye başlamadan önce krizi çözmeye çalışır. Eğer hastanın akut, ciddi ve tedavi edilmemiş Eksen I bozukluğu varsa o zaman terapist öncelikle bilişsel-davranışçı terapi ya da psikotropik ilaç tedavisi aracılığıyla semptomu hafifletme tedavisine yönelir. Örneğin eğer hasta ciddi panik ataklar, major depresyon, insomnia ya da bulimia geçiriyorsa o zaman terapist, şema çalışmasına girişmeden önce akut bozukluğa yönelir. Eğer hasta o anda ciddi bir madde bağımlısı ise terapist öncelikle madde bağımlılığını durdurmaya yönelik tedaviye yönelmelidir. Hasta bağımlılık davranışını durdurduğunda ya da önemli derecede azalttığında terapist o zaman şema çalışmasına döner. Hasta ciddi derecede madde bağımlısı iken etkili şema çalışması yapmak az da olsa ihtimaldir. Çünkü hastanın ilerlemek için mücadele etmek zorunda olduğu pek çok duyguyu maddeler uyuşturmaktadır. Bu, özellikle hasta seans sırasında uyuşturucu ya da alkol etkisindeyken olur.

Şema terapiyi öncelikle kişilik bozuklukları için bir tedavi olarak geliştirdik. Fakat bugün pek çok kronik Eksen I bozukluğu için de çoğu kez diğer modalitelerle bir arada uygulanmaktadır. Tedaviye direnç veya nükseden anksiyete ve depresyon, genelde şema terapi için uygun hedeflerdir. Hasta, açık Eksen I bozukluğuna sahip değilmiş gibi göründüğünde ya da Eksen I bozukluğu için önceki terapiye tepki vermemişse genelde şema terapi işaret edilir. Örneğin tekrarlanan depresyon için bilişsel davranışçı terapide olan 31 yaşındaki erkek hasta,

ev ödevlerine riayet etmede başarısızdır. Terapist, hastanın Boyun Eğicilik şeması açısından problemi düzenler. Ev ödevleri, hastaya okul yıllarını hatırlatmaktadır. Ebeveyn ve öğretmenler tarafından kontrol edilmesine sinirlendiğinde otoriteye karşı isyan eder. O zaman yaptığı gibi hasta ev ödevlerini yapmayarak şeması için aşırı telafide bulunmaktadır. Hasta gelişim göstermek istediğinden terapist, bilişsel-davranışçı çalışmayı tamamlamak için şema savaşında hasta ile birleşir.

Şema yaklaşımından faydalanabildiğimiz terapideki diğer zorluklar, katılım problemleri ve terapi ilişkisi içindeki problemlerdir. Değişim için engeller olduğunda şema yaklaşımı, engeli kavramsallaştırmada ve potansiyel çözümler üretmede terapist ve hastaya yardımcı olabilir. Genellikle engeli bir mod olarak hastaya sunmada yardımcıdır ve o zaman bu moda sağlıklı bir biçimde tepki vermesinde hasta ile birleşir.

Odaklanılan Yaşam Geçmişi

Terapist, hastanın mevcut problemlerinin durumsal olup olmadığını ya da bunların hastanın yaşamına bir örüntü yansıtıp yansıtmadığını belirlemeye çalışır. Örneğin; 64 yaşında bir adam karısının ölümünün ardından terapiye başlar. Derin depresyondadır, farmakolojik ve psikolojik tedaviye tepki vermez. Depresyonu bir şema çalışmasını mı göstermektedir yoksa bu sadece kaderinin bir sonucu mudur? Depresyonu her iki kaynaktan da beslenecektir.

Terapist, bu sorulara cevap vermek için mevcut problemle başlayıp zamanda geriye doğru giderek ve olabildiğince uzak geçmişteki problemi izleyerek geçmişe odaklanır. Terapist hastayla birlikte geçmişteki şema aktivasyon sürecini araştırır. Hasta, çocukluğunda herhangi bir travmatik kayıp yaşadı mı? Aynı tetikleyici olaylar, bilişler, duygular ve davranışlar olarak ortaya çıkan örüntüler zamanla ve durumlar karşısında tekrarlanır. İlişki geçmişi, okul ya da iş zorlukları, güçlü etki süreçleri, şemalara ipucu sağlar. Örneğin; bir hasta patronunda öfke yönetimi sorunu yaşıyorsa patronunun şemalardan birini

tetiklemesi yerinde olabilir. Daha ileri bir araştırma konuyu aydınlatabilir.

Terapist ayrıca, hastanın teslim olma, kaçınma, aşırı telafi baş etme biçimlerini tespit etmeye çalışır. Terapist, hastanın geçmişte şemalarıyla nasıl baş ettiğini inceler.

Hastalar şemaya teslim olduklarında, çocuklukta meydana geldiği gibi, aynı çocukluk rolündeki kendileriyle yeniden canlanırlar. Çocukken duyduğu aynı düşünce ve duyguları deneyimler ve o zaman gösterdikleri aynı davranış biçimini gösterirler. Aksine şemadan kaçınma, şemayı yadsımak, minimize etmek ya da şemadan ayrılmak için bilişsel, duygusal ya da davranışsal kullanım gerektirdiğinden şemadan uzaklaşma gibi görünür. Şemayı aşırı telafi etme ile birlikte hasta karşı koyuyor görünmektedir: Karşı saldırı, telafi etme ya da şemayı dışlamak için bilişsel, duygusal ya da davranışsal taktikler kullanır.

Terapist, üzücü olaylara uyum sağlamak için çocuklukta geliştirdikleri bu stratejileri açıklayarak hastalara baş etme biçimleri düşüncesini sunar. Kişisel baş etme biçimleri, aile modeli ve mizaçlarının her ikisinin bir sonucudur. Zamanla bu stratejiler dünya ile baş etmenin genelleştirilmiş hali olur. Baş etme biçimleri özellikle şemalar tetiklendiğinde görülür. Terapist, hastaya terapi sürecini tıkayabilen, şemalara erişimi engelleyebilen baş etme biçimlerini anlatır. Ayrıca madde bağımlılığı ya da duygusal kopukluk gibi baş etme biçimleri, kendilerindeki probiemlerdir. Baş etme biçimlerine bu giriş, kişisel bildirim ölçeklerini idare etmek için bir gerekçe sağlar ve geçmişteki sıkıntılı zamanlarla nasıl baş ettikleri hakkındaki bilgiyi hastaların kendiliğinden söylemesine yol açar.

Marika Vakası

Marika ile görüşmesinde (hasta ilk kez s. 111'de tanıtıldı) Dr. Young, James ile sıkıntılarının ilişkileri için benzersiz ya da hayatındaki daha büyük bir örüntünün parçası olup olmadığını belirlemek için geçmişe odaklandı. Aşağıdaki kısa pasajda Dr. Young önceki ilişkileri hakkında sorular sormaktadır. Mevcut problemle ilgili bilgi üzerinde kalarak bugünle başlamakta ve eskiyi incelemektedir.

TERAPİST: James'den önceki ilişkin nasıldı?

MARİKA: Neredeyse James onun yansıyan bir imgesiydi. Her ikisi de alkolikti. Her ikisi de sözel olarak istismarcıydı. James duygusal olarak beni terk ettiği yer, Chris'in fiziksel olarak beni bıraktığı yerdi -o gece boyunca dışarıda kalmıştı. Her iki erkek de para konusunda cömertti ve beni çok fazla sevdiklerini söylüyorlardı.

Bu noktada Marika'nın romantik ilişkilerinde bir örüntü ortaya çıkmaktadır. Her iki partnerin de "ağzı bozuk" ve onu "terk etmişlerdir". Her ikisi de maddi olarak çok cömertti. Terapist, onun Ayrılma ve Reddedilme alanındaki sahip olduğu -belki de Suistimal Edilme ya da Terk Edilme- şemalarıyla ilgili hipotezini oluşturur ve ona iyi davranan erkeklere reaksiyonları hakkında bilgi almak ister.

TERAPİST: Sana karşı iyi olan biriyle sen nasıldın? Mesela o hoş çocuk? Sana iyi davranan birisi olmalı.

MARİKA: Hiçbiri çok uzun sürmedi. Ben bitirdim. Gerçekten korkunçlardı.

TERAPİST: Çok mu fazla naziktiler?

MARİKA: Bir adam çok nazikti; arzuluydu, bana hediyeler veriyordu.

TERAPİST: Eleştirel miydi?

MARİKA: Hayır bütün sözcüklerime özen gösteriyordu. Gerçek bir diyalogumuz vardı.

TERAPİST: İlişkideki sorun neydi?

MARİKA: Avrupalıydı ve "eski dünyadandı".

Marika'nın tepkisi, James ile olan problemlerin durumsaldan çok şema yönelimli olduğu hipotezini destekler. Onun, iyi davranan erkeklere karşı ilgisiz olduğu, kötü davranan er-

keklerden etkilendiği, geçmişinde ortaya çıkan bir örüntüdür. Bu örüntü, modelimizle iyi uyuşmaktadır: Şema tetikleyicilerin romantik ilişkilerde seksüel kimya ürettiğine inanıyoruz. Marika'nın neden nazik erkeklerden etkilenmediğinin açıklaması, tatmin edici bir açıklama olarak inandırıcı değildir daha çok kimya eksikliğini gerekçelendirme gibi görünmektedir. Romantik ilişki için seçtiği adamlarda baş etme biçiminin öncelikle şemalara teslim olma olduğu ortaya çıkmaktadır. Diğer baş etme biçimleri Marika'nın James ile olan etkileşiminde ortaya çıkar. Duygusal yoksunluk duygularını aşırı telafi etmek için öfkeli ve talepkâr olmaktadır. Bu, James ile birlikte olma argümanlarını provoke eder, tıpkı çocukken babasından aldığı olumsuz tepkilere provoke olması gibi. Bu şekildeki aşırı telafinin sonucu, onun daha fazla yoksunluk duygusu hissini sonlandırmasıdır. Aşırı telafi girişimi, nihayetinde şemanın devam etmesine hizmet eder. Bu neredeyse her zamanki durumdur: Şemadan kaçınma ve aşırı telafinin sonucu, şemanın devamlılığıdır.

Şemalar ve baş etme biçimleri hakkında hipotezler geliştirilirken terapistler, bazı şemaların birbiriyle ilgili olup olmadığından bahseder. Birbirlerini tetikliyor gibi görünen şemalar var mıdır? Biz bunlara "bağlantılı şemalar" diyoruz. Örneğin; Marika, bağlantılı Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarına sahiptir. Sevgi yoksunluğu hissettiğinde kendini suçlar. James'in onu ihmal etmesini, kendi kusurlarına yormaktadır. O, karşılıksız sevilmek için "yeterince iyi" değildir. Yoksunluk duyguları, ayrılmaz bir şekilde Kusurluluğa bağlıdır.

ŞEMA ENVANTERLERİ

Geçmiş Yaşamı Değerlendirme Formları

Geçmiş yaşamı değerlendirme formları, hastanın mevcut problemlerinin, semptomlarının, aile geçmişinin, hayallerinin, bilişlerinin, ilişkilerinin, biyolojik faktörlerinin, önemli anılarının ve deneyimlerinin kapsamlı bir değerlendirmesini içerir. Envanter oldukça uzundur ve ev ödevi olarak verilebilir. Hasta, envanteri seans dışında tamamlamasıyla terapi zamanından tasarruf edebilir. Örneğin envanter, hastadan çocukluk anılarını listelemesini ister. Bu anılar, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar için ipuçlarıdır. (Bazen görüşmede istismarı bildirmeyen hastalar, ölçek üzerinde bunu bildirebilirler. Terapiste yüz yüze söylemeye dilleri varmayabilir, fakat evlerinde yazarken terapiste anlatabilirler). Terapist, yaşam örüntüleri, şemalar ve baş etme biçimleri hakkında hipotezler biçimlendirmek için materyal kullanabilir.

Young Şema Ölçeği

Young Şema Ölçeği,[3] şemaları değerlendirmek için bir özbildirim ölçeğidir[4]. Hastalar, 6'lı Likert ölçeği üzerinde her başlığın onları ne kadar iyi tanımladığı hakkında kendilerini değerlendirirler. Terapist, YŞÖ'yü genellikle eve götürmesi ve birinci ya da ikinci seanstan sonra tamamlaması için hastaya verir.

Ölçek başlıkları, şemalara göre gruplanmıştır. Hangi şemanın ölçüldüğünü terapiste belirtmek için her başlık grubundan sonra iki harfli kod belirir. Bununla birlikte şemanın ismi, ölçeğin kendisi üzerinde değildir. Puanlama formu üzerinde kısaltmalar için bir anahtar ortaya çıkar.

Terapist genellikle sonuçları yorumlamak için hastanın her şeması için toplam puan ya da ortalama puan hesaplamaz. Bunun yerine terapist, en yüksek puanları (genellikle 5'ler ve 6'lar) daire içine alıp dikkatini örüntülere vererek her şema için ayrı ayrı başlıklar arar. Terapist, hastanın yüksek puan verdiği başlıklar hakkında sorular sorarak hastayla birlikte tamamlanmış ölçeği yeniden gözden geçirir. Eğer hasta belirli bir şema üzerine üç ya da daha fazla yüksek skora (5 ya da 6 değerlerine) sahipse şemanın genelde hasta ile ilgili olduğunu

ve araştırmaya değer olduğunu klinik olarak gözlemlemiş durumdayız.

Terapist, soru sorarak ilgili her şema hakkında hastayı konuşmaya yöneltmek için yüksek puanlı başlıkları kullanır. "Bu açıklamanın yaşamınızla nasıl bir ilgisi olduğunu anlatabilir misin?" Bu şekilde hastayla ilgili her şema için iki yüksek puanlı başlık incelemek, şemanın özünü ifade etmek için yeterlidir. Terapist hastaya, her yüksek puanlı şemanın ismini, günlük kelimelerle şemanın anlamını öğretir ve *Hayatını Yeniden Keşfet*'ten[5] şemalar hakkında daha fazlasını okuması için hastayı cesaretlendirir.

Değerlendirmenin bu noktasında terapist, hastanın mevcut problemlerini bilir ve odaklanılan geçmiş yaşamındaki örüntüleri inceler. Terapist, hastanın şemaları ile ilgili hipotezlerini biçimlendirir. Young Şema Ölçeği üzerindeki tepkiler bu hipotezleri destekleyebilir ya da çürütebilir ve önceki bilgiyi yalanlayabilir. Terapist, tutarsızlıklar üzerine sorular sorar. Bazı hastalar, soruları yanlış yorumlar, onları yeniden yazar ya da oldukça kişisel ve ya idiosenkretik biçimlerde yorumlar. Terapist, şemaları doğru saptamayı garanti etmek için çelişkileri açıklığa kavuşturur.

Bazı hastalar, ölçeği doldurmanın şemaları tetiklediğini düşünür. Ciddi erken dönem travma yaşamış BKB olan hastalar kırılgan hastalar, başlıklara cevap verirken güçlü duygular deneyimleyebilirler, bu nedenle yavaş ilerlemek gerekir. Terapist bu hastalardan her hafta için belli bir sayıdaki başlığı doldurmasını isteyebilir ya da hasta seansta terapistle birlikte ölçek üzerinde çalışabilir. Bazı hastalar, üzücü sorulara ölçekten kaçınarak tepki verebilirler. Başlıkları doldurmayı bırakırlar ve anketi doldurmayı "unutmuş" olurlar ya da başlıkları düşük puanlarla aceleyle değerlendirirler. Şemalarla yüzleşmekten kaçınmak için ölçekten kaçınırlar. Bu tür tepkiler, şemadan kaçınma baş etme biçimine işaret eder. Eğer hastalar, ölçeği tamamlamada zorlandıklarında ısrar ederlerse, terapist zorlamaz. Bunun yerine terapist hastayla birlikte ölçeği tamamlayamamasının nedenlerini inceler. Eğer bu engellerin nispeten hızlı bir şekilde üstesinden gelemezsek bunu hastanın önemli derecede kaçınma problemi olduğunun bir işareti olarak görürüz ve şemaların uygulandığı yerleri belirlemek için değerlendirme sürecinin diğer aşamalarına daha fazla yöneliriz.

Genelde yüksek puanlı şemalara dayanarak, hastayla tamamlanmış ölçeği incelemek için bir iki seans harcarız. Çünkü hastalara, ölçek üslubunu değiştirmeye müsaade edildiğinden genelde terapist ve hastanın tartışabileceği pek çok şey vardır. Ölçek başlıkları üzerine konuşma, hastaların hızlıca önemli materyali keşfetmesini sağlar. Terapist ve hasta ölçeği yeniden incelerken terapist hastanın şemaları hakkında devamlı formüller kurar ve varsayımları tekrar gözden geçirir ve şemaları hastanın mevcut problemlerine ve geçmişine bağlar.

Young Ebeveynlik Envanteri

Young Ebeveynlik Envanteri[6] şemaların çocukluk kökenlerini tespit etmenin birincil araçlarından biridir. YEE, şemaların gelişimine katkı sağladığını varsaydığımız çeşitli davranışlar üzerine tepki verenlerin anne ve babalarını ayrı ayrı değerlendirdiği 72 başlıklı bir ölçektir. YŞÖ gibi YEE, 6'lı Likert ölçeği kullanır ve başlıklar şemalara göre grupianır. Genellikle YŞÖ'den -tipik olarak hastanın şemalarının kökenlerini tartıştığımız yaklaşık 5. ya da 6. seanslar- sonra birkaç haftalık ev ödevi olarak hastalara genelde YEE veririz.

Eğer hastalar, çocukken evlerinde üvey anne baba, büyükanne, büyükbaba ya da ebeveyn vekilleri varsa çocuk ya da yetişkin olarak yaşadığı ilave ebeveyn ya da ebeveyn vekilleri için sütunlar eklenerek ölçek uyumlu hale getirilir. Örneğin; annesi ve babasıyla yaşayan bir hasta 5 yaşındayken babası ölür, annesi ve üvey babasıyla yaşamaya başlar. Hasta bir sütun daha ekler ve annesi, babası ve üvey babası için YEE üzerine başlıkları değerlendirir.

Envanter, Erken Dönem Uyumsuz Şemaların her biri için gözlemlediğimiz en yaygın kökenlerin bir ölçütüdür. Gözlemlerimizden hareketle bu, belirli şemaların gelişimini biçimlendirme olasılığı olan çocukluk ortamını yansıtır. Bununla birlikte hastanın çoğunlukla belirli bir şemayla ilgili çocukluk ortamı deneyimleyip yine de beklenen şemaları geliştirmemesi olasıdır. Bunun çok sayıda nedeni vardır: (1) Hastanın mizacı şemanın gelişmesini engeller; (2) çocuğun yaşamındaki ebeveyn ya da önem verdiği başkası, diğerlerini dengelemektedir; veya (3) hasta, önemli bir kişi ya da yaşamının sonrasındaki bir olay şemayı iyileştirmiştir.

Terapist, YŞÖ'ye benzer bir şekilde YEE'yi puanlar. Terapist, her iki ebeveyn için 5-6 puanlı tüm başlıkları daire içine alır. (5 ya da 6 puanının belirli bir şema için köken olarak kliniksel önemi olma ihtimalinin yüksek olduğunu varsayıyoruz.) Beklentiler sadece 1 ile 5 arasındaki başlıklardır ki bunlar da Duygusal Yoksunluğun kökenlerini değerlendirir ve tam tersi şekilde puanlanırlar: *Düşük* puanlar, Duygusal Yoksunluğun kökeniyle ilişkisini temsil eder. YŞÖ'den farklı olarak potansiyel önemi olması bir başlık için belirli bir şema üzerine yüksek puandan fazlasına ihtiyaç yoktur. Belirli bir şemayı var eden yüksek puan oldukça şemanın hasta ile bağlantılı olduğundan daha fazla emin olduğumuz gerçeğine rağmen, YEE üzerindeki yüksek puanlı başlık, bir şema kökeni olarak anlamlı olabilir. Örneğin hasta, bir ebeveyni tarafından cinsel istismara uğradığını YEE başlığı üzerinde belirtiyorsa, bu düşük şema için diğer kökenleri değerlendirse bile kendisinin Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahip olması muhtemeldir.

Bir sonraki seansta terapist hastanın puanlarını yeniden gözden geçirdikten sonra hasta ve terapist birlikte yüksek puanlı başlıkları tartışırlar. Terapist, hastayı ebeveynin nasıl davranış gösterdiğine işaret eden çocukluk ya da ergenlikten örnekler vererek her bir kökenin derinine inmesine teşvik eder. Bu tartışma, her iki ebeveynin de hastanın şemalarını geliştirmeye nasıl katkı sağladığının tam ve kesin bir resmini, terapist elde edene dek devam eder. Terapist, hastaya her köken ve uygun şema arasındaki ilişkiyi ve ayrıca çocukluk köken ve şemasının hastanın mevcut problemleriyle nasıl bağlantılı olduğunu açıklar.

YEE, hastaların sahip olduğu şemaları ölçmek için değil bunun yerine YŞÖ üzerindeki yüksek puanlı şemalar için olası kökenleri tespit etmek üzere tasarlanmış olmasına rağmen YEE yine de şemaların *dolaylı* ölçümünün değerli olduğunu ispat etmiştir. Eğer bir hasta bir şemanın tipik kökenlerini yansıtan YEE üzerindeki başlıkları güçlü bir şekilde onaylıyorsa YŞÖ üzerindeki aynı şemayı düşük değerlendirse bile hastanın sahip olduğu şemayı gözlemleriz. Bunun için en olası açıklama, hastaların duygularıyla bir iletişimi olmasa bile ebeveynlerin neye benzediğini kesin olarak tespit edebilmeleridir. Bu nedenle yüksek kaçınma şemalı hastalar için YEE, şemaları tespit etmek üzere YŞÖ'den daha iyi bir ölçüm olmasını sağlar.

Terapist YEE üzerindeki tepkilerle YŞÖ üzerindeki tepkileri karşılaştırır. Ölçek üzerindeki yüksek puanlı şemalar, diğer ölçek üzerindeki yüksek puanlı şemalarla uyuşuyorsa, bu şemaların olası önemlerini arttırır. Ayrıca uyuşmazlıklar önemli bilgi verir. YŞÖ'deki gibi YEE üzerindeki puanlar şemadan kaçınma ya da aşırı telafinin bir sonucu olarak düşük olabilirler. Bir tepki beklenmedik derecede düşükse terapist, "Şema ölçeğinize göre yaşamınız boyunca insanlar sizi kontrol etmeye çalışmış, ebeveynlik envanterine göre anne ve babanız hayatınızı yönetmeye çabalamamış. Bu iki açıklamanın da size nasıl uygun olduğunu anlamama yardım edebilir misiniz?" gibi şeyler söyleyebilir. Bu gibi belli uyumsuzlukları çözmeye çalışmak, hem hastanın şemalarını ve kökenlerini açığa çıkarmada hem de hastanın engellendiği ve sakındığı olaylarla ve duygularla yüz yüze gelmesine yardım etmede oldukça faydalıdır.

Young-Rygh Kaçınma Envanteri

Young-Rygh Kaçınma Envanteri,[7] şemadan kaçınmayı değerlendiren 41 başlıklı bir ölçektir. "Yalnızken biraz televizyon izlerim", "beni üzecek şeyler üzerine düşünmek istemem" ve "durumlar benim için iyi gitmezse kendimi fiziksel olarak hasta hissederim" gibi başlıkları içerir. Bireyler 6 uçlu ölçek üzerinde tepkileri değerlendirir.

Diğer envanterlere göre terapist, toplam puanla özel olarak ilgilenmez bunun yerine, yüksek puanlı başlıkları hastayla tartışır. Bununla birlikte yüksek toplam puan, şemadan kaçınmanın genel örüntüsüne işaret eder. Envanter, şema özellikli değildir: Kaçınma baş etme biçimi, bir şemadan kaçınmak için kullanılabilen yaygın bir özelliktir.

Young Telafi Envanteri

Young Telafi Envanteri[8] şemanın aşırı telafisini değerlendiren 48 başlıklı bir ölçektir. Başlıklar, "her şey yanlış gittiğinde genelde başkalarını suçlarım", "karar verirken hata yapmayacağım diye ıstırap çekerim", "kurallardan hoşlanmam, onları yıkmaktan memnun olurum" gibi açıklamaları içerir. Envanter 6 uçlu ölçek kullanır.

Terapist aşırı telafi envanterini kliniksel bir araç olarak kullanır ve hasta ile yüksek puanlı başlıkları tartışır. Örneğin hasta baş etme biçimi olarak suçu kabul ediyorsa terapist, bir örnek ister. Terapist, suçlamanın diğer şeyleri, daha üzücü duyguları -belki de utanç duygusunu- aşırı telafi edip etmediğini araştırır. Terapist "suçluluk, olaydaki kendi utanç duygularınızla baş etmenizin bir yolu olabilir mi?" diye sorabilir. Terapi sürecinde hastalar, bu iki envanter üzerinde belirlenen baş etme biçimlerinin kullanımını kendileri izler.

HAYAL KURMA DEĞERLENDİRMESİ

Değerlendirme sürecinin bu noktasında terapist, geçmiş yaşama odaklanır ve hasta ile tamamlanmış ölçekleri yeniden gözden geçirir. Terapist ve hasta, hastanın şema ve baş etme biçimlerinin entelektüel anlamını inşa eder.

Bir sonraki adım, terapi seansında hastanın şemalarını tetiklemektir, böylece terapist ve hasta onları hissedebilirler. Terapist, bunu hayal kurma ile başarır. Hayal kurma, birçok hasta için çok güçlü değerlendirme aracıdır. Çoğunlukla çekirdek materyalin anlık ve dramatik açığa çıkmasının yanı sıra şemaları tespit etmenin en etkili yollarından biri olabilir. Hastalarla nasıl hayal kurma çalışması yapılacağının detaylı açıklaması Bölüm 4'te verilmiştir. Burada değerlendirme için hayal kurma kullanımının kısa bir gözden geçirimini sunuyoruz.

Değerlendirme için "hayal kurma" amaçları:

1. Hastanın şemalarını tespit etmek ve tetiklemek
2. Şemaların çocukluk kökenlerini anlamak
3. Şemaları mevcut problemlere bağlamak
4. Şemalarla ilgili duyguları hastanın deneyimlemesini sağlamaktır.

Hastalara hayal kurma çalışmasına ikna edici bir gerekçe sağlayarak başlarız: Hayal kurma onların şemalarını hissetmesine, şemalarının çocukluk kökenlerini anlamasına, mevcut problemlerini kendi şemalarına bağlamasına yardım edecektir.

Hastalara bu kısa gerekçe verildikten sonra onlardan gözlerini kapatmalarını ve zihinlerinin en tepesindeki hayal dalgalanmasına izin vermelerini isteriz. Hastadan hayali zorlamamasını fakat onu kendi gelişimine bırakmasını isteriz. Hastalar bir hayali canlandırmaya başlar başlamaz, bize onu yüksek sesle ve şimdiki zamanda tanımlamasını istiyoruz. Onların bunu canlı ve duygusal olarak gerçek bir biçimde yapmasını sağlarız.

Aşağıdaki egzersiz, hayal kurmak için okuyucuların kendi başlarına denemek isteyebilecekleri bir giriştir. Bu, şema terapi üzerine çalıştaylara katılan terapistler için geliştirdiğimiz ve grup eğitim egzersizine dayalı olan örnektir.[9]

1. Gözlerinizi kapatın. Kendinizi güvenli bir mekânda hayal edin. Sözcükler ya da düşünceler değil resimler kullanın. Bırakın hayal kendi kendine gelişsin. Detaylara dikkat edin. Neyi hayal ettiğinizi bana anlatın. Ne hissediyorsunuz? Yanınızda birisi var mı yoksa yalnız mısınız? Güvenli bir ortamda rahatlık ve huzur duygularının tadını çıkarın.

2. Gözlerinizi kapatın ve bu hayali silin. Şimdi kendinizi üzücü bir durumda ebeveynlerinizden biriyle birlikte bir çocuk olarak hayal edin. Ne görüyorsunuz? Nerdesiniz? Detaylara dikkat edin. Kaç yaşındasınız? Bu hayalde neler oluyor?

3. Ne hissediyorsunuz? Ne düşünüyorsunuz? Ebeveyniniz ne hissetmekte? Ebeveyniniz ne düşünüyor?

4. Kendinizle ebeveyniniz arasında bir diyalog yürütün. Ne söylersiniz? Ebeveyniniz size ne der? (Diyalog doğal bir sonuca ulaşana dek devam edin.)

5. İmkânsız gibi görünse bile hayalinizde ebeveyninizin nasıl değişip farklı olmasını istediğinize dikkat edin. Örneğin ailenizin size daha fazla özgürlük vermesini ister misiniz? Daha fazla sevgi? Daha fazla anlayış? Daha fazla kabullenme? Daha az eleştiri? Daha iyi bir rol modeli olmak? Şimdi hayalinizde onların nasıl değişmesini istediğinizi bir çocuk kelimeleriyle anlatın.

6. Ebeveyniniz size nasıl bir tepki verdi? Hayalinizde daha sonra ne oldu? Sahne bitene dek devam edin. Sahnenin sonunda ne hissediyorsunuz?

7. Gözlerinizi kapalı tutun. Şimdi bir çocuk olarak bu hayalde hissettiğiniz duygulara yoğunlaşın. Duygularınızı daha da güçlendirin. Şimdi duyguyu bedeninizde tutun bir çocuk olarak kendi hayalinizi silin. Aynı ya da benzer hissettiğiniz *şimdiki* yaşamınızda bir durum hayal edin. Bunu zorlamaya

çalışmayın, bırakın kendisi başlasın. Hayalinizde ne olmakta? Ne düşünüyorsunuz? Yüksek sesle söyleyin. Hayalinizde başka birisi varsa bu kişiye onun nasıl değişmesini istediğinizi söyleyin. Bu kişi size nasıl bir tepki vermekte?

8. Hayalinizi silin ve güvenli ortamınıza dönün. Tekrar rahatlatıcı duyguların tadını çıkarın. Gözlerinizi açın.

Hastalarla yürüttüğümüz hayal kurma değerlendirmesi, bu alıştırmaya benzerdir. Güvenli bir ortamda başlayıp bitiririz. Hastaların çocukluk ya da ergenliklerindeki her bir ebeveyni ve diğer önemli figürleri ile üzücü çocukluk durumlarının hayallerini ayrı ayrı kurmasını isteriz. Daha sonra hastaların hayallerindeki bu kişilerle duygularını, düşüncelerini ve onların başkalarından alabilmeyi istedikleri şeyleri ifade ederek konuşmasını öğretiriz. Bu durumda hastaların, çocukluk durumuyla aynı hissettikleri *mevcut* yaşamlarından bir hayale geçmelerini isteriz. Bir kez daha hastalar, başkalarından ne istediklerini ve ne düşünüp hissettiklerini yüksek sesle söyleyerek erişkin yaşamlarından bir kişiyle diyalog yürütür. Hastanın şemalarının oluşumuna katkı sağlayan çocukluktaki tüm önemli kişileri kapsayana dek bu süreci tekrarlarız. (Deneysel teknikler üzerine olan Bölüm 4'te bir hasta ile bu çalışmayı yürüten Dr. Young'ın geniş not dökümü bulunmaktadır.)

Terapistin seans başında hasta ile hayal kurma çalışmaları yapmaya başlaması önemlidir böylelikle sonradan oluşanları tartışmak için yeterli zaman kalır. Bu tartışmada terapist, şemaları tespit etmek, çocukluktaki kökenleri anlamak ve mevcut problemleri onlara bağlamak için hastanın hayalleri incelemesine yardım etmelidir. İlaveten terapist, hastanın önceki değerlendirme modalitelerinden gelen bilgiyle hayal çalışmasını birleştirmesine yardım eder.

Bazen hastalar hayal kurma seansından sonra çok endişelenirler. Seansın başlarında hayal kurma çalışmasına başlamak, hastanın bırakmak zorunda kalmadan önce iyileştirmesi için yeterli zamanın temin edilmesine yardım eder. Hastalar, hayal

kurma çalışmasından korktuklarında terapist hastanın rahat hissetmesine çalışır. Terapist onlara, hayal kurmanın kontrol altında olduğunu söyler. Terapistin konsantrasyonu arttırmak için gözlerini kapatmalarını istemesine rağmen eğer boğucu olursa gözlerini açık tutabilirler. Çünkü travmatik geçmiş, güvensizlik duyguları, anksiyete nedeniyle bazı hastalar gözlerini kapatmak yerine yere doğru bakar şekilde hayal kurma çalışmasına katılırlar. Egzersiz sırasında terapistin onları izlememesi yönünde bazı istekler olabilir. Terapist gerekli kolaylıkları sağlar. Egzersizden sonra terapist dikkatli bir çalışma uygulayarak bu hastaları seans sona ermeden önce şimdiki ana yerleştirme ihtiyacı duyabilir.

Genelde hastanın çocukluğundan gelen üzücü bir imgeyle başlarız ve sonra bu imgeyi hastanın mevcut yaşamından gelen üzücü bir imgeye bağlayarak çalışmaya devam ederiz. Bununla birlikte hayal kurma çalışması, farklı biçimlerde de ilerletilebilir. Örneğin eğer hasta seansa mevcut bir durumla ilgili zaten üzgün geliyorsa başlangıç noktası olarak bu durumun hayalini kullanabiliriz: Mevcut durumun hayalini kurmasını isteyebilir ondan sonra zamanda geriye gidip aynı biçimde hissettiği çocukluktan bir hayal kurmasını isteyebiliriz. Başlangıç noktası olarak hastanın yapısındaki belirli bir semptomun hayalini kullanmaya başlayabiliriz. Örneğin; "Acı duyarken geçmişin hayalini kurabilir misiniz? Neye benzemekte? Acı ne söylüyor?" diye sorabiliriz. Başlangıç noktası olarak hastanın deneyimlediği, fakat anlamadığı güçlü duygularını kullanabiliriz. Aşağıda birkaç örnek verilmiştir.

Vaka Örnekleri

Çocukluk Hayali

Nadine 25 yaşındadır. Depresyon için terapiye başvurmuştur. Nadine, büyük bir şirkette büro müdürü olarak çalışmaktadır. O, ofis tartışmalarının mükemmel bir arabulucusu olduğu ve genelde başkalarının kaçınmayı tercih ettiği görevleri

almak istediği için işte sürekli terfi almıştır. Üst düzeyde çalışmasına rağmen terapist, depresyonunun onun çalışma davranışının şema yönelimli ve ona zararlı olduğunun bir işareti olarak belirledi.

Geçmiş yaşamında, Nadine babası dışında herkesin öfke ifadesinin yasaklandığı dindar bir ailede büyüdüğünü söyledi. Nadine, beş çocuğun en büyüğüydü. Annesinin hasta olmasına ve kendisinin de küçük kardeşlerinin ağır sorumluluğunu almış olmasına rağmen şikâyet edilmesine izin verilmemekteydi. Ailesi ve kardeşleri uğruna fedakarlık etmek zorundaydı, göründüğünden daha yoksundu.

Çocukluğu ile ilgili hayal kurma çalışması yaparak Nadine, babası tarafından annesine yanlış ilaç verdiğine dair yanlış bir şekilde suçlandığı bir olayı anlattı. Aslında ilacı veren Nadine'nin küçük kardeşiydi fakat Nadine, kardeşini karıştırmanın yanlış olduğunu düşündü ve suçu üzerine aldı. Önce öfkesini özverisinde bastırarak kızgın babasına direndi. Terapist aynı duygularla şu andaki bir durumun hayalini kurmasını istediğinde Nadine, iş yerinde altında çalışan bir kişinin hatasını üstlendiği bir hayal kurdu.

Nadine'nin Kendini Feda şeması, işte onu sömürüye açık hale getirmişti. Aile kökenindeki gibi Nadine, istenmeyen görevler için gönüllü olarak ve suçu üstlenerek tartışmalarda aracılık yapıyordu. Öfkesini bastırmakta fakat depresyonu ilerlemektedir. Kendini feda etme şeklinde hareket ederken duygusal yoksunluğu korumaya yardım eder. (Bu neredeyse her zaman doğrudur: Kendini Feda şeması olan hastalar aynı zamanda Duygusal Yoksunluk şemasına da sahiptirler. Çünkü kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye odaklanırlar). Evde ve işte Nadine başkalarını dikkate alır, fakat onu kimse dikkate almaz. Hayal kurma, Nadine'nin çocukluğundaki Kendini Feda şemasının kökenini ve şemanın depresyonla bağlantılı olduğunu fark etmesine yardım eder.

Bir Duyguya Bağlı Hayal Kurma

Diane, başarılı bir şekilde kendi işini yürüten 50 yaşında boşanmış bir kadındı. Önceki terapiye tepki vermeyen anksiyetenin geçmişini anlattı. Anksiyete duyarak ve nedeninden emin olamadığını açıklayarak şema terapinin üçüncü seansına ulaştı. Haftanın olaylarını gözden geçirdiğinde 17 yaşındaki kızının geçen gece onu işten almaya geç kaldığını söyledi. Aslında tehlike için bir neden olmadığını biliyordu, ama duygusal olarak çok korkmuştu. Anksiyetesi o ana dek sürmüştü.

Terapist, Diane'nin gözlerini kapatıp kızının onu almasını bekleyerek geçirdiği önceki geceyi hayal etmesini istedi. Diane canlı bir resme sahipti ve korku duygusunu yeniden hatırlayacaktı. Terapist, bir çocuk olarak aynı biçimde hissettiği anın hayalini kurmasını istedi. Diane kendisinin yaz kapının son gününde ailesinin onu alması için bekleyen bir çocuk olduğu hayali kurdu. Annesi manik-depresif olup ona düzenli bir şekilde bakılamadığından ve babasının da sık sık evden uzaklaşan bir pazarlamacı olduğundan Diane kendisi için kimsenin gelmeyeceğinden korkuyordu. Aileleriyle birlikte ayrılan diğer çocukları gördüğünde deli gibi ileri geri yürümeye başladı. Sonunda tek çocuk o kalmıştı. Bu hayal Diane'nin Terk Edilme şemasını göstermektedir.

Terapist, kızının onu almasını beklediği mevcut imgeye dönerek Diane'nin çalışmaya devam etmesini istedi. Diane artık neden bu kadar korktuğunu biliyordu: Terk Edilme şeması, kızının geç kalmasıyla tetiklenmişti. Hayal kurma çalışması, anksiyetenin altında yatan şemanın tanısına yardımcı oldu. Hastalar anlayamadıkları duyguları çok güçlü bir şekilde hissettiklerinde hayal kurma, altta saklı olan şemayı keşfetmelerine yardım edebilir.

Somatik Semptomlara Bağlı Hayal Kurma

Somatik semptomlar, çoğunlukla şemadan kaçınmanın işaretleridir. Hastalar somatik semptomlara sahiplerse hayal kurma, altta yatan şemaları tespit etmek için bilişsel ve duygusal kaçınmanın üstesinden gelmeye yardım edebilir. Paul, 46 yaşında bir doktordur. Kendisini vücudunda yer değiştiren tümör olduğu korkusundan kurtarma çabasına terapide 20 yıldan fazla harcamıştır. Bunun mümkün olmadığını söyleyecek tıbbi bilgiye sahip olmasına ve yıllardır tıbbi testlerin herhangi bir biyolojik anormallik tespit edememelerine rağmen Paul, ölümcül derecede hasta olduğu ve her an tümör yüzünden ölebileceği korkusunda ısrar etmektedir.

Hayal kurmada terapist, Paul'un o anda vücudundaki tümörün nerede olduğunu tespit etmesini ister. Terapist ondan tümörün hayalini kurmasını ve onun boyutunu, dokusunu, biçimini ve rengini tanımlamasını ister. Terapist onun tümörüyle konuşması, neden vücudunda olduğunu sorması ve sonra tümör rolünü alıp cevaplaması talimatını verir. Tümör olarak konuşurken Paul, onun işini iyi yapmadığını ve kötü yaptığını söyler. Tümör, onu cezalandırmak için vücudundadır. Paul, daha özenli çalışsa iyi olur yoksa tümör onu ölümle cezalandıracaktır.

Terapist o zaman Paul'den çocukken kendisine aynı şeyi hissettiren bir kişiyi hayal etmesini ister. Paul, hoşgörüsüz babasıyla birlikte bir çocuk olarak kendini hayal eder. Babası ona okul notlarının kabul edilemez olduğunu ve daha sıkı çalışması gerektiğini söylemektedir. Tümör gibi babası, Paul'un Yüksek Standartlar şemasını şekillendirmektedir. Hayal kurma, Paul'ün somatik semptomun altında yatan şemaya erişmesine ve babasıyla çocukluk ilişkilerindeki şemanın kökeni anlamasına yardım eder.

Şemadan Kaçınmanın Üstesinden Gelme

Şemadan kaçınma, hayal kurma değerlendirme çalışmasına en yaygın engeldir. Şemadan kaçınma birçok yoldan kendini gösterir. Hastalar, bunu hor görerek yardımcı olmayacağını söyleyip egzersiz yapmayı reddedebilir. (Bu, narsisistik hastadan gelen bir tepki gibidir.) Hastalar, sorular sorarak savsaklayabilirler ya da terapistin dikkatini dağıtmak için ilgisiz konulardan bahsedebilirler. Gözlerini açık tutabilirler ya da sadece "boşluğa" bakmada ısrarcı olabilirler. Hayaller, anlam çıkarmak için fazla belirsiz olabilir ya da sadece "çöp adam" görebilirler.

Şemadan kaçınmanın pek çok olası nedeni vardır. Bazılarının kolayca üstesinden gelinebilir: Hasta, eylemleri ile ilgili içine kapanık olabilir, egzersizi doğru yapma üzerine endişelenebilir ya da konsantre olmak için çok gergin olabilir. Çoğu kez terapist, hayal kurma çalışması için gerekçeleri basitçe tekrar ifade ederek ve üstesinden gelinmesi için güven vererek bu zorlukları çözebilir. Terapist ayrıca daha az korkutucu materyalle başlayabilir: Örneğin; terapist, mutlu edici ya da nötr hayallerle başlayabilir ve sonra adım adım daha üzücü imgelere ilerler.

Hayal kurma çalışmasının şemadan kaçınmanın üstesinden gelmesi için çeşitli metotlara sahibiz. Deneysel teknikler üzerine olan bölümde (Bölüm 4) bunu daha kapsamlı açıklıyoruz fakat burada kısaca listeleyelim. Bunlar, aşağıdakileri içermektedir:

1. Hayal kurma çalışmasının gerekçesi ile ilgili hastayı eğitme.
2. Egzersiz yapmanın avantajları ve dezavantajlarını inceleme.
3. Sakinleştirici hayal kuram ile başlayıp aşama aşama anksiyeteyi kışkırtıcı materyale ilerleme.
4. Hastanın kaçınmacı yönüyle diyalog yürütme (mod çalışması).

5. Dikkat ya da rahatlama çalışmaları gibi etkili düzenleme teknikleri kullanma.
6. Psikotropik ilaç tedavisine başlama.

Bazı hastalar, kendilerini çocuk olarak hayal etmede sorun yaşarlar. Bu meydana geldiğinde hastaların kendilerini bugünde hayal etmeleri faydalı olabilir. O zaman erişkinlik başlangıcına, ergenliğe ve son olarak da çocukluğa dönüp çalışılabilir. Hastaların, ebeveynlerini ya da kardeşlerini çocukluklarında hayal etmelerini istemek faydalı olabilir. Bazen hastalar, kendilerini hayal edemezler fakat başka insanları hayal edebilirler ve çocukluk döneminden çıkartabilirler. İlaveten hastalar, hayalleri uyarmak için kendilerinin çocuk olarak fotoğraflarını getirebilirler. Terapist ve hasta fotoğraflara birlikte bakabilirler ve terapist "Çocuk neyi düşünüyor olabilir? Çocuk ne hisseder? Çocuğun istediği nedir? Sonraki resimde ne oluyor?" gibi sorular sorabilir.

Şemadan kaçınmanın üstesinden gelmenin diğer metodu, hastanın kaçınmacı yönüyle diyalog yürütmektedir. Bu yöne biz "Kopuk Korungan" modu diyoruz (bkz. bölüm 8). Kopuk Korungan, hastayı duyguları keserek korur. Terapist, hastanın çekirdek şemalarının olduğu savunmasız kısma - İncinebilir Çocuk modu- erişmek için Kopuk Korungan ile müzakere eder.

Bununla birlikte bazen terapistin şemadan kaçınmanın üstesinden gelmesi çok kolay değildir. Israrlı şemadan kaçınma, hastanın şemasının ciddi olduğunu gösterebilir. Örneğin; istismar edilmiş hastalar kendilerini duygusal olarak incinebilir yapacak kadar çok güvensiz olabilirler. Çok kırılgan hastalar, telafi edememe olasılığı nedeniyle duygulanımın şemaya bağlanmasını deneyimlemekten çok korkabilirler. Şiddetli şemadan kaçınma ve aşırı telafiler, negatif etkiyi tolere edemediklerinden hayal kurmada sorun yaşarlar. Bu hastaların tamamı, hayal kurma çalışmasına girişmeden önce terapistle daha sağlam ve güvenilir bir bağ kurma ihtiyacı duyabilirler. Hayal

kurma çalışması genelde terapötik ilişkinin zamanla gelişmesiyle olası hale gelir.

Bazı hastalar, yaşadıkları travmatik bazı şeyler ve onları engelliyor olmaları nedeniyle çocukluk hayallerinde çok zorluk çekerler ya da diğer uçta, atmosfer o kadar boş ve düzdür ki aldırmazlık ve yoksunluk yaşarlar. Birkaç çocukluk anıları vardır. Bu durumda terapist, diğer değerlendirme metotları aracılığıyla şemaların bilgisini elde etmek zorundadır. Bunun dışında travma geçirmiş ve ihmal edilmiş hastaların şemalarına ipucu veren heyecanlar ve duygular belirtmesi olasıdır. Örneğin hastalar, gözlerini kapadıklarında tuzağa düşmüş hissi duyabilirler ya da yalnızlık duygusunu ifade edebilirler. Bu heyecanlar ve duygular hastanın şemaları ile ilgili terapistin hipotezler kurmasına yardım edebilir.

Terapötik İlişkiyi Değerlendirme

Hastanın şemaları ayrıca terapi ilişkisinde ortaya çıkar. (Şüphesiz bu, terapistin şemaları için de geçerlidir: Terapistin kendi şemaları da tetiklenir. Bu karşı aktarım konusunu terapötik ilişkiler üzerine olan Bölüm 6'da ele alacağız.) Terapi ilişkisinde hasta şemalarının tetiklenmesi ve terapistin daha fazla değerlendirme materyali toplaması için bir fırsat sunar. Terapist ve hasta, hem geçmişteki olayları hem de bugünkü koşulları dahil ederek şemaları ve tetikleyicileri, ilgili düşünceleri ve duyguları tespit etmek için çalışıp neyin ortaya çıktığını tartışabilirler. Terapist, hastaların aynı biçimde hissetmesine sebep olan diğer kişileri hatırlamalarını ister.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, terapide karakteristik davranışlar üretir. Örneğin, Bağımlılık şeması olan bir hasta, ölçek ve ev ödevleri için takrar tekrar yardım isteyebilir; Kendini Feda şeması olan bir hasta, aşırı terapist endişesi duyabilir ya da terapistin sağlığı ve ruh haliyle ilgili sık sık bilgi almak isteyebilir; Hak Görme şeması olan bir hasta, sürekli programlama değişiklikleri ya da ekstra zaman gibi özel tedavi isteklerinde bulunabilir; Terk Edilme şeması olan bir hasta,

terk edilme korkusunu terapist üzerine yaslayarak direnebilir; Güvensizlik/Suistimal Edilme şeması olan bir hasta, terapistin not alma ya da gizliliğe bağlılığı üzerine kuşkuyla sorular sorabilir; Kusurluluk şeması olan bir hasta, göz kontağından kaçınabilir ya da iltifatları kabul etmede zorlanabilir; Yapışıklık şeması olan bir hasta, terapistin görünüşü ya da stilini taklit edebilir. Terapist, terapi ilişkisi içerisinde hastanın nasıl davrandığını keşfederek hastanın şemaları hakkında bilgi edinebilir. Terapist, bununla ilgili empatik bir şekilde şema koşulları içersinde konuşarak bu bilgiyi hasta ile paylaşır.

Duygusal Mizacı Değerlendirme

Bölüm 1'de bahsettiğimiz gibi duygusal mizacın varsayılan yedi boyutunu bilimsel literatür ve kendi klinik gözlemlerimizden faydalanarak tespit ettik.

Gevşek ↔ Tepkisiz
Distiymik ↔ İyimser
Anksiyöz ↔ Sakin
Obsesif ↔ Dağınık Dikkat
Pasif ↔ Agresif/Saldırgan
Sinirli ↔ Keyifli
Sakin ↔ Girişkin

Mizacı bu boyutlar üzerinde bir takım noktalar olarak kavramsallaştırırız. Mizaç şemaları idare etmek için bireylerin benimsediği baş etme biçimlerini etkiler.

Mizacı değerlendirmenin çok sayıda nedeni vardır. İlki, mizaç doğuştan gelir ve daima hastanın çevresine nasıl tepki verdiğinin önemli bir parçası olacaktır. Her mizaç bazı sakıncalar yaratmasına rağmen bir takım faydalar da sağlar. Herkesin mizacının avantajları ve dezavantajları vardır. Hastalar, doğalarını anlayıp kabul etmeyi öğrenebilirler, yine de problemlerinin üstesinden gelirler. Kişinin mizaç bilgisi, aydınlatıcı olabilir. İnsanlar, mizaçlarını kendileri seçmez. Genel olarak

duygusal, saldırgan ya da çekingen hissetmeyi seçmezler. Bu ne iyi ne de kötüdür, oldukları gibidirler. Örneğin; duygusal doğalarını güçlü bir şekilde keşfetme, BKB olan hastaların öz saygı inşa etmesine yardım eder. Yoğunlukları ebeveyn için problem olsa bile şiddetli duygulara sahip olmanın "kötü" olmadığını görebilirler. Daha doğrusu bu tutkulu insanoğlu olmanın doğasıdır. Hastalar ayrıca mizaçlarını değiştirmek için stratejileri ve duygusal karakterlerine rağmen uygun yollarda davranmayı öğrenebilirler.

Kişinin doğuştan gelen mizacını kesin bir şekilde belirleyebilmek için yeterli değerlendirme ölçütlerine sahip olmadığımızdan söz etmemiz gerekir. Yapabileceklerimizin en iyisi, detaylı bir geçmiş elde ederek bilgiye dayalı bir tahmin yapabilmektir. Bununla birlikte kliniksel amaçlar için, hastanın yaşam boyunca sahip olduğu ruh halinin doğuştan gelip gelmediği ya da erken yaşam deneyimlerinin bir sonucu olup olmadığı önemli değildir. Eğer yaşamlarının büyük bir kısmında onların bir parçasıysa psikoterapi aracılığıyla değişmek için oldukça dirençlidir ve bu nedenle sanki doğuştanmış gibi yönlendirilebilirler.

Terapist, duygusal durumlarla ilgili bir dizi soru sorarak hastanın mizacını kavramlaştırmaya başlar. Bazı hastalar, temel ya da genel hallerini tespit edebilirler. Terapist, "Aile üyeleriniz, çocukluğunuzda (duygusal ve kişilerarası) nasıl biri olduğunuzu söylüyor? Genellikle düşük enerjili biri mi yoksa yüksek enerjili biri misiniz? Yaşama genel bakışınız nedir? Genel olarak iyimser misiniz yoksa kötümser mi? Yalnızken genelde nasıl hissediyorsunuz? Ne sıklıkta ağlarsınız? Ne sıklıkta öfkeye kapılırsınız? Çok endişelenir misiniz?" gibi sorular sorar.

Yaşam boyu niteliklerin, mizaçtan gelmesi olasıdır. Bu nedenle her soru için terapist, bunun hasta için sürekli mi yoksa sadece hastanın yaşamının belirli dönemlerinde mi doğru olduğunu sorar. Daha istikrarlı, uzun dönemli ve daha önceden

başlamış olan duyguların, günlük olaylara bir tepki yerine hastanın doğuştan gelen mizacının parçası olması daha olasıdır.

Ayrıca hastayla görüşerek terapist, hastanın terapi seanslarındaki duygusal reaksiyonlarını gözlemler ve hastanın dış yaşamdaki duygusal reaksiyonları hakkında soru sorar. Son olarak terapist, seanslarda hastalarla olmanın ne gibi bir his olduğunu dikkate alır. Görüşmenin duygusal tonu, hastanın mizacı ile ilgili çok şey açığa çıkarır.

DİĞER DEĞERLENDİRME METOTLARI

Şemalar, hastanın yaşamı sırasında genelde doğal bir biçimde tetiklenirler. Mevcut olaylar, hastaların şemalarını tetikleyebilir. Terapist ve hasta, hastanın meydana gelen bir olaya güçlü bir duygusal reaksiyon verdiği örneği izleyip seansta bunun hakkında konuşurlar. Grup terapi, hastanın şemalarının belirli olabildiği diğer ortamdır. Hastanın diğer grup üyelerine ve tartışılan konulara nasıl tepki verdiği, bireysel seans için değerli materyal sağlar. Şemalar ayrıca rüyalarda da belirir. Hastalar rüyalarını kaydedebilirler -özellikle yinelenen rüyaları ve güçlü duygu içeren rüyaları- ve bir sonraki seansta terapistle tartışabilirler. Rüyalar genelde hastaların şemalarını resmederler ve hayal kurma çalışması için başlama yeri olabilirler. Kitaplar ve filmler şemaları tetikleyebilirler. Terapistler, bu amaç için hastanın şemaları ile ilgili terapistin hipotezlerine dayalı belirki kitaplar ve filmler verebilirler. Hastaların reaksiyonları, terapistin hipotezlerini destekleyebilir ya da boşa çıkabilir.

HASTALARIN ŞEMA EĞİTİMİ

Değerlendirme süreci boyunca terapist, hastayı şema modeli hakkında eğitir. Hastalar öncelikle tartışma, kararlaştırılmış okumalar ve kendini gözlem sayesinde eğitimli olurlar.

Model hakkında eğitilirken hastalar, vaka kavramsallaştırmalarının oluşumuna bütünüyle katılabilirler.

Hayatını Yeniden Keşfet

Kitapta "yaşam tuzakları" olarak bahsedilen şemalar hakkında bilgi edinmelerine yardımcı olması için hastalara *Hayatını Yeniden Keşfet*[10] kitabını vermekteyiz. Bu kitap mükemmel vaka örnekleri sunmaktadır. Hastaların bu örneklerdeki karakterlerle daha iyi bağlantı kurduklarını ve bu nedenle materyalle duygusal olarak ilgilendiklerini gördük. Kitap, "yaşam tuzaklarının" doğasını açıklar ve teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi baş etme biçimlerini (teslimiyet, kaçış, karşı saldırı olarak adlandırılır) tanımlar. Kitap, 11 yaşam tuzağının her biri üzerine bölümler sunmaktadır. Bu bölümler, kendi ölçeklerini sağlar ki hastalar, yaşam tuzaklarına yakalanma olasılığının olup olmadığını tespit etmek için bunları kullanabilirler. Bölümler, yaşam tuzaklarının tipik çocukluk kökenlerini; (yaşam tuzağını iyileştirmek yerine devam ettiren) potansiyel eşlerdeki tehlike sinyallerini; yaşam tuzaklarının ilişkilerde, özellikle romantik ilişkilerde kendini nasıl gösterdiğini; ve değişim için spesifik stratejileri tanımlamaktadır.

Hastaların ilk beş kısa bölümü ve sonra da temel şemalar hakkında bir iki bölüm okumalarını tavsiye ediyoruz. Hasta, daha fazla şemaya sahip olsa bile öncelikle sadece bir ya da ikisinin üzerinde çalışıyoruz. Hastanın günlük yaşamında ya da terapi seanslarında konular doğal olarak arttığından diğer bölümleri sonra tavsiye edebiliriz.

Şemaların Oto-Gözlemi ve Baş Etme Biçimleri

Hastalar şemaları hakkında daha fazla şey öğrendiklerinde mevcut yaşamlarında şemaların aktivitelerini gözlemlemeye başlarlar. Şema Günlük formunu kullanarak şemalarını ve baş etme biçimlerini kendileri izlerler. Bölüm 3'te şemaların ve baş etme biçimlerinin oto-gözlemi hakkında daha fazla şey söylemekteyiz. Oto-gözlemi, hastaların şemalarını otomatik bir şekilde nasıl tetiklendiğini ve yaşamlarına nasıl yayıldıklarını görmelerine yardımcı olur. Hastalar, davranış örüntülerini henüz değiştiremeseler bile ne olduğunu gözlemleyebilirler ve kendilerine zarar verici bir şekilde davranıyor olduklarının farkına varırlar.

Tamamlanmış Şema-Odaklı Vaka Formülasyonu

Değişim Evresinin başlamasından önce son adım olarak terapist, Şema Terapi Vaka Kavramsallaştırma Formu kullanarak vaka kavramsallaştırmasını hastaya özetler. Bu ilk kavramsallaştırma, çözülmemiş tedavi olarak gelişmeye açıktır (bkz. 2.1).

Özet

Bu bölümde, şema terapinin Değerlendirme ve Eğitim Evresini ele almaktayız. Bu evrenin altı önemli amacı vardır: (1) İşlevsiz yaşam örüntülerinin tespiti; (2) Erken Dönem Uyumsuz Şemaların tespiti ve tetiklenmesi; (3) çocukluk ve ergenlikteki şemaların kökenlerini anlama; (4) baş etme biçimlerini ve tepkileri tespit etme; (5) mizacı değerlendirme; ve (6) vaka kavramsallaştırmanın formülasyonu.

Değerlendirme, kişisel bildirim, deneysel, davranışsal ve bireyler arası ölçümler kullanmasıyla çok yönlüdür. Terapistin terapi amaçlarını ve hastanın mevcut problemlerini belirlediği ve şema terapi için hastanın uygunluğunu değerlendirdiği ilk değerlendirme ile başlar. Sonra terapist, uyumsuz yaşam örüntüleri, şemalar ve baş etme biçimlerini tespit ederek geçmiş yaşamı ele alır. Hasta adım adım ev ödevleri olarak aşağıdaki ölçekleri tamamlar: (1) Yaşam geçmişini değerlendirme formları; (2) Young Şema Ölçeği; (3) Young Ebeveynlik Envanteri; (4) Young-Rygh Kaçınma Envanteri; ve (5) Young

Telafi Envanteri. Terapist ve hasta seansta ölçek sonuçlarını ele alırlar, bu sırada terapist, hastayı şema modelleri üzerine eğitir. Arkasından terapist hastanın şemalarına erişip tetiklemek ve şemaları çocukluktaki kökenlerine ve mevcut problemlere bağlamak için deneysel teknikleri özellikle hayal kurmayı kullanır. Başından sonuna kadar terapist, terapi ilişkisi içerisinde ortaya çıktıkça hastanın şemalar ve baş etme biçimlerini gözlemler. Son olarak terapist, hastanın duygusal mizacını değerlendirir. Terapist ve hasta varsayımları formüle edip anlaştırırken değerlendirme adım adım vaka kavramsallaştırmasına geçer.

Şemadan kaçınma, hayal kurma değerlendirme çalışmasına en yaygın engeldir. Hayal kurmadaki şema kaçınmasının üstesinden gelmek için, hayal kurma çalışmasının gerekçeleri hakkında hastanın eğitimi, egzersiz yapmanın avantaj ve dezavantajlarını inceleme, sakinleştirici hayal kurma ile başlama ve adım adım duygusal olarak yüklü materyale ilerleme; hastanın kaçınmacı yönüyle diyalog yürütme (mod çalışması); dikkat ya da rahatlatma alıştırmaları gibi duygu düzenleme teknikleri kullanma; ve psikotropi ilaç tedavisine başlamayı içeren yöntemler kullanırız.

3

BİLİŞSEL STRATEJİLER

Bir önceki bölümde tanımladığımız Değerlendirme ve Eğitim Evresi tamamlandıktan sonra terapist ve hasta Değişim Evresine başlamaya hazırdırlar. Bu evre, şemaları, baş etme biçimlerini ve modları modifiye etmek için bilişsel, deneysel, davranışsal ve bireylerarası stratejileri içerir. Genelde değişim sürecine bilişsel tekniklerle başlarız ki bu bölümde buna odaklanıyoruz.[1]

Değerlendirme ve Eğitim Evresi çerçevesinde terapist, vaka kavramsallaştırma formunu önceden doldurmuş ve şema modeli hakkında hastayı eğitmiştir. Terapist ve hasta, hastanın işlevsiz yaşam örüntülerini/kalıplarını ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalarını tespit etmişler, şemaların çocukluk kökenlerini incelemişler ve mevcut problemleri şemalara bağlamışlardır. Ayrıca hastanın baş etme biçimlerini, duygusal mizacını ve modlarını tespit etmişlerdir.

Bilişsel stratejiler, hastanın Sağlıklı Erişkin modunu güçlendirerek şemayı tartışmak için sağlıklı bir görüş ifade etmesine yardım eder. Terapist, hastanın şemaya karşı mantıklı, rasyonel bir durum inşa etmesine yardım eder. Genellikle hastalar, şemalarını sorgulamamışlardır: Onları "verililer" ya da yaşamlarındaki doğrular olarak kabul ederler. İçsel psikolojik dünyalarında şemalar, hakimiyet sürdürürler. Şemaya karşı koymak için Sağlıklı Erişkin modu güçlü değildir. Bilişsel

stratejiler, hastanın şemanın dışına çıkmasına ve gerçekliğini değerlendirmesine yardımcıdır. Hastalar, şemanın dışında bir gerçeklik olduğunu, daha nesnel ve deneysel olarak sağlam olan gerçeklikle birlikte şema ile savaşabileceğini görür.

BİLİŞSEL STRATEJİLERE GENEL BİR BAKIŞ

Hastanın, şemaların yanlış olduğunu ilk fark edişi bilişsel stratejilerde gerçekleşir -ne sahte ne de aşırı derecede abartılıdır. Terapist ve hasta, şemalara tartışmaya açık bir şekilde bakmaya mutabık olarak başlarlar. Şemalar kesin bir doğrudan çok denenmesi gereken bir varsayımdır. Şemayı yargılamak yerine mantıksal ve deneysel şekilde analiz ederler. Hastanın yaşamındaki şemayı destekleyen ve çürüten kanıtları incelerler. Hastanın şemayı korumak için kullandığı kanıtı araştırırlar. Benzer olayların alternatif yorumlarını keşfederler. "Şema yönü" ile "sağlıklı yön" arasında tartışma yürütürler. Hastanın mevcut baş etme biçimlerinin avantajlarını ve dezavantajlarını sıralarlar. Bu çalışmaya dayanarak hasta ve terapist, şemaya sağlıklı tepkiler üretirler. Şema flaş kartlarına bu tepkileri yazarlar ve şema her tetiklendiğinde flaş kartları okurlar. Son olarak hastalar, kendi kullandıkları Şema Günlük formu üzerinde şemalara tepki vermeye çalışırlar.

Bilişsel stratejiler etkili olduğunda hastalar, şemanın gerçekten nasıl çarpıtıldığının abartılı takdirini kazanırlar. Şemadan, daha fazla psikolojik uzaklık elde ederler ve artık bunu kesin bir doğru olarak görmezler. Şemanın algılayışları nasıl bozduğu hakkında bazı fikirlere varırlar. Şemanın gerçekten yaşamlarını -işlemek ve tahrip etmek- zorunda olup olmadığını merak etmeye başlarlar. Bir seçim yapmak zorunda olduklarını fark ederler.

Başarılı bir şekilde tedavi edilen hastalar, akılcı argümanlar ve deneysel kanıtlarla şemaya aktif bir şekilde karşı koyan Sağlıklı Erişkin modunun bir parçası olarak bilişsel çalışmayı içselleştirmişlerdir. Şema terapinin bilişsel bileşenlerini tamamladıktan sonra hastalar, artık şema ile mücadelede terapistin yardımına bağımlı olmayacaktır. Terapi dışındaki yaşamlarında bir şema tetiklendiğinde bilişsel teknikler kullanarak şema ile savaşabilirler. Hastalar yine de şema doğruymuş gibi *hissetseler* bile aslında doğru olmadığını bilirler. Şemaların yanlış olduğuna dair artmış bir entelektüel farkındalığa sahiptirler.

TERAPÖTİK BİÇİM

Şema terapistinin tedavi boyunca aldığı birincil tutuma "empatik yüzleştirme" ya da "empatik gerçeklik testi" adını veriyoruz. Tedavinin bilişsel evresinde empatik yüzleştirme, hastaları değiştirmek zorunda oldukları sağlıksız ve yetersiz hayat örüntülerine sahip oldukları olgusuyla aniden yüzleştirirken - ki onların inanışları erken dönem çocukluk deneyimine dayanmaktadır- hastların bu inançlara sahip olma nedenleriyle empati kurması anlamına gelir. Terapist, hastaların tüm yaşamlarını şemaları doğrular gibi görünerek yaşadıklarından şemaların onlara doğru gibi göründüğünü ve belirli baş etme biçimlerini, çocukluk koşullarında hayatta kalmanın tek yolu olduğundan benimsediklerini kabul eder. Yapılandırıcı modellerle uyumlu olarak terapist, hastanın şemalarını ve baş etme biçimlerini yaşam geçmişine dayalı anlaşılabilir sonuçlar olarak kabul eder. Aynı zamanda terapist, şemaların ve uyumsuz baş etme biçimlerinin olumsuz sonuçlarını hastalara hatırlatır. Onların şemaları ve baş etme biçimleri, çocukluk başlangıcında uyumluydu, fakat şimdi uyumsuzdur. Empatik yüzleştirmenin terapötik tutumu, bugünün gerçekliğinden geçmişin gerçekliğini ayırt ederken geçmişi kabul eder. Bu tutum, hastanın bunu görebilmesini ve kabul edebilmesini destekler.

Empatik yüzleştirme, empati ve gerçeklik deneyi arasında sürekli değişim gerektirir. Terapistler, birine ya da diğerine yönelmede genelde hata yaparlar. Onlar ya hastaları gerçekle

yüzleşmeye zorlamayacak kadar empatiktirler ya da oldukça agresiftirler ve hastaların savunmacı ve yanlış anlaşılmış hissetmelerine neden olurlar. Her iki yolda hastaların değişme olasılığı yoktur. Terapist, empatik yüzleştirmeyle, hastaların empati ve gerçeklik testi arasında ilerlemesini sağlayacak optimal denge için uğraşır. Terapist bu çabasında başarılı olduğunda hastalar, belki de yaşamlarında ilk kez gerçekten anlaşılmış ve onaylanmış hissederler. Anlaşıldığını hissederek değişimin gerekliliğini kabul etmeleri daha olasıdır ve terapist tarafından sunulan alternatif sağlıklı perspektiflere karşı daha kabul edici olurlar. İlaveten hastalar, şemaya karşı terapistlerle müttefik olmayı deneyimler. Şemayı kim olduklarının çekirdek kısmı olarak görmek yerine onu bir yabancı olarak görmeye başlarlar.

Terapist, hastaya hayat hikâyeleri böyleyken yaptıkları gibi görmelerinin ve yaptıkları gibi davranmalarının mantıklı olduğunu söyler. Bununla birlikte onların davrandığı ve gördüğü biçimler sonunda sadece kendi şemalarını devam ettirmelerine hizmet eder. Terapist, aynı kendilik yıkıcı örüntülerde ısrar etmek yerine yeni davranış biçimleriyle şemalarla savaşmadan yana bir durum yaratır. Değerlendirme Evresinde toplanan materyal, onların yaşamlarında şemaların ve baş etme biçimlerinin yıkıcılığını kanıtlamak için terapiste imkân verir. Terapist hastaları şema tetikleyicilerine daha sağlıklı bir yoldan tepki vermeleri için cesaretlendirir. Böyle yaparak şemalarını adım adım iyileştirebilirler ve temel duygusal ihtiyaçlarını giderebilirler. Aşağıdaki alıntılar, empatik yüzleştirmenin kısa bir örneğini oluşturur ve Dr. Young'ın 2. Bölümde kendisini tanıttığımız bir hasta olan Marika ile yürüttüğü bir görüşmeden alınmıştır. Marika evliliğini düzeltmek için terapiye başladı. Marika ve kocası James, Marika'nın gittikçe şiddetli bir şekilde ilgi ve sevgi talep ediyor olduğu ve James'in gittikçe içe kapanık, ilgisiz ve soğuk olduğu tekrar eden, tehlikeli bir döngü içerisinde saplanıp kalmışlardı. Babasıyla olan çocukluk

ilişkilerini inceledikten sonra Dr. Young Marika'nın James'e olan yaklaşımına değindi.

> "Marika, James'den ilgi görmek için onu sinirlendirmeye çabalamanın sana doğal geldiğini biliyorum. Fakat sana ilgi gösterecek olduğunu düşünmenin tek yolu olsa bile daha incinebilir bir biçimde ona yaklaşma ihtiyacı duymaktasın. Bırak sevgisine neden ihtiyaç duyduğunu bilsin ve onu üzmenin diğer biçimlerine hızlı bir şekilde geçmeden önce tepki verip vermediğini gör. Bunun babandan ilgi görmenin tek yolu olduğunu anlıyorum fakat James ile devam etmenin tek yolu bu olmayabilir."

Böylelikle terapist, daha incinebilir biçimde James'e yaklaşmanın hikmetini ve bu yaklaşımın olumsuz sonuçlarını gösterirken Marika'nın daha saldırgan bir biçimde yaklaşma nedeni -çünkü babasından herhangi bir şey almanın tek yolu buydu- ile empati kurar.

BİLİŞSEL TEKNİKLER

Şema terapideki bilişsel teknikler aşağıdakileri içerir:

1. Bir şemanın geçerliliğini test etme
2. Şemayı destekleyen kanıtları yeniden çerçevelendirme
3. Hastanın baş etme biçimlerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirme
4. "Şema yönü" ve "sağlıklı yön" arasında diyalog yürütme.
5. Şema flaş kartları oluşturma
6. Şema gümlük formlarını doldurma

Teknikler bir başkasını meydana getirdiğinden terapist genelde burada listelediğimiz sıraya uygun olarak, hastalarla bilişsel teknikleri araştırırlar.

Şemanın Geçerliliğini Test Etme

Terapist ve hasta, şema lehine ve aleyhine objektif kanıtları inceleyerek şemanın geçerliliğini sınar. Bu işlem, terapistin hastanın sadece mevcut koşullarını değil tüm yaşamını ampirik veri olarak kullanmasının dışında bilişsel terapideki otomatik düşüncelerin geçerliliğini sınamaya benzerdir. Şema, test edilmesi gereken hipotezdir.

Terapist ve hasta, geçmişte ve bugün şemayı destekleyen kanıtların bir listesini yaparlar. Sonra şemayı çürüten bir kanıt listesi yaparlar. Hastalar genellikle ilk listeyi, şemayı destekleyen kanıtları, oluşturmayı oldukça kolay görür. Çünkü bu kanıta zaten inanmaktadırlar. Tüm yaşamlarında bunu tekrarlamaktadırlar. Kanıt üretmek, onlara doğal ve alışıldık gelen şemaları destekler. Buna karşın hastalar çoğunlukla ikinci listeyi, şemayı çürüten kanıtı, oluşturmada oldukça zorluk çekerler ve çoğu kez terapistten birçok girdi gerekir. Çünkü şemaya karşıt kanıtlara inanmazlar. Yaşamlarını bu kanıtları önemsiz gibi gösterme ya da aldırmama ile geçirirler. Şema devamlılığının bir sonucu olarak bu kanıtlara ulaşmaya hazır değillerdir, ki bu da onların sürekli şemayı onaylayan bilgiyi vurgulamalarına ve şemayı yalanlayan bilgiyi reddetmelerine neden olur. Hastanın şema kısmını oynamada kolaylık ve sağlıklı kısmı oynamada zorluk arasındaki ayrım, hastaya oldukça eğitici olmaktadır. Hasta, şemanın kendini korumak için nasıl çalıştığını ilk elden keşfeder.

Bu tekniği örneklemek için bir hastanın Kusurluluk şeması gösteren kanıtını inceleyelim. Shari, 28 yaşında, evli ve iki çocuklu, psikiyatri hemşiresi olarak çalışmaktadır. Kusurluluk şeması, alkolik annesiyle geçen çocukluğundan kaynaklanır (Babası, Shari 4 yaşındayken annesiyle boşanmış ve aileyi terk etmiştir. Para temin etmesine rağmen Shari boşanmadan sonra onu seyrek görmektedir.) Çocukluğu boyunca annesi sık sık, kamuya açık mekânlara sarhoş çıkarak utanç verici bir duruma düşmektedir. O, bir kez Shari'nin okul oyunlarından birine alkollü gidip gösteriyi bozmuştu. Shari annesinin yapabileceklerinin korkusuyla arkadaşlarını eve getirmekten kaçındı. Ev hayatı, kısır ve kaotikti.

Buradakiler, onda kusurluluk şeması olduğunun listelenmiş kanıtlarıdır:

1. Ben başkalarına benzemiyorum. Farklıyım ve daima öyle kalacağım.
2. Ailem diğer ailelerden farklıydı.
3. Ailem utanç vericiydi.
4. Ben çocukken hiç kimse beni sevmedi ya da benle ilgilenmediler. Asla birine ait olmadım. Öz babam bana bakmak istemedi.
5. Başkalarının yanında beceriksizim, doğal değildim, obsesifim, korkağım, utangacım.
6. Diğer insanlarla uyumlu değilim. Kuralları bilmiyorum.
7. Başkalarına yaltaklanıyorum, kapris yapıyorum. Çok fazla kabul edilmeye ve onaylanmaya ihtiyacım var.
8. İçten içe çok öfkeliyim.

Shari'nin sosyal yetersizliğinin eleştirel değerlendirmesine rağmen sosyal olarak oldukça becerikli olduğundan bahsetmek önemlidir. Onun problemi, sosyal yetersizliklerden biri değil sosyal anksiyetedir.

Shari'nin şemayı çürüten kanıtı, ikinci listeyi, oluşturmada oldukça zorlanması sürpriz değildir. Egzersizin bu kısmına geldiğinde yazacak hiçbir şey bulamayacaktır. Orada şaşkın ve sessizce oturup kalacaktır. Hem kişisel olarak hem de profesyonel olarak başarılı ve birçok övgüye değer davranışı olsa bile kendini tanımlayacak tek bir olumlu nitelik düşünemeyecektir. Terapist her birini ima etmek zorunda kalmıştı.

Terapist, hastadan şema karşıtı kanıtı çekmek için tasarlanmış yol gösterici sorular sorar. Örneğin; Shari'de olduğu gibi bir hasta Kusurluluk şemasına sahipse terapist "Herhangi biri sizi seviyor ya da hoşlanıyor mu?" "İyi bir insan olmaya

çalışır mısınız?" "Sizin hakkınızda hiç iyi bir şey yok mu?" "Sizi endişelendiren biri var mı?" "Başkaları sizin hakkınızda iyi ne söyler?" diye sorabilir. Bu tür sorular -genelde aşırı bir üslupla söylenen- hastayı olumlu bilgi üretmesi için teşvik eder. Terapist ve hasta adım adım hastanın iyi niteliklerinin bir listesini geliştirir. Sonra hasta şemaya karşı koymak için bu listeyi kullanabilir.

Buradaki, terapistin yardımıyla Shari'nin derlediği listedir.

1. Kocam ve çocuklarım beni seviyor.
2. Kocamın ailesi beni seviyor. (Görümcem benden o ve kocası ölürse çocukları almamı istedi).
3. Arkadaşlarım Jeanett ve Anne Marie beni seviyor.
4. Hastalarım beni seviyor ve bana saygı duyuyorlar. Onlardan her zaman güzel geri bildirimler alıyorum.
5. Hastanedeki personelin çoğu benden hoşlanıyor ve bana saygı duyuyorlar. İyi değerlendirmeler almaktayım.
6. Başka insanların duygularına hassasım.
7. Bana bakmak yerine içmekle daha fazla ilgilenmiş olsa bile annemi seviyorum. Sonuna dek onun için oradaydım.
8. İyi olmaya ve iyi şeyler yapmaya çalışıyorum. Kızarsam iyi bir nedeni vardır.

Şemaya karşıt kanıtları not etmek terapist için önemlidir. Çünkü hastalar hızlı bir şekilde uzaklaşma ve bunları unutma eğilimindedirler.

Shari şanslıydı. Çünkü Kusurluluk şemasına karşıt kanıt bolluğu vardı. Her hasta bu kadar şanslı değildir. Şemaya karşıt daha fazla kanıt yoksa terapist bunu kabullenir. Fakat; "bu şekilde olmak zorunda değil" der. Örneğin; Kusurluluk şeması olan erkek bir hastanın, yaşamında birkaç sevdiği insan vardır. Şemaya teslim olma (reddedici ya da tenkitçi önemli kişiler seçmek), şemadan kaçınma (yakın ilişkilerden uzak durarak) ya da şemayı aşırı telafi (başkalarına küstahça davranma

ve onları bir kenara itme) arasında hasta tüm yaşamının sevgisiz geçtiğini görebilir. Terapist şöyle der;

> "Yaşamında sevgi ilişkisi geliştirmediğine inanıyorum fakat bunun için iyi bir nedenin var. Bunun nedeni, bir çocuk olarak, senin için çok sert olan yaşadıkların. Eleştiri ve reddedilme beklemeyi çok genç yaşta öğrendiğinden insanlarla temas kurmayı bıraktın. Fakat bu örüntüyü değiştirebiliriz. Sana samimi davranan ve seni kabul eden insanları seçmen ve onların yaşamının bir parçası olmasına izin vermen için birlikte çalışabiliriz. Bu insanların bazılarına gittikçe yakınlaşman ve onların sana yaklaşmasına izin vermen üzerine çalışabiliriz. Kendini ve başkalarını durdurmaya çalışacaksın. Eğer bu adımları atarsan senin için her şey farklı olacak. Terapide çalışacağımız şey budur."

Terapi devam ederken ve hasta daha güçlü yakın ilişki biçimlendirme becerisi geliştirirken terapist ve hasta şemaya karşıt kanıt listesine yeni bilgiler ekleyebilir.

Kanıtları inceleme sürecindeki diğer adıma geldiğimizde hastalar şema karşıtı kanıtları nasıl önemsemediklerine bakarlar. Kanıtları nasıl reddettiklerini kaydederler. Örneğin; Shari Kusurluluk şemasına karşıt kanıtlarını önemsememe biçimlerini listeledi:

1. Kendime, kocamı ve çocuklarımı aldattığımı söylüyorum. Onların beni sevmelerinin nedeni budur. Gerçek beni bilmiyorlar.
2. Ailem ve arkadaşlarıma benim için yaptıklarından daha fazlasını yapıyorum ve o zaman bana önem vermelerinin tek nedeninin bu olduğunu düşünüyorum.
3. İnsanlar iyi geri bildirim verdiklerinde onlara inanmıyorum. Böyle söylemelerinin başka nedenleri olduğunu düşünüyorum.
4. Kendime sadece zayıflıktan dolayı insanların duygularına hassas olduğumu söylüyorum. Kendimi göstermekten korkuyorum.

5. Anneme bakarken öfkelenmeme ve içerlememe boyun eğiyordum.

Kanıtları nasıl reddettiklerini not aldıktan sonra hastalar, şema karşıtı kanıtları yeniden kazanırlar. Terapist, şema karşıtı kanıtı geçersizleştirmenin nasıl şema devamlılığının basit başka bir biçimi olduğunu gösterir.

Şemayı Destekleyen Kanıtları Yeniden Çerçevelendirmek

Sonraki aşama, şemayı destekleyen kanıtların listesini yapmak ve meydana gelenler için alternatif açıklamalar üretmektir. Terapist, hastanın şemayı doğrulayan olarak gördüğü ve diğer nedenlere onları yeniden bağladığı olayları alır. Amaç, şemayı destekleyen kanıtları geçersizleştirmektir.

Hastanın Erken Çocukluğundan Gelen Kanıtlar

Terapist, erken çocukluk deneyimlerini şema gerçekliğinden öte zayıf ebeveynlik içeren patolojik aile dinamiklerinin yansıtıcısı olarak önemsizleştirir. Terapist, sağlıklı ailelerde kabul edilemeyecek, aile içerisinde meydana gelen bir aktiviteye dikkat çeker. Ayrıca terapist ve hasta, ebeveynlerin (ve diğer aile üyelerinin) psikolojik olarak sağlığını ve karakterini tek tek dikkate alır. Aile, gerçekten hastayla en iyi şekilde ilgileniyor mu? Ailenin hastaya karşı görevli olduğu rolü nedir? Terapist, çocukların ihtiyaçlarını gidermeyip ailenin ihtiyaçlarını gideren çocuklara roller tayin eden ailelere işaret eder. Bu roller, çocuklardaki temel kusurları yansıtmaz fakat ailedeki kusurları yansıtır. Aile, çocuğu bencil bir şekilde kullandı mı? Terapist, hastalar aile geçmişinde daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirene dek bu yapıyı incelemeye devam eder. Onlar şemalarının kanıtı olarak erken çocukluk deneyimlerine bakmayı bırakırlar.

Örneğin; Marika'nın Kusurluluk şemasını destekleyen kanıt listesindeki başlıklardan biri, "Babam beni sevmedi ya da benimle ilgilenmek istemedi" idi. Marika, temel sevilemezliğini babasının sevgi eksikliğine bağladı: Sevilmeye değmediğinden babası onu sevmedi. Görünürde, çok muhtaçtı. Terapist, Marika'nın aile kökenindeki örüntüleri incelemeye zaman harcar. Sonra terapist, alternatif bir açıklama önerdi: Babası, çocuklarını sevmede *yetersiz*di. Aslında, onun erkek kardeşini de sevmedi. O sevilmez olduğundan değil babasının kendi psikolojik sınırlamalarından dolayı sevgisini göstermiyordu. Marika'nın babası narsisistik ve içten sevgide yetersizdi. İyi bir baba olmak için yeterli değildi. İyi bir baba onu sevecekti. O, babasıyla yakın ilişki isteyen sevecen bir çocuktu fakat babası bu tür bir ilişkiye sahip değildi.

Çocukluktan Beri Hastanın Yaşamından Gelen Kanıtlar

Terapist, şema devamlılığını sağlayarak şemayı destekleyen çocukluktan beri yaşanan deneyimleri hafifletir. Hastalar, çocuklukta öğrendikleri baş etme biçimlerini, şemaları erişkin yaşamlarına taşırlar. Terapist bunu not alır. Şema yönelimli davranışlar nedeniyle hastalar, şemalarını doğru bir sınavdan asla geçirmezler. Örneğin; Marika'nın Kusurluluk şemasını destekleyen kanıt listesindeki başlıklardan biri, "Hayatımdaki tüm erkekler bana kötü davranmakta" idi. Geçmişte üç erkek arkadaşı olduğunu belirtti. İçlerinden biri, onu istismar etmişti, biri terk etmişti, biri de başka bir kadınla sık sık aldatmıştı.

Marika, kendisi saygı ve sevgi hak etmediğinden dolayı erkek arkadaşlarının ona kötü davrandığına inanmaktadır ve onlar bunu bilmektedirler. Terapist, alternatif bir açıklama önerir: Kusurluluk şeması, ergenliği döneminde ortaya çıktığı ve bugüne dek devam ettiğinden dolayı, onu eleştiren ve reddeden ve böylece ona kötü davranan partnerler seçmesine neden oldu. (Partner seçimi, genelde şema devamlılığının önemli bir öğesiydi.)

TERAPİST: Pekala, seçtiğin kişi tiplerine bakalım. Başlangıçta sana bakabileceğine inanmak için nedenlerin olduğu partnerler seçtin mi? -sadık, kendini adamış, dürüst, sevecen insanlar.

MARİKA: Aslında, hayır. Joel başından beri sorunluydu. Orda burda uyuyordu.
TERAPİST: Mark hakkında ne dersin?
MARİKA: Hayır, o da önceki kız arkadaşını dövmüştü?

Kısaca terapist, şemayı destekleyen kanıtları alır ve onları yeniden düzenler. Eğer kanıtlar çocukluktan geliyorsa terapist, ebeveyn ya da aile sistemiyle olan problem olarak bunu yeniden şekillendirir. Eğer kanıtlar hastanın çocukluğundan bu yana hayatından geliyorsa, terapist bunu şema devamlılığı olarak şekillendirir, ki bu da şemayı hastanın yaşamındaki kendini gerçekleştirme kehanetine dönüştürür.

Hastanın Baş Etme Yanıtlarının Avantaj ve Dezavantajlarını Değerlendirme

Terapist ve hasta her şema ve baş etme tepkisini tek tek çalışır ve bunun avantaj ve dezavantajlarını listeler. (Terapist ve hasta Değerlendirme ve Eğitim Evresinde hastanın baş etme biçimlerini zaten tespit etmiştik.) Amaç hastaların, baş etme biçimlerinin kendilik yıkıcı (self-defeating) doğasını tanıması ve bunun farkına varmasıdır. Eğer onlar sağlıklı davranışlarla bu baş etme biçimlerini yer değiştirirse yaşamlarında mutluluk değişiklikleri artacaktır. Terapist ayrıca baş etme biçimlerinin, çocukken uyumlu, fakat erişkinken ergen yaşıt grubu ya da aileler dışındaki daha geniş dünyada uyumsuz olduğuna işaret eder.

Örneğin; Kim isimli genç yaşlarda kadın bir hasta, Terk Edilme şemasına sahipti. Kaçınma baş etme biçimi kullanarak şemayla baş etmektedir. Birçok randevu talebini geri çevirerek erkeklerden uzak kalmaktadır ve boş zamanlarını yalnız ya da kız arkadaşlarıyla geçirmektedir. Ara sıra hoşlandığı erkeklerle çıkıp birkaç hafta sonra birden bire ilişkiyi bitirmekteydi.

TERAPİST: Yani, birlikte baş etme biçimlerinin -sonlanan umut verici ilişkilerinin geçmişinin ve erkeklere yakın olmaktan kaçınmanın tüm biçimlerinin- avantaj ve dezavantajlarını listeleyelim olur mu?
KIM: Evet. Kulağa hoş geliyor.
TERAPİST: Peki avantajlar hakkında ne düşünüyorsun? Erkeklerden kaçınarak ve ilişkilerini erkenden sonlandırarak ne elde edersin?
KIM: Bu kolay. Terk edilmiş olmanın acısına katlanmak zorunda değilim. Onları terk ediyorum böylelikle beni bırakamıyorlar.

Kim'in kaçınmacı baş etme biçiminin avantajı, erkeklerle olan ilişkilerinde olanlar üzerine anlık bir kontrol duygusu sağlamasıdır. Kısa vadede daha az kaygılı hissederler. Bununla birlikte dezavantaj da önemlidir. Uzun vadede yalnızdır. (Her zamanki gibi şemadan kaçınma girişimleri, şema devamlılığına yol açar.)

TERAPİST: Her şey iyiye giderken onlardan ayrılmanın ve erkeklerden kaçınmanın dezavantajları nedir? Baş etme biçimlerinin dezavantajları nedir?
KIM: Galiba tek dezavantaj, iyi bir ilişkiyi kaybetmem.
TERAPİST: Son erkek arkadaşın Jonathan'ı kaybetmekle ilgili ne hissediyorsun?
KIM: (*Duraklar*) Kurtulmuş. Kurtulduğumu hissediyorum. Bundan sonra sürekli bunun hakkında endişelenmek zorunda değilim.
TERAPİST: Bununla ilgili başka bir şey hissediyor musun?
KIM: Evet tabi ki. Üzgün hissediyorum. Onu kaybettim. Gittiğine üzülüyorum. Bir süre için gerçekten yakındık.

Egzersiz, Kim'in durumun gerçekliği ile yüz yüze gelmesine yardım eder. Eğer o, Terk Edilme şemasıyla mevcut baş etme metotlarını devam ettirirse, muhakkak yalnız kalacaktır. Bununla birlikte anksiyetesine dayanmayı ve umut verici bir ilişkiye kalkışmayı amaçlıyorsa o zaman en çok istediğini elde edebilme olasılığı vardır: Terk edilme şemasını desteklemek yerine iyileştirecek bir adamla ilişki.

"Şema Yönü" ve "Sağlıklı Yön" Arasında Diyalog Yürütme

Sıradaki bilişsel teknikle hastalar, "şema yönü" ve "sağlıklı yön" arasında diyalog yürütmeyi öğrenirler. Terapist, Geştaltçı "boş sandalye" tekniğini adapte ederek, hastalara sandalyelerini değiştirmeleri talimatını onlar iki yönü oynarlarken verir: Şema yönünü sandalyede bir oynarlar, sağlıklı yönü diğer sandalyede oynarlar.

Hastalarda normal olarak sağlıklı yönleri ifade etme deneyimi ya azdır ya da yoktur. Terapist ilk önce sağlıklı yönü oynar, hasta ise şemayı oynar. Terapist anlatarak tekniği tanıtabilir: "Şema yönü ve sağlıklı yön arasında bir tartışma olsun. Ben sağlıklı yönü oynayacağım sen de şema yönünü. Şemanın doğru olduğunu kanıtlayacak şekilde çalış ve ben de şemanın yanlış olduğunu kanıtlayacak şekilde sıkı çalışacağım". Böylece başlamak, terapiste hasta için sağlıklı yön modeli olma fırsatı verir ve hasta şema rolü oynarken çıkardığı argümanlara terapistin cevaplar bulmasını sağlar.

Sonunda bir koç gibi hareket eden terapistin yanında hasta, sağlıklı yönün rolünü alır. Hasta ya da terapist şema rolünü oynayabilir; hasta her iki yönü oynarken her birinin tartışmanın bir yönünü sunduğu iki farklı sandalye arasında bir ileri bir geri gider. Başlangıçta hastalar sağlıklı tepkiler almak için terapistten birkaç telkine ihtiyaç duyar. Bununla birlikte hasta kolaylıkla sağlıklı yanıtlar üretirken terapist, yavaş yavaş arka plana çekilir. Amaç, hastaların kendileri üzerinde, doğal ve otomatik olarak nasıl sağlıklı yönü oynayacaklarını öğrenmeleridir.

Aşağıdaki örnekte Dr. Young, hastanın Güvensizlik/Suistimal Edilme, Kusurluluk şemaları ve "sağlıklı yön" arasında bir diyalog yürütmesine yardım eder. Hasta, deneysel stratejiler üzerine olan bir sonraki bölümde daha detaylı sunduğumuz Daniel isimli 35 yaşında bir erkektir. Daniel, travmatik bir çocukluk yaşamıştı: Babası alkolikti ve annesi cinsel, fiziksel ve duygusal olarak bozuktu. Dr. Young ile görüştüğü dönemde Daniel, yaklaşık 9 ay boyunca başka bir terapistle geleneksel bilişsel terapi görmüştü. Sosyal anksiyete ve öfke yönetimi problemleri için terapi aramıştı. Daniel'in nihai amacı, bir kadınla görüşmek ve evlenmekti. Fakat hem kadınlara güvenmiyordu hem de onlardan kendisini reddetmelerini bekliyordu. Bu nedenle bir kadınla tanışabileceği sosyal ortamlardan kaçınıyordu.

Dr. Young, hastanın diyaloga hazırlanması için, hastanın şemaya karşı bir durum oluşturmasına yardım ederek seansa başladı. Dr. Young, böylelikle hastaya şema yönü karşısında kullanmak için birkaç mühimmat sağladı. Aşağıdaki parçada Daniel, hem şema yönünü hem de sağlıklı yönü uygulamaktadır.

TERAPİST: Şimdi yapmak istediğim, kadınların seni çekici bulmayacakları ve sana güvenmeyeceklerini hissettiren şema yönü ve kurmaya çabaladığın, fakat çok güçlü olmayan sağlıklı yön arasında bir diyalog oluşturmaktır.

DANİEL: Evet.

TERAPİST: Bu nedenle senin ileri geri gitmeni isteyeceğim. Belki de bir kadına yaklaşmak için bir odada dans ediyormuşsun gibi başlayabiliriz, ama sen kaçınma hissediyorsun, gitmek istiyorsun. Öncelikle şema yönü çıkmak ister ve korktuğu şeyi söyler.

DANİEL: (*Şema yönü olarak*) "Çok endişeli bir durumdayım ve bir şekilde dansın bir başarı olmayacağını bekliyorum. Duyduğumun aksine, dansta daima erkekten çok kadının olduğu, geri dönmenin doğru olacağı ve bunun bana ayrılmak için bir neden vereceğidir."

Dr. Young, anksiyetesine rağmen hastayı kaçma tutkusunun üstesinden gelmesi ve dans içerisinde kalması için cesaretlendirir.

TERAPİST: Şimdi dans ettiğini ve gerçekten senden etkilenmiş bir kadın gördüğünü hayal et. Şimdi şema yönü ol.

DANİEL: (*Şema yönü olarak*) "Aslında hoş biri gibi görünüyordu. Fakat onun benden hoşlanacağını düşünmüyorum. Muhtemelen bu kişiye ne duygusal düzeyde ne de entelektüel düzeyde denk olamam. O da muhtemelen benden daha ileri bir düzeyde olgunluk sahibidir. Nispeten diğer adamlardan biri ona daha uygun olacaktır ve zaten benden önce ona soracaktır.

TERAPİST: Peki şimdi oluşturmaya çabaladığımız bunun yanıtı olan sağlıklı yön ol. Bu yöne karşılık ver.

DANİEL: (*Sağlıklı yön olarak*) "Yargılamak için bu kadar hızlı olma. Bu kadına muhtemelen çok çekici gelecek birkaç iyi yöne sahipsin. Belirli bir değer sistemine sahipsin, sınırları biliyorsun, onun kendisi olmasına izin vermelisin, kadınlar konusunda belirli bir hassasiyete sahipsin ve muhtemelen o senden çok hoşlanacaktır."

Burada Daniel, şema karşıtı önceki bilişsel çalışmasını kullanmaktadır. Dr. Young daha fazla şema yönünü ortaya çıkarmaktadır.

TERAPİST: Şimdi şema yönüne dönelim.

DANİEL: (*Şema yönü olarak*) "Fakat gene de devam eden diyalogda randevu teklif etme noktasına geldiğinde, bilirsin, ne yapman gerektiğini düşünmüyorum, çünkü o zaman diğer konularla da baş etmek zorunda kalacaksın, mesela; daha yakın olmak ve randevu yakalamak için yer ayarlama, yatıp yatmayacağını düşünme. Bundan dolayı girişmemen daha iyi.

TERAPİST: Şimdi tekrar sağlıklı yön ol.

DANİEL: (*Sağlıklı yön olarak*) "Artık bunun sorun olduğunu düşünmüyorum ve sen uzun bir süre bunun için endişelenmek zorunda değilsin."

TERAPİST: Yine de buna cevap vermeye çalış. Haklı olsan bile bunu cevaplamaya çalış. Sonra endişelenmek zorunda değilsin fakat en azından bunun bir cevabı olduğu umudunu vermeye çabala.

Terapist, Daniel'i şema tarafından yaratılan her argümanı yanıtlaması için cesaretlendirir.

DANİEL: (*Sağlıklı yön olarak*) Bu noktaya geldiğimde, çok iyi duygulanım verebileceğimi, duygusal olarak destekleyici olacağımı ve muhtemelen cinsel olarak yakınlaşma anı geldiğinde hassas olacağımı düşünüyorum. (*Duraksayarak konuşur*) Bir problem olabileceğini düşünmüyorum.

TERAPİST: (*Sağlıklı yön olarak hastayı yönetir*) "Cinsel herhangi bir şey yapmaya çalışmadan önce kadına güvendiğimden emin olmalıyım."

Daniel tereddüde düştüğünde terapist ona yardım eder. Cinsel yakınlık, onun kadınlarla ilişkilerini keşfetmeye başladığı bir konudur.

DANİEL: (*Sağlıklı yönde devam ederek*) Güvenmek zorundayım. Sadece kadınlara nasıl güveneceğimi ve emniyette hissetmeyi öğrenmeliyim.

TERAPİST: Şimdi şema yönü şunu der "Bunu asla yapamazsın. Kadınlar güvenilmezdir."

Terapist, şemanın kendini korumak için kullandığı karşı argümanların hepsini ortaya çıkarmaya çalışır.

DANİEL: (*Şema yönü olarak*) Kadınlar güvenilmezdir. Onlar oldukça mantıksız ve dengesizdir. Ne yaptıklarını çözmek çok güç olacaktır. Bunu yapabileceğini düşünmüyorum.

TERAPİST: Tamam, şimdi diğer yön ol.

DANİEL: (*Sağlıklı yön olarak*) Kadınlar da aynı erkekler gibidirler. Çok mantıklı olabilirler ve onlarla birlikte olmak çok hoş olabilir.

Terapist, şemalarının ilk sebebi olan annesini diğer kadınlardan ayırıştırmasına yardımcı olmaya çabalamaktadır.

TERAPİST: Cevabında anneni diğer kadınlardan ayırmaya çalış.

DANİEL: (*Sağlıklı yönde devam ederek*) Tüm kadınlar illa annen gibi değildir. Her kadın, benim gibi eşsizdir ve onlara bi-

rey olarak davranılmalıdır. Muhtemelen benden daha iyi değer yargıları olan pek çok kadın vardır.

TERAPİST: Şimdi şema yönü ol.

DANİEL: (*Şema yönü olarak*) Peki, bunu söylemek yapmaktan daha kolay. Çünkü annen, hiçbir kadının muhtemelen senin için iyi olmayacağını kafana yerleştirmiş. Buradaki kadın tüm diğer kadınlar gibi. Kadınlar genelde annene benzer ve önemsedikleri tek şey seni kullanmak ve istismar etmektir. Bu sadece bunu nasıl sonlandıracağınla ilgili. Nihayetinde ya kullanılacaksın ya da istismar edileceksin.

TERAPİST: Şimdi sağlıklı yön ol.

DANİEL: (*Sağlıklı yön olarak*) Tekrarlarsak, bütün kadınlar annem gibi değil ve bütün kadınlar istismarcı değil. Kadınlar ne tümüyle iyidir ne de tümüyle kötüdür. Onlar da diğer insanlar gibidir. İyi tarafları ve kötü tarafları vardır.

Hasta sandalyeler arasında ileri geri hareket eder. Terapist, sağlıklı yön son söze sahip olana dek egzersize devam eder.

Bu, pek çok hasta için uzun zaman ve hasta güvenle sağlıklı yönü oynamadan önce birçok uygulama anlamına gelir. Tekrar edilen şemadan "kopma" egzersizleri ve sağlıklı yönü destekleme aylar sürer. Terapist, sağlıklı yönü bağımsız oynayana dek diyalogları tekrar etmesini hastadan ister. Bununla birlikte onlar konuşabilseler bile hastalar, yine de "sağlıklı yöne gerçekten inanmıyorum" der. Terapist şöyle cevap verebilir: "Pek çok hasta terapinin bu noktasında bulundukları yolu hisseder: Onlar sağlıklı yönü mantıklı bir şekilde anlarlar, fakat duygusal olarak buna inanmazlar. Senden tüm yapmanı istediğim, *mantıklı* bir gerçek olarak bildiğinin ne olduğunu söylemendir. Sonra daha duygusal bir düzeyde söylediğini anlamana yardım edecek bir çalışma yapacağız.

Şema Flaş Kartları

Şemayı yeniden yapılandırma süreci tamamlandıktan sonra terapist ve hasta, şema kartları yazmaya başlarlar. Şema flaş kartları, belirli şema tetikleyicilerine verilen sağlıklı tepkileri özetler. Hastalar yanlarında şema kartlarını taşırlar ve ilgili şemalar tetiklendiğinde onları okurlar. İdeal olarak şema kartları, şemalara karşı argümanlar ve çok güçlü kanıtlar içerir. Hastaların mantıklı tepkileri sürekli tekrarlamasını sağlar.

Terapistin bir rehber olarak kullanması için bir Şema Terapi Flaş Kartı şablonu (bkz. Şekil 3.1) hazırladık.[2] Şablonu kullanarak terapist, flash kartları oluşturmada hastayla birlikte çalışır. Terapist oldukça aktif bir rol üstlenir, çünkü terapinin bu noktasında hastanın sağlıklı yönü, şemaya gerçekten tatmin edici yanıtlar yazmak için yeterince güçlü değildir. Genellikle hasta indeks kartı üzerine yazarken terapist, flaş kartı dikte eder.

ŞEKİL 3.1 Şema Terapi Flaş Kartı

Mevcut duygunun kabul edilmesi

Şu anda _____ (duygular) _____ hissediyorum. Çünkü _____ (tetikleyici durum) _____

Şema(lar)nın tespiti

Bununla birlikte bu, büyük olasılıkla benim _____ (ilgili şema) _____ şema(ları)m ki bunları _____ aracılığıyla öğrendim _____ (köken) _____ _____

Bu şemalar, _____ (şema bozuklukları) _____ derecesinde benim aşırı bir şekilde hareket etmeme yol açar.

Gerçeklik testi

İnansam bile _____(olumsuz düşünce)_____ gerçek_____(sağlıklı görüş)_____dır. Sağlıklı bir bakışı destekleyen yaşamımdaki kanıtlar şunları içerir: _____(özellikli yaşam örnekleri)_____

Davranışsal Eğitim

Bununla birlikte _____ (olumsuz davranış)_____ hissetsem bile _____ (altrernatif sağlıklı davranış) _____ _____ yapmam gerek.

Telif hakları Jeffrey Young, PhD, Diane Wattenmaker, RN, ve Richard Wattenmaker PhD. 1996, 2002 alınmıştır. Yazarların yazılı müsaadesi olmadan izinsiz kullanımı yasaktır. İzin için Şema Terapi enstitüsüne yazın; 36 West 44th Street, Suite 1007, New York, NY 10036.

Aşağıdaki parçada Dr. Young ve Daniel, anksiyete hissettiğinde kadınlarla olan sosyal durumlarda okuması için ona flaş kart oluşturmaktadırlar.

TERAPİST: Kaçınma eğiliminde olduğun durumların üstesinden gelmede sana yardımcı olmaya çalışacak kullanabileceğimiz çeşitli teknikler var. Biri flaş kartlardır. Flaş kart, ortaya çıkan şemalara ve sahip olduğun korkuların çoğuna temelde yanıt veren yanında taşıyabildiğin bir karttır. Aslında eğer istersen bir tane sana yazdırabilirim ve sen de bunu yazabilirsin. Nasıl olur?

DANİEL: Bu harika olur.

TERAPİST: Belki de burada danslardan birindeymişsin ve bir kadınla tanışmaya çalışıyormuşsun gibi önceden bahsettiklerimize dayalı bir konuyu seçebiliriz. Bu nasıl olur?

DANİEL: Kulağa hoş geliyor.

TERAPİST: Ben sana yazdıracağım ve sen not alacaksın. Uygun gelmezse değiştirebilirsin.

TERAPİST: (Yazdırıyor) "Şu anda, beni cazip bulmazsa diye endişelendiğim için bir kadına yaklaşma konusunda kendimi gergin hissediyorum." "Cazip" sözcüğü doğru mu? Daha iyi bir sözcük var mı?

DANIEL: "Çekici."

TERAPİST: "Çekici mi?" Tamam ve ayrıca "ona sevgimi göstermeyi beceremezsem" ya da "onu yeterince sevemezsem" gibi bunun daha derin bir kısmına erişmeye çalışıyorum.

DANİEL: "Sevebilmek."

TERAPİST: "Sevebilmek" Bu iyi. "Ayrıca onun ne olabileceğine güvenemediğimden endişe duyuyorum."

DANİEL: "Dürüst ve güvenilir"

Dr. Young flaş kartı yapılandırırken hastanın kendi sözcüklerini kullanmaya gayret eder.

TERAPİST: Tamam. "Bununla birlikte bunların tetiklenmiş olan Kusurluluk ve Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalarım olduğunu biliyorum. Bunlar, benim annem hakkındaki duygularıma dayalıdır ve benim değerim ya da bu kadının güvenilirliği ile hiçbir ilişkisi yoktur. Gerçek şu ki..." Şimdi senin farklı biçimlerde kadınlara hoş, cazip ve çekici olduğunun aksi yönünde sahip olduğun bazı kanıtlarla kartı doldurmak istiyoruz.

DANIEL: "Gerçek şu ki ben sıcak ve sevecen olabilen oldukça sevgi dolu bir insanım."

TERAPİST: Belki de bunu gösterdiğin kişiye bir parantez açacağız.

DANİEL: "Ben oğlumla sevgi dolu bir insan olabilirim."

TERAPİST: Ve şimdi "bundan başka ....." Şimdi birlikte olduğun kadınla ilgili bir şeyler söylemek istiyorum. Objektif olarak kadınlar erkeklerden daha az güvenilir değildir.

DANİEL: "Kadınlar, erkeklerin olabileceği kadar mantıklı ve güvenilir olabilirler."

TERAPİST: Güzel. Şimdi kartın sonunda "ayrıca gergin olsam bile bu kadına yaklaşmalıyım. Çünkü duygusal ihtiyaçlarımı karşılamamın tek yolu bu" gibi bir şeyler söylemeliyiz. Sana nasıl göründü?

DANİEL: Oldukça iyi.

Tamamlanmış flaş kart aşağıdaki gibi okunur:

> Şu anda, beni cazip bulmazsa diye endişelendiğim için bir kadına yaklaşma konusunda ve sevecen olamayabileceğim konusunda kendimi gergin hissediyorum. Ayrıca onun dürüst ve güvenilir olabileceğinden endişe duyuyorum.
>
> Bununla birlikte bunların benim tetiklenmiş olan Kusurluluk ve Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalarım olduğunu biliyorum. Bunlar, benim annem hakkındaki duygularıma dayalıdır ve benim değerim ya da bu kadının güvenilirliği ile hiçbir ilişkisi yoktur. Gerçek şu ki ben sıcak ve sevecen olabilen çok sevgi dolu bir insanım. (Örneğin; oğlumla sevgi dolu bir insan olabilirim.) Bununla birlikte

kadınlar, erkeklerin olabileceği kadar mantıklı ve güvenilir olabilirler.

Ayrıca gergin olsam bile bu kadına yaklaşmalıyım. Çünkü duygusal ihtiyaçlarımı karşılamamın tek yolu bu.

Daniel, sosyal ortamlara girerken flaş kartı yanına alabilir ve anksiyete hissettiğinde bunu okuyabilir. Ortama girmeden önce flaş kartı okumanın, onun daha olumlu bir bakış açısı edinmesine ve umudunu yitirmiş hissettiği durum sırasında kartı okumanın, kadınlarla daha olumlu bir biçimde etkileşim kurmasına yardım edeceğini düşünüyoruz. Flaş kartı tekrar tekrar okuyarak Daniel, Kusurluluk ve Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalarını zayıflatabilir ve sağlıklı yönünü güçlendirebilir.

BKB olan bazı hastalar, şema tetikleyicilerin her biri için çok sayıda flaş kartı taşırlar. İlaveten flaş kartlar, bu hastaların sağlıklı bir biçimde duygu ve davranışlarını yönetmesine yardım etmesi için, transisyonal objeler olarak hizmet eder. BKB olan hastalar genelde taşıdıkları flaş kartların sanki terapisti yanlarında taşıyormuş gibi hissettirdiğini belirtmektedirler. Flaş kartların varlığı rahatlatıcıdır.

Şema Günlüğü

Şema Günlüğü,[3] flaş karttan daha ileri bir tekniktir. Flaş kartla terapist ve hasta, belirli bir şema tetikleyicisi için zamanından önce sağlıklı bir tepki oluşturur. Hasta, önce gerektiğinde ve olay sırasında flaş kartı okur. Şema günlüğü ile hastalar, günlük yaşamları sırasında şemalar tetiklendiğinde kendi sağlıklı tepkilerini oluştururlar. Terapist, hasta flaş kart kullanımında maharetli olduktan sonra Şema Günlüğüne başlar.

Terapist, hastanın yaşamına devam ederken flaş kartla birlikte Şema Günlüğü formunun kopyalarını taşımasını ister. Şema tetiklendiğinde hastalar, problemi incelemek ve sağlıklı bir çözüme varmak için formu doldururlar. Şema Günlüğü hastanın, tetikleyici olayları, duyguları, düşünceleri, davranışları, şemaları, sağlıklı bakışları, gerçekçi ilgileri, aşırı tepkileri, sağlıklı davranışları tespit etmesini ister.

Bir vaka örneği sunalım. Emily, 26 yaşındadır. Bir sanat kuruluşunun proje fonu yöneticisi olarak yakın bir tarihte işe başladı. Boyun Eğicilik şeması, personelini etkili bir şekilde yönetmesini zorlaştırmaktadır. Hükmedici ve küçümseyici Jane ismindeki çalışanıyla büyük zorluklar yaşamaktaydı. Emily terapiye başladığı zaman personelinin birçok idari karar almasına izin veriyordu. Jane, ona öfkeli bir şekilde davrandığında Emily özür diliyordu. Emily "Onun patronu olmama rağmen o, patronum gibiydi" diyordu.

Şema terapiyle Emily, Boyun Eğicilik şemasını tespit etti ve çocukluğundaki şemanın kökenlerini inceledi. Özellikle Jane'le kendi otoritesini nasıl engellediğini gözlemledi. Emily işte, günün sonuna doğru Jane'in onunla bir toplantı istemesinden sonraki anları Şema Günlüğü formuna doldurdu (bkz. Şekil 3.2).

ŞEKİL 3.2. Emily'nin Şema Günlüğü

Tetikleyici: *Jane bu öğleden sonra saat üçte benimle görüşmek istediğini söyledi.*

Duygular: *Korkmuş hissediyorum ve saklanmak istiyorum.*

Düşünceler: *Beni azarlayacak ve ne yapacağımı bilemeyeceğim. Ona karşı koyamayacağım.*

Gerçek Davranışlar: *Onunla buluşmaya karar verdim. Bu formu dolduruyorum böylelikle ne yaptığımı anlayabilirim.*

Şemalar: *Babam ve ilk kocam için elde edilebilir olduğumu ve onları üzmemek için nasıl dikkatli olmak zorunda olduğumu hatırlıyorum. Şimdi bile ikinci kocamın bana ne yapacağını söylemesine izin veriyorum ve o naziktir. Boyun Eğicilik şemam Jane ne istiyorsa benim vermek istememi sağlıyor böylelikle bana kızmayacak.*

Sağlıklı Bakış: *Jane'in neden buluşmak istediğini bilmiyorum. İstediği her neyse vermek zorunda değilim. Saygıyı hak ediyorum ve kötü konuşmaya geçerse toplantıyı terk edebilirim.*

Gerçekçi Endişeler: *Jane, insanların gözünü korkutuyor. Bana bağırabiliyor. Bu iş için mükemmel değilim fakat daha iyiye gidiyorum. Eğer gerçekten isterse yanlış yaptığım bazı şeyleri bulabileceğini biliyorum.*

Aşırı Tepki: *İki sonuca atladım. İlki, Jane beni azarlamak istiyor. İkincisi bunun hakkında yapabileceğim hiçbir şey yok. Yapabileceğim en iyi şeyin, sadece top-*

lantıda ayakta kalmak gibi, bu bende pasif ve aciz duygusu yaratıyor. Bu davranış, beni felç ediyor.

Sağlıklı Davranış: *Jane ile buluşmalıyım ve bununla ilgili telaş etmek yerine onun ne istediğini anlamalıyım. Eğer kabalaşırsa toplantıyı sonlandırabilirim. Öte yandan bana saldırılmayabilir bu nedenle karşı saldırı hazırlamayacağım. En önemli şey, hazırlanmak için zamanım var ve bana yararlı bir çözüm bulabilirim.*

Özet

Bilişsel stratejiler, hastanın şemalarının doğru olmadığı ya da oldukça aşırı olduğunun zihinsel farkındalığını yükseltir. Terapist ve hasta denenmesi gereken bir hipotez olarak şemayı görmeye karar vererek başlar. Hastanın geçmiş ve şimdiki yaşamında semayı destekleyen ve çürüten kanıtları incelerler. Ardından terapist ve hasta şemaları destekleyen kanıtlar için alternatif açıklamalar üretirler. Terapist, çocukluktan gelen kanıtları rahatsız edici aile dinamiklerine ve çocukluktan beri süregelen kanıtları şema devamlılığına bağlar. Terapist, hastaya "şema yönü" ve "sağlıklı yön" arasında diyalog kurmayı öğretir.

Arkasından terapist ve hasta, hastanın mevcut baş etme biçimlerini avantaj ve dezavantajlarını listeler ve hasta daha uyumlu davranışlar girişiminde bulunur. Hasta, öncelikle flaş kartları kullanarak ve sonra da Şema Günlüğü formunu doldurarak sağlıklı davranışları çalışır. Bilişsel çalışmadaki adımlar, art arda birbirine geçer, bir başkasının üzerine kurulur. Bilişsel çalışma, hastayı kendisini bekleyen deneysel, davranışsal ve bireylerarası çalışmaya hazırlar.

Terapist ve hasta, tedavi süreci boyunca bilişsel çalışma yapmaya devam ederler. Terapi ilerlerken hastalar, şemalara karşıt kanıt listesi ilave ederler. Örneğin; Emily daha bağımsız kararlar verirken ve işte önceden önlemler alarak hareket ederken başarı toplar. Bir yerde projenin yönetim kurulu üyesi bütçe hakkında onunla konuşmak istedi. Acizlik duyup ertelemek yerine toplantı için hazırlandı. Terapi seansında toplantı rolünü oynadı. Tüm ilgili olayları çalıştı. Toplantıda Emily, yönetim kurulu üyesinin tüm sorularını cevapladı ve bazı yeni fikirler önerebildi. Emily ilerlemeye devam ederken Boyun Eğicilik şemasına karşıt daha fazla kanıt biriktirdi. Şemayla savaşırken ve baş etme yanıtları geliştirirken yaşamı, adım adım şemanın yanlış olduğunu kanıtladı.

4

DENEYSEL STRATEJİLER

Deneysel tekniklerin iki amacı vardır. (1) Erken Dönem Uyumsuz Şemalara bağlanan duyguları tetiklemek ve (2) hastanın bu duyguları iyileştirmesi için yeniden ebeveynlik sağlamak ve giderilmemiş çocukluk ihtiyaçlarını kısmen gidermek. Birçok hastamız için deneysel teknikler, en derin değişimi gerçekleştiriyor gibi görünmektedir. Deneysel çalışma aracılığıyla hastalar, şemalarının yanlış olduğuna duygusal olarak inanarak entelektüel bir anlayıştan hareketle bir değişim yaratabilirler. Bilişsel ve davranışsal teknikler, tekrarlama aracılığıyla başarılan küçük değişikliklerin birikmesinden güç alırken deneysel teknikler daha dramatiktir. Onlar güçlerini birçok derinden inandıran düzeltici duygusal deneyimlerden alırlar. Deneysel teknikler, duygu karşısında daha verimli bir şekilde bilgiyi işlemek için insan kapasitesinden faydalanır.

Bu bölüm, şema terapide çok sık kullandığımız deneysel teknikleri tanımlar. Değerlendirme Evresi için ve sonra da Değişim Evresi için deneysel teknikler sunmaktayız.

DEĞERLENDİRME İÇİN HAYAL KURMA VE DİYALOGLAR

İlk deneysel değerlendirme tekniğimiz hayal kurmadır. Bu bölüm, rahatlatıcı hayalden çocukluğun ve bugünkü yaşamın

üzücü hayallerine hareket ederek, hayal çalışmasına nasıl girileceğini ve hayal kurma seansında değerlendirmenin nasıl yönetileceğini hastalara açıklar. Şema terapistinin, şemaları tespit etmek, şemaların çocukluk kökenlerini anlamak ve şemalarla hastanın mevcut problemlerini ilişkilendirmek için deneysel stratejileri nasıl kullanacağını göstermekteyiz.

Hastalarla Hayal Kurma Çalışmasının Tanıtımı

En iyisi, nerdeyse tüm terapi saatini hasta ile birlikte ilk hayal kurma değerlendirme seansına ayırmayı planlamaktır. Genellikle gerekçe sunmaya ve soruları cevaplamaya yaklaşık 5 dakika, hayal kurma çalışması için yaklaşık 25 dakika ve sonra hayal kurma seansı sırasında ortaya çıkanları hastayla incelemek için de yaklaşık 20 dakika ayırırız. Sonraki hayal değerlendirme seansları, seansın sadece ilk yarısını kapsayabilir.

Gerekçe Sunma

Tedavinin bu noktasında hastalar, yaşamlarını gözden geçirmeyi tamamlayıp, Young Şema Ölçeğini ve Young Ebeveynlik Envanterini doldurup tartışırlar. Hastalar, şemaların zihinsel olarak anlamını inşa etmeye başlarlar. Terapist ve hasta, hastaların çekirdek şemaları hakkındaki hipotezleri ve çocuklukta nasıl geliştiklerini tartışırlar.

Hayal kurma çalışması, bu hipotezi test etmeye devam etmesiyle çok güçlü bir tekniktir, çünkü ofiste şemaları tetikler ve genelde hasta ve terapistin onları *hissetmesine* izin verecek bir şekilde olur. Hastaların çocukluktan gelen belirli şemalara sahip olabildiklerini mantıklı bir şekilde görmesi önemlidir. Onlar için önemli olan diğer şey ise, şemaları kendileri için hissetmeleri, çocukken bunun neye benzediğini hatırlamaları ve bu duyguyu mevcut problemlerle ilişkilendirmeleridir. Hayal kurma çalışması, şemanın anlamını entelektüel alandan duygusal alana taşır. Şema düşüncesi "soğuk"tan "sıcak" bilişe döner. Hayal kurma seansı boyunca ortaya çıkanı tartışmak,

hastaların şemaları ve çocukken giderilmemiş gereksinimleri üzerine daha ileri bir eğitim için yararlı olmaktadır.

Hayal kurma değerlendirme çalışması için gerekçeler üç bölümden oluşur:

1. Hasta için en merkezi olan şemaları tespit etmek.
2. Hastaların şemaları duygusal bir düzeyde deneyimlemesine imkan vermek.
3. Hastaların bugünkü yaşamındaki problemleri çocukluk ve ergenlikteki şemalarının kökenlerine duygusal olarak bağlamasına yardım etmek.

Genellikle hayal kurma değerlendirme çalışması yapmak için hastalara kısa bir gerekçe sunarız. Birçok hasta fazlasına gerek duymaz. Hayal kurma amacının, onların şemaları hissetmesini ve şemaların çocuklukta nasıl başladığını anlamasını sağlamak olduğunu açıklarız. Hayal kurma böylece duygusal anlayış ile bilişsel çalışmadan ayrılan entelektüel anlayışı derinleştirir.

Hayal Kurmaya Başlama

Hastalarla hayal kurma çalışması yaparken yol gösterici ilke, uygulanabilir hayal üretmesi için hastaya, az miktarda gereken eğitimi vermektir. Hastaların tümüyle kendileri olduğu hayaller kurmasını isteriz. Terapist, öneride bulunmaktan kaçınır ve mümkün olduğu kadar az bildirimde bulunmalıdır. Amaç, terapistin kendi düşünce ve varsayımlarını sukmak değil hastanın deneyimlerini mümkün olduğu kadar doğru yakalamaktır. Hedef, Erken Dönem Uyumsuz Şemalara bağlı - korku, öfke, utanç ve keder gibi birincil duygularla ilişkili- çekirdek hayalleri ortaya çıkarmaktır.

Terapist, genellikle aşağıdaki gibi yol gösterir. "Şimdi gözlerinizi kapatın ve bırakın hayal aklınızın derinliklerinde süzülsün. Zorlamayın, bırakın hayal aklınıza gelsin ve ne gördüğünüzü bana anlatın." Terapist, hastadan, hayalini o anda meydana geliyormuş gibi şimdiki zamanda ve ilk ağızdan

yüksek sesle açıklamasını ister. Terapist, hastaya hayal kurması için sözcükler ve düşünceler değil resimler kullanmasını söyler: "Hayal kurma, düşünme ya da serbest çağrışım gibi değildir ki bunların biri diğerine yol açsın. Hayal kurma aklının içindeki filmi izleme gibidir. Fakat filmi izlemekten çok bunu deneyimlemenizi istiyorum -açıklanan tüm olayların başınızdan geçmesini ve filmin parçası olmasını." Bu amacı akılda tutarak terapist, hayalin ayrıntılarına girmesi, onu canlandırması ve ona tüm dikkatini vermiş olması için yardım hastaya eder.

Terapist, "Ne görüyorsun?"; "Ne duyuyorsun?"; "Hayalinde kendini görebiliyor musun? Yüzündeki ifade ne?" gibi sorular sorarak hastaya yardımcı olur. Hayal belli olur olmaz terapist, hayaldeki karakterlerin tüm duygu ve düşüncelerini açıklar. Hasta hayalin içinde midir? Hasta ne düşünür? Hasta ne hisseder? Hastanın bu duyguları hissettiği beden nerdedir? Hangi güdü hastayı bunu yapmaya zorlar? Hayaldeki başka birisi mi? Bu kişi ne hisseder ne düşünür? Bu kişi ne yapmak ister? Terapist hastanın yüksek sesle konuşmasını ve karakterlerinin ne hissediyor olduklarını bir başkasına anlatmasını söyler. Karakterler birbirleri hakkında ne hissediyorlardır? Karakterler başkalarından neyi alabilmeyi isterler? Bunun yüksek sesle söyleyebilirler mi?

Terapist, hastanın gözlerini açmasını isteyip sonra da "Senin için nasıl bir deneyimdi?"; "Hayaller senin için ne anlama gelir?"; "Temalar neydi?"; "Şemaların bu temalarla ilgisi neydi?" gibi sorular sorarak hayal kurma seansını bitirir.

Hastaların yoğun bir şekilde şemalarını hissetmelerine yardım etmenin yanında terapistin amacı, duygusal bir düzeyde bunu anlaması için hasta ile birlikte hayal kurmayı deneyimlemektir. Bu tür bir hasta hayalinin empatik deneyimi, şemaların tanısı için çok güçlü bir yoludur.

Güvenli Bir Yerin Hayali

Öncelikle hayal kurma seansına güvenli bir yerle başlar ve bitiririz. Bu, kırılgan ve travma geçirmiş hastalar için özellikle önemlidir. Güvenli bir yer imgesiyle başlamak, hayal kurma çalışmasına başlamak için basit ve tehlikesiz bir yoldur. Bu yolla başlamak ayrıca hastanın daha önemli ve duygusal olarak yüklü materyali elde etmeden önce kurulan hayali uygulama şansını da sunar. Hayal kurma seansının sonunda güvenli yere dönmek, hastalara hayal materyalinin onları üzgün bıraktığında sığınacak yer verir.

Bu örnekte terapist ve hasta güvenli bir yer hayali oluşturmaktadırlar. Hector 42 yaşında, onu boşamakla tehdit eden eşi Ashley'nin ısrarıyla terapiye başlamıştır. Eşinin temel şikayetleri, onun kopuk, soğuk ve öfke patlamalarına meyilli olmasıdır. Pasajlara başlarken terapist, hayal kurma için gerekçeleri zaten Hector'a vermişti ve o da güvenli bir yer hayali oluşturmaya başlıyordu.

TERAPİST: Şimdi bir hayal çalışması yapmak ister misin?
HECTOR: Tamam.
TERAPİST: Lütfen gözlerini kapat ve kendini güvenli bir yerde hayal et. Güvenli bir yer hayalinin aklına girmesine izin ver ve ne olduğunu bana anlat.
HECTOR: Bir fotoğraf görüyorum (*uzun bir duraklama*).
TERAPİST: Neyin fotoğrafı?
HECTOR: Kardeşimin ve benim ağaç evimizin penceresinden bakarkenki fotoğrafı. Amcam onu bizim için yapmıştı.
TERAPİST: Fotoğrafa bakarken ne gördüğünü anlat bana.
HECTOR: İkimizi görüyorum .... (*Gözlerini açar.*) Bu gerçek bir fotoğraf, bu fotoğrafı hatırlıyorum. (*Gözlerini kapatır.*) İkimizi görüyorum, ikimiz de gülümsüyoruz.
TERAPİST: Tamam, gözlerin kapalı kalsın, kendini görebiliyor musun?

Terapist, hastanın hayale odaklı kalmasını sağlamaya çalışır. Kendisi ayrılırken, terapist onun hayale dönmesini sağlar.

HECTOR: Evet.
TERAPİST: Kaç yaşındasın?
HECTOR: Sanırım 7.
TERAPİST: Mevsim nedir?
HECTOR: Sonbahar. Yapraklar değişiyor. Yapraklar düşmüş ve uçuşuyorlar.
TERAPİST: İyi. Şimdi gözlerini kapalı tut. Fotoğrafta küçük çocuk olmanı istiyorum. Bir çocuk bakış açısıyla etrafına bakınmanı ve ne gördüğünü anlatmanı istiyorum.
HECTOR: Tamam. Kardeşimin yanındayım, ağaç evin penceresinden dışarı bakıyorum.
TERAPİST: Başka ne görüyorsun?
HECTOR: Resmimizi çeken evimizin yan tarafında oturan büyükbabamı görüyorum. Sokağı görüyorum ve ağaçları ve de komşularımı. Evlerin hepsi aynı ve her biri küçük çimenlikleriyle birbirlerine çok yakınlar.
TERAPİST: Hangi sesleri duyuyorsun?
HECTOR: (*Duraksar*) Trafik ve insanların seslerini duyuyorum. Kuşlar cıvıldıyor.
TERAPİST: Şimdi senden ağaç evin içerisine dönüp bakmanı istiyorum. Ne görüyorsun?
HECTOR: Pekala, küçük ahşap bir oda görüyorum. Bu, engebeli tahtalardan yapılmış ve dışarıyı görebildiğim boşluklar var. Büyük bir ağacın ortasında ve dalları yere kadar sarkmış. İçersi hafif karanlık. Dışarıda günışığı var, fakat hiç kimse içeriyi göremez. Eğer sessiz olursak kimse burada olduğumuzu söyleyemez.
TERAPİST: Orada ne duyuyorsun?
HECTOR: Oldukça fazla sessiz. Arada bir yaprakların hışırtısını duyuyorum ve rüzgarın uğultusunu.
TERAPİST: Bir koku alıyor musun?
HECTOR: Evet. Çam gibi kokuyor ve toprak gibi.
TERAPİST: Orada ne hissediyorsun?
HECTOR: İyi. İyi hissediyorum. Sanki gizli bir yer gibi ama özel gizli bir yer. Huzur dolu bir yer gibi geliyor.

TERAPİST: Bedenini nasıl hissediyordun?
HECTOR: Rahatlamış. Bedenim rahatlamış gibi.

Terapist, hayal ve deneyimi sanki o anda meydana geliyormuş gibi ayrıntılandırmasında Hector'a yardım eder.

Belirli biçimsel ilgiler, güvenli mekan hayali kurulurken önemlidir. Güvenli mekân hayalinin amacı, olumsuz duyguları tetikleme amacı da olan diğer hayallerden farklı olarak, hastayı sakinleştirmektir. Terapist, olumsuz unsurlardan kaçınarak hastayı rahatlatmaya ve sakinleştirmeye çalışır. Terapist, düşünceleri olumlu terimlerle anlatır. Örneğin; "tehlike yok" demek yerine "güvendesin" der. "Anksiyetenin dışındasın" yerine "rahat hissediyorsun" der. Terapist, sıcak, canlandırıcı, rahatlatıcı hayaller için çabalayarak hastanın psikolojik olarak yüklü temalardan uzaklaşmasına yol gösterir.

Genellikle çocukken travmatik istismar veya ihmal edilme yaşamış olan bazı hastalar, kendi güvenli mekan hayalini üretmeyi başaramazlar. Onlar asla güvenli bir yere sahip olmamış olabilirler. Terapist, bu hastaların güvenli mekân oluşturmalarına yardımcı olur. Kumsallar, dağlar, çayırlar ya da ormanlar gibi güzel doğal mekânlar bazen işe yarar. Bununla birlikte yardımla bile bazı hastalar, güven duydukları herhangi bir yerin hayalini kuramazlar. Böyle olduğunda terapist güvenli mekan olarak ofisi kullanmaya çalışabilir: Terapist, hastaları hayal kurma seansının başında ve sonunda ofisteki ortama yönlendirir. Terapist, hastanın gördüğü, duyduğu ve hissettiği her şeye bakıp rahat hissettiğini söyleyene dek tanımlamasını ister. Hasta terapistin yanında güven duyana ve ofisi güvenli bir mekân olarak görebilene dek hayal kurmayı terapinin sonuna ertelemek zorunda kalabiliriz.

Güvenli Ortama Dönüş

Terapist hastaları güvenli mekan hayaline geri getirerek ilk hayal kurma seansını sonlandırır ve sonra onlardan gözlerini açmalarını ister. Pek çok durumda bu, hastanın sakinleşmesi

ve yoğunlaşması için yeterlidir ve terapist, hayali tartışmaya geçer.

Hastanın kırılgan ya da hayalin travmatik olduğu durumlarda terapist tarafından daha çok sakinleştirilmesi gerekir. Hastalar, hayal kurma seansı sonrasında yoğun bir biçimde heyecanlı görünüyorsa terapist, onları güven duydukları bir ana yerleştirmeye çalışır. Terapist, onlardan gözlerini açmalarını ve gördüklerini, duyduklarını tanımlayarak ofiste etraflarına bakmalarını ister ve seanstan hemen sonra gidecekleri yerler ve yapacakları şeyler gibi sıradan konular hakkında onlarla konuşur. Terapist, hayaller tarafından tetiklenen duyguların sakinleşmesi için zaman tanır. Bu ölçümler, hastaların üzücü hayal materyalinden günlük hayata doğru geçiş yapmasına yardım eder.

Hastaların sakinleşmesi için yeteri kadar zaman ayırmak ve tamamen hayal kurma seanslarını tartışmak önemlidir. Eğer bundan kaçınılırsa terapist, hastaların hayal kurmanın bir sonucu olarak oldukça üzüntülü, korkutucu ya da öfkeli bir şekilde seanstan ayrılmalarına izin vermez. Çünkü bu duygular, zaman zaman istenmeyen bir biçimde seans dışındaki yaşamlarına kadar yayılır. Gerekirse terapist, ayrılmaya hazır hissedene dek hastalara bekleme odasında oturmalarını önerir. Terapist, seanslar arasında hastayla kısa bir şekilde konuşabilir. Terapist ayrıca hastanın ilerlemesini kontrol etmek için gece telefonla takip edebilir.

Çocuklukla İlgili Hayal Kurma

Genel Bakış

Şimdi bir gerekçe sağladık ve hastaya güvenli mekan imgesi sunduk. Böylece onları rahat hissettirdik, şimdi çocukluk hayaline geçelim. Amacımız, şemaları tespit etmek ve kökenlerini anlamak için hastanın ortaya çıkan duygu ve temalarını gözlemlemektir.

Genelde aşağıda sunulan sırada hastalardan gelen hayalleri ortaya çıkarırız (çoğunlukla belirli bir seansta sadece tek bir hayal çalışırız).

1. Herhangi bir üzücü çocukluk hayali.
2. Her ebeveyn ile üzücü bir hayal (yani anneyle bir hayal ve babayla bir hayal).
3. Şemanın oluşumuna katkı sağlamış arkadaşlar gibi diğer önemli görülen kişilerle üzücü hayaller.

Terapist, biçimlenmemiş bir hayalle başlar, basitçe hastanın çocukluktan gelen üzücü bir imgeyi canlandırmasını sağlar. Bu, hastalara çocukluklarıyla ilgili duydukları büyük sıkıntı neyse onunla bağlantı kurmaları için fırsat verir. Biçimlenmiş hayallere geçmek, terapistin hasta şemalarına katkı sağlayan tüm diğer önemli kişilere ulaşmasını sağlar.

Vaka Örneği

Aşağıdaki pasajlar, evlilik problemleri için terapiye başlayan, önceki bölümde tanıtılmış olan Marika ile Dr. Young'un yürüttüğü hayal kurma seansından alınmıştır. O, evliliğinde yakınlık eksikliğinin olduğunu ve kocası James'in soğuk, eleştirel ve duygusal istismarcı olduğunu söyledi.

Ölçeğinde Marika, babasının da "soğuk" ve "iğneleyici" olduğunu ve onunla "değersiz kimseler olmak zorunda" diye yazdı. Terapistle önceden güvenli yer hayali çalışmıştı. Bu pasajda terapist, Marika'dan çocukken babasıyla olan üzücü bir hayali kurmasını istemektedir.

TERAPİST: Şimdi bir alıştırma yapmak ister misin?
MARİKA: Evet.
TERAPİST: Güzel, bir süre için gözlerini kapatmalısın.
MARİKA: Tamam.
TERAPİST: Senden yapmanı istediğim, gözlerini kapatman ve bir çocukken babanla senin hayalini kurman. Zorlamaya çalışma, kendisi ortaya çıksın.
MARİKA: Tamam.

TERAPİST: Ne görüyorsun?

MARİKA: (*Aniden ağlamaya başlar*) Sadece ben, o oturuyor ve gazetesini okuyor. Üzerinde beyaz bir gömlek var, gömleğin cebinde birkaç kalem var. Ben kalkıyorum ve gazeteye hafifçe vuruyorum "tıp tıp". Bilirsin, "beni sıkıyorsun" der gibi bakıyor. Fakat biliyorum, benim kucağına çıkmama izin verecekti. (*Sessizce ağlar*).

TERAPİST: Senin orada olmanı gerçekten istemiyor gibi.

MARİKA: Fakat beni kucağına alacağını biliyorum, bilirsin sonra da kucağına oturtup bana hikaye okuyabilir. Fakat o her zaman okumak istediği hikâyeler okur, benim istediklerimi değil.

Ve sonra da onun kalemliğindeki kalemleri almaya başlarım ve bunun gibi şeyler, daima onları bana geri koydurtur çünkü onları geri ister. Eğer uzatırsam parmaklarımı alır ve onları geriye doğru büker ve acır o zaman "amca" diye seslenmek zorunda kalırım ve çıkıp giderim ya da oraya oturur nazik olmaya çalışırım böylelikle o ... (*uzun bir duraklama*).

TERAPİST: Tekrar senden hoşlanacak mı?

MARİKA: Tekrar benden hoşlanacak.

TERAPİST: Her şeyi, her zaman onun istediği şekilde yapmak zorundaymışsın gibi görünüyor.

MARİKA: Evet.

TERAPİST: Gerçekten istediğin bu olmasa da sana ne verirse versin kalanlarla yetinmek zorundasın.

MARİKA: Evet.

TERAPİST: Şimdi bu hayalinde onun nasıl olmasını istediğini babana söyleyebilir misin?

MARİKA: Pekala.

TERAPİST: İhtiyaçlarını sana vermediğini, gerçekten neye ihtiyaç duyduğunu söyle, tamam mı?

MARİKA: Eğer dışarı çıkıp sokak boyunca yürüseydik hatta sadece evin dışına çıksaydık aldırmazdım ve birazcık daha gülsen aldırmazdım. Kardeşimi ve beni alıp bir yere götürsen ve bizimle oynasan aldırmadım. Fakat bizimle oynamayı hiç istemedin.

Marika ile bu hayal seansı hakkında fark edilen ilk şey, duygularının nasıl hızlı bir şekilde değiştiğidir. Gözlerini kapatır kapatmaz babasını hayalini görür ve ağlamaya başlar. Hastanın duygularındaki bu hızlı değişim, hayal kurma çalışması yaparken yaygın olarak görülmektedir.

Marika'nın seansta dışa vurduğu en etkili duygu üzüntüdür: Onun ağlaması, babası tarafından giderilmeyen duygusal ihtiyaçlar için üzüntüyü ifade eder. Çekirdek tema, Duygusal Yoksunluktur -babası, ona önem vermeye ve fiziksel duygulanım göstermeye isteksizdir, onun duyguları için empati duymamaktadır. Onunla ilgisiz görünmektedir. Bu, Duygusal Yoksunluğun temelidir: Ebeveyn, çocuktan duygusal bağını koparmıştır. Çocuk, bağlantı kurmak için ebeveyni kazanmaya çalışır fakat ebeveyn bunu nadiren yapar.

Diğer ilgili iki şema, Boyun Eğicilik ve Güvensizlik/Suistimal edilmedir. Her şey babanın şartları üzerine kuruludur: Marika'nın kucağına gelmesini lütfetmektedir, ona kendisinin istediği hikâyeleri okumaktadır. Onunla birlikteyken, Marika onun her istediğini yapmak zorundadır. Babasının denetimindedir. Babasından istediği ilgiyi ve duyguyu alma gücü yoktur. Babası sonradan parmaklarını geriye doğru bükse bile kabul edilmek için "nazik olmak" zorundadır -yani babasından ilgi görmek istiyorsa kötü davranışı kabul etmek zorundadır.

Biraz daha zayıf fakat önemli tema, Kusurluluktur. Birçok ihmal edilmiş çocuk, ebeveyninin onlara önem vermemesi nedeniyle bir şekilde değersiz oldukları duygusuna sahiptirler. Babasının Marika'ya olan kayıtsızlığı reddediciliktir. Reddetme teması, Kusurluluk şemasının bir parçasıdır. Marika, onun sevgisine layık olmayı istemektedir ve sevgisini vermek için babasının yetersizliği ile karşılaştığında kendini suçlu biri olmak zorundaymış gibi hissetmektedir. Sevilebilir olmadığını

hissetmektedir. (Bu tema, seans ilerlerken daha açık bir şekilde ortaya çıkar.)

Geçmişi Bugüne Bağlayıcı Hayal Kurma

Erken Dönem Uyumsuz Şeması ile ilgili olumsuz duyguları ortaya çıkaran, önemli bir çocukluk imgesini inceledikten sonra terapist hastadan aynısını hissettiği mevcut ya da yetişkin durumun bir hayalini değiştirmesini ister. Bu şekilde terapist, çocukluk anısı ve hastanın mevcut yaşamı arasında doğrudan bir bağlantı oluşturur.

Aşağıdaki örnek, Marika ile hayal kurma seansının devamıdır. Dr. Young, Marika'dan babasıyla olan hayalinde aynısını hissettiren kocası James ile kendisinin hayalini kurmasını ister. Terapist, sonra Marika'dan hayalinde James ile konuşmasını ve ondan ne beklediğini söylemesini ister.

TERAPİST: Bu hayalinde ondan ne beklediğini James'e söyleyebilir misin? Yalnız yüksek sesle.

MARİKA: (*James'e*) James, bana bağırmayı bırakmanı istiyorum ve her gün bana günümün nasıl geçtiğini sormanı istiyorum. Bütün aptal hikâyelerimi anlatırken beni dinlemeni istiyorum. Konuştuğumda bana susmam ya da acele etmemi istiyormuşsun gibi bakma.

Dışarı çıkıp birlikte daha fazla eğlenmek istiyorum. Sadece gülüyormuş gibi yapabilirsin ya da gülmek istemesen bile bazı şeylere ya da yaptığım aptalca şeylere gülebilirsin ve böylelikle benimle olmaktan az da olsa hoşlandığını bilirim (*Ağlar*).

TERAPİST: Bir parça da olsa seninle eğlendiğini hissetmek istiyorsun.

MARİKA: Bir evlenme nedenimizin olduğunu biliyorum.

TERAPİST: Bunu söylediğinde o sana ne diyor? Şimdi James ol. Onun sana cevabını ver.

MARİKA: Pekâlâ, hemen tüm nedenleri saymaya başlar: Birçok şey yapıyoruz ve çok önemli bir işi var. Bunun çok zaman aldığını biliyorsun ve o çok yorgun, biliyorsun "sadece bu kadarını yapabiliyorum". Ve bilirsin işte, neredeyse, "Herhangi bir talepte bulunmaya nasıl cüret edersin?" der gibi. Çünkü o elinden gelenin en iyisini yapar.

TERAPİST:, Bana öyle geliyor ki biraz baban gibi çok çalıştığından ve sana maddi imkân sağladığından, mutlu olman gerekmez mi?

MARİKA: Hı-hı.

TERAPİST: Aynı şey. Çalışıp sana para veriyorlarsa, yetinmeli misin?

MARİKA: Evet.

Bu hayalde Marika'nın James'e söylediği hemen hemen her şeyi babasına da söyleyebilirdi. Temalar aynıdır. Duygusal Yoksunluk mevcuttur: Marika, James'in ona ilgi göstermesini, onu dinlemesini, onunla eğlenmesini ister. Boyun Eğicilik mevcuttur: James, ilişkinin koşullarını hazırlamaktadır. Çok sıkı çalışmakta olduğu için, ne zaman sevgi göstereceğini belirleyebilmek ister. Marika'nın herhangi bir şey talep etme hakkı yoktur. Kusurluluk mevcuttur: Marika, James'in ona reddedici bir biçimde davranması yerine, onu çekici bulmasını ve onunla olmaktan hoşlanmasını istemektedir.

Şema Koşullarında Kavramsallaştırılan Hayal Kurma

Terapist, şema koşulları içerisinde hayal kurma seansında meydana gelenleri hastanın kavramsallaştırmasına yardım eder. Bu, seans sırasında meydana gelenler için zihinsel bir bağlam sağlar ve hastanın hayal kurmanın anlamına daha büyük bir içgörü geliştirmesine yardım eder. Aşağıdaki pasajlarda terapist ve Marika, şemalarını anlamak için hayal kurma seansının ima ettiklerini tartışmaktadırlar. Şema koşulları içerisinde hayal kurma seansını kavramsallaştırmak, hastanın hayal kurma seansında meydana gelenler ile bundan önce gelen değerlendirme materyalini bütünleştirir.

Terapist, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Boyun Eğicilik çekirdek şemalarına odaklanır. Marika'nın Duygusal Yoksunluk şemasını tanımlayarak başlar. Bu şemada olduğu gibi Marika, duygusal yoksunluğun sadece belli belirsiz farkındadır.

TERAPİST: Doldurduğun Şema Ölçeği formu ilginç. En yüksek puan sanıyorum Yüksek Standartlardı -bakalım, onları buraya yazdım ... Kendini Feda...

MARİKA: Evet, hepsini uygulamayı düşünmüyorum (*Güler*).

TERAPİST: Senin için çok üzücü olanların yüksek puan verdiklerin olmadığını düşünüyorum. Fakat belki de bazen seninle süre giden bazı derin şeylerin farkında değilsin.

MARİKA: Evet.

TERAPİST: Bugün burada şimdiye dek söylediklerini değerlendirerek çıkardıklarımdan bazılarının senin şemaların olabileceğini söylememe izin ver. Birine, Duygusal Yoksunluk adını veriyorum ki bu da normal ihtiyaçlarını duygusal destekle gideremeyeceğin duygusudur -seni seven, güçlü, seni anlayan, dinleyen, ihtiyaçlarına önem veren kimse olmayacak ve sana bakan, gerçekten sana ilgi göstermeye çalışan ve özen gösteren hiç kimse yok. Bu his doğru mu, bu sorunlardan biri olabilir mi?

MARİKA: Tabi ki bunu erkekler için sınırlamak zorundasın çünkü kadın arkadaşlarımla...

TERAPİST: Evet doğru. Annen farklıydı. Senin annen çok sevgi doluydu. Fakat duygusal yoksunluk en azından erkeklerle ilişkiliyken büyük bir sorun gibi gözükmektedir. Baban duygusal olarak besleyici veya temin edici değildi.

MARİKA: Doğru.

TERAPİST: James de değil, doğru mu?

MARİKA: Evet.

TERAPİST: Buna rağmen senin istediğin bu ve onlardan beklediğin de bu. Onlardan sadece sana biraz özen ve duygusal ilgi göstermelerini istiyorsun.

Terapist, Marika'nın babası ve kocasıyla olan ilişkilerindeki çekirdek temaya işaret eder. Her iki erkek de onun Duygusal Yoksunluk hissini pekiştirmektedir. Terapist, Marika'nın Kusurluluk şemasını tanımlayarak devam eder.

TERAPİST: Sorun olabileceğini düşündüğüm başka bir konuyla devam edelim. Bu, Kusurluluk dediğimiz, bir şekilde içten içe kusurlu ya da sevilmeyen olduğunun duygusudur. Bana öyle geliyor ki babanla ilgili tanımladığın pek çok şey bu duyguya yol açacaktır. Onun ilgisini asla çekememenin seninle ilgili yanlış bir şeylerden kaynaklandığını, seninle olmak istememesinin, sana kibirle yaklaşmasının seninle ilgili olduğunu sana hissettirmiştir. Bu, senin içinde, sanırım, bir şekilde yetersiz olma ya da onun ihtiyaçları ya da beklentilerine uygun olamama duygusu yaratacaktır. Bu his doğru mu?

MARİKA: (*Ağlar*) Evet ve ayrıca bu, nasıl göründüğümü eleştirmeden hayatımda geçirdiğim tek bir gün olmamasından kaynaklanan bir kadın sorunu. Saçlarım çok düz, fazla kiloluyum, yeterince sevimli değilim, biliyorsun, hatırlayabildiğim andan beri sürekli böyle çünkü bu annemin yaptığı bir şey.

TERAPİST: Dolaylı olarak bu, sana ilgi göstermeyerek, seni ihmal ederek, yeterince iyi olmadığını düşünmene sebep olarak babanın da yapıyor olduğu bir şey -seninle ilgilenmek istememesi, senin içinde kusurlar olmasına neden oldu. Böylelikle annenin eleştirel olması ve babanın seni ihmal etmesi arasında eleştirilmeyi hak ettiğin duygusunu edindin, demek istediğimi anladın mı?

MARİKA: (*Derinden iç çeker*) Evet.

Terapist, Marika'nın davranışlarının Kusurluluk şemasını pekiştirdirğine dikkat çeker.

TERAPİST: Bu duygunun Kusurluluk duygusu olup olmadığını merak ediyorum. Bunu kendine yapıyor, yanlışını buluyor ve daha fazla kanıt bulmayı sürdürüyorsun. Kilonu ya

da görünüşünü, kendini aşağılamak ve kusurluluk duygusunu sürdürmek için kullanabilirsin. Ne söylediğimi anlıyor musun?

MARİKA: Evet. Bu otomatik. Eğer 120 pound (yaklaşık 55 kilo) olursam yine de bir şeyler yanlıştır.

TERAPİST: Bu, şemanın konuşması.

MARİKA: Evet fark ettim sonunda, çok fazla kilo kaybettiğimde problemlerim geçmemişti.

TERAPİST: Kilon azaldığında bile Kusurluluk duygusu hala orada. O nedenle, kuşkusuz, tekrardan seni eleştirerek bunu pekiştiren bir eş seçtin.

MARİKA: Evet.

TERAPİST: O, senin kusurluluk duygunu destekler. Sonra kendini savunarak karşı koymaya çalışırsın, fakat derinlerdeki bazı parçaların ona inanır ve bu, şemadır.

Hayal kurma seansı sırasında terapist ortaya çıkan temaları tanımlarken Marika'nın mevcut yaşamından örneklerle bu temaları ilişkilendirir. Böyle yaparak Marika'nın, günlük yaşamında şemanın çalışmasını görmesine yardımcı olur.

Hastanın Çocukluğundan Gelen Diğer Önemli Figürlerin Hayalini Kurma

Marika gibi pek çok hasta, ebeveynleriyle olan çocukluk deneyimleriyle ilgili şemalara sahiptir. Ebeveyn imgeleri, hemen hemen her zaman önemlidir. Bununla birlikte diğer ilgili çocukluk imgelerini de keşfetmekteyiz. Hastanın şemalarının gelişiminde temel olduğunu varsaydığımız her imgeyi inceleriz. Çoğu kez bunlar ebeveynlerle ilgilidirler, fakat bazen de kardeşler, geniş aile üyeleri, arkadaşlar, öğretmenler hatta yabancıları içerir. Hastanın çocukluk ya da ergenliğinden gelen bazı başka bireylerin, şemanın gelişiminde önemli bir rol oynadığının geçmiş yaşamdan elde edildiğine inanıyorsak o zaman hastanın hayaline bu kişileri de dâhil ederiz. Örneğin, Eğer hastanın bir çocuk olarak kardeşi tarafından istismar edildiğini biliyorsak şunu söyleyebiliriz, "Şimdi gözlerinizi kapatın ve kardeşinizle bir çocuk olarak kendinizin hayalini kurun" ya da bir hastanın okuldaki bir arkadaşları tarafından alay edildiğini biliyorsak o zaman "gözlerinizi kapatın ve okul bahçesinde bir çocuk olarak kendinizin hayalini kurun".

Değerlendirme için Hayal Kurma Özeti

Değerlendirme için hayal kurma çalışması yapmak, hem terapist hem de hastanın çekirdek şemaları tespit etmesine ve hissetmesine, çocukluk kökenlerini anlamasına, bu kökenleri hastanın mevcut problemlerine bağlamasına yardım eder. Ayrıca hayal kurma çalışması, hem hastanın hem de terapistin, hastanın şemasını entelektüel olarak tanımaktan onları duygusal olarak deneyimlemeye geçmesine yardım ederek hasta şemalarının anlamını arttırır.

DEĞİŞİM İÇİN DENEYSEL STRATEJİLER

Değerlendirme için deneysel tekniklerin kullanımı ve değişim için deneysel tekniklerin kullanımı arasında birçok seans geçer. Yürütülen hayal kurma değerlendirmesinden sonra hastanın şemalarını kavramsallaştırmaya ve sonra da şemalar için kanıtları ve karşıt kanıtları inceleme, flaş kartları kullanma gibi önceki bölümde tanımlanan savaşçı şemalar için bilişsel tekniklere yöneliriz. Bu, değişim için deneysel tekniklere başladığımız noktadır.

Deneysel değişim teknikleri üzerine olan bu bölüm, aşağıdakileri sunmaktadır: (1) Tedavinin bu tür teknikleri içermesi için gerekçe; (2) hayali diyalogların nasıl yürütüleceği; (3) "yeniden ebeveynlik" hayal kurma çalışması; (4) travmatik anıların hayali; (5) ev ödevleri olarak mektup yazma ve(6) örüntüleri bozma için hayal kurma.

Gerekçe

Deneysel çalışmanın gerekçesi, etkili bir şekilde şemayla savaşmaktır. Tedavinin bu noktasında terapist ve hasta, şema lehine ve şema karşıtı kanıtları önceden incelemiş ve bunun karşısında rasyonel bir durum inşa etmiştir. Bilişsel düzey tamamlandıktan sonra hasta çoğu kez "şemamın doğru olmadığını bu akılcı düzey üzerinden anladım, fakat hala aynı şekilde hissediyorum" gibi şeyler söyler. Aslında hastanın duygusal düzeyde şema ile savaşına yardım eden (sınırlı yeniden ebeveynlikle birleşen) deneysel çalışmadır.

Hayali Diyaloglar

Hayali diyalogları, başlıca deneysel değişim tekniklerimizden biridir. Hastanın hem çocukluktaki şemalarına neden olan insanlarla hem de mevcut yaşamındaki şemalarını pekiştiren insanlarla hayali bir diyalogu sürdürmesini öğretiriz. Bu bölümde tanımladığımız hayali diyaloglar, mod çalışmasının basitleştirilmiş bir formudur ki bunları sonraki bölümde ayrıntılı bir şekilde inceleyeceğiz. Bu basitleştirilmiş versiyonda üç mod kullanırız: İncinebilir Çocuk, Sağlıklı Erişkin, İşlevsiz Ebeveyn.

Daha önce bahsettiğimiz gibi en önemli çocukluk figürleri ebeveynlerdir ve ebeveynler, hayali diyaloglar için kullandığımız ilk karakterlerdir. Hastaların, gözlerini kapatmalarını ve kendilerini bir ebeveyn ile üzücü bir durumda hayal etmelerini isteriz. Genelde bu hayaller, değerlendirme için hayal kurmada ortaya çıkan anılara benzer ya da aynıdır. Sonra hastaların ebeveynlerine yönelik güçlü duygularını, özellikle öfkeyi, ifade etmeleri için hastalara yardımcı olmaya odaklanırız. Hastaların ebeveynleri tarafından giderilmeyen ihtiyaçları tespit etmelerine ve bu ihtiyaçları gidermedikleri için hayalde ebeveynlerine öfkelenmelerine yardım ederiz.

Hastanın -hayaldeki çocuğun-, davranışlarıyla şemaya yol açan ebeveyne neden öfkelenmesini istiyoruz? Boşalan öfkenin, kendisinde katartik ve değerli olmasına rağmen hastanın boşalmak için elde ettiği gerekçe basit değildir. Temel amaçlarımız, hastanın şemaya karşı koyması ve şemadan uzaklaşması için hastayı güçlendirmektir. Hastanın öfkesini ifade etmesi ve incitici ebeveynlerinin haklarına karşı durması güçlendiricidir. Öfke, şemayla savaşmak için duygusal güç sağlar. Şema, ters giden bir dünya sunar ve öfke dünyayı tekrar yoluna koyar. Hastalar, "artık beni istismar etmene izin vermeyeceğim", "beni eleştirmene izin vermeyeceğim", "beni kontrol etmene izin vermeyeceğim", "sevgiye ihtiyacım var ve sen bana bunu vermedin", "öfke duymaya hakkım var" ya da "ayrı bir kimliğe hakkım var" gibi sözler ettiklerinde onlar canlanmış ve değerli hissederler. İnsan olarak kendi haklarını geçerli kılarlar. Çocukken onlara yapılanlardan daha iyilerine layık olduklarını teyit ederler.

Hastalara iletmeye çalıştığımız, temel insan haklarını hak görme duygusudur. Terapist, temel çocukluk hakları ve evrensel ihtiyaçların olduğuna inanmamız hakkında hastayı eğitir. Örneğin; tüm çocukların saygı görmeye hakkı olduğunu Kusurluluk şeması olan hastalara öğretiriz. Duygusal Yoksunluk hastalarına tüm çocukların sevgi, anlayış ve korunmayı hak ettiklerini öğretiriz. Boyun Eğicilik şeması olan hastalara, tüm çocukların duygu ve ihtiyaçlarını ifade etmeye (makul sınırlar içerisinde) hakları olduğunu öğretiriz. Çocukken bunların hepsine hakları olduğunu söyleriz. Umudumuz, hastaların seansları bırakıp dünyaya dışarı çıktıklarında çocukken öğrenmedikleri sağlıklı yetkinliğin bir kısmına sahip olarak ayrılmalarıdır.

Seanslarda ebeveyne ifade edilen öfke, deneysel çalışmanın bu düzeyinde oldukça önemlidir. Bazen hastalar, bu çalışmayı yapmanın dışında terapistle konuşmaya çalışırlar. Önceki terapide öfkelerini giderdiklerini söylediler. "Bunu zaten geçtim. Öfkemin üstesinden geldim. Ailemi anlıyorum. Onları bağışlıyorum." Bununla birlikte görünürde böyle iddialarla karşılaştığımızda genelde yanıldığımızı gördük. Sonradan has-

tanın gerçekten ebeveynine yönelik içten bir öfke asla deneyimlemediğini fark ettik. Eğer hastalar deneysel çalışmanın bu kısmını yapmamışlarsa -terapide ya da günlük hayatlarında ebeveynlerine anlamlı bir biçimde öfke duymamışlarsa- o zaman bu düzeyde ilerleyemezler. (Genellikle hastalarla avantajlar ve dezavantajlar dikkatli bir şekilde tartılmadıkça, "gerçek yaşamda" ebeveynlerine doğrudan öfke ifade etmekten kaçınırlar.) Tedavinin ileriki aşamalarında terapist ve hasta, hastanın ailesini affedip affedemediği üzerine konuşacaklardır. Sonra terapist, hastanın ebeveyninin iyi yönlerini görmesine ve ailesinin sınırlarını kabul etmesine yardım edecektir. Bununla birlikte mağdurluktan affediciliğe geçmesi için ve şemaya karşı gelişme kaydetmesi için pek çok hasta öfkesini gözden geçirmek zorundadır. Birçok hasta için terapide öfke ifade etmek, çok önemlidir. Bu olmadan hastalar, şemanın doğru olmadığını entelektüel olarak bilseler bile duygusal olarak doğru olduğuna yine de inanırlar.

Bazen hastalar, bu çalışmayı yapmak için oldukça suçlu hissettiklerini söylerler. Ebeveynlerine öfke duymanın yanlış olduğuna inanırlar. Öfkelerinin bir şekilde ebeveynlerine zarar vereceğine, çalışma yaparak ebeveynlerine ihanet ediyor olduklarına ve ebeveynlerinin yapabileceklerinin en iyisini yaptıklarından dolayı öfkeyi hak etmediklerine inanırlar. Bu meydana geldiğinde hastalara bunun sadece bir egzersiz olduğunu söyleriz. Dahası, hayalde onları öfkelendirerek ebeveynleri kötü insanlar biçiminde suçlamıyoruz. Ebeveynlerindeki belirli yanlışlar hakkında onları öfkelendiriyoruz.

Ayrıca hastaların çocuklukta yaşadıklarına dair üzüntülerini açıklamaları önemlidir. Üzüntü, öfkeyle daima iç içedir. Üzüntü sürecini gözden geçirmek hastanın, şemaların doğru olduğu geçmişi, artık doğru olmak zorunda olmadığı bugünden farklılaştırmasına yardım eder. Üzülmek, hastanın ailesinin değişeceği yönündeki gerçekçi olmayan beklentileri bırakmasına ve ailesinin iyi niteliklerini kabul etmesine yardım eder. Ayrıca bu, çocukluğun acı dolu olduğu ve bunu geri

alamayacağı gerçeğini kabul etmesine yardımcı olmaktadır. Fakat geleceğe odaklanmak olasıdır ve mümkün olduğu kadar tatmin sağlar.

Hastalar her şeye rağmen ebeveynlerini sevdiklerini fark ederler. Ebeveynleriyle uygulanabilir bir ilişki kurmaları mümkün olabilir. Yapılması gereken tüm akılcı çabalar başarısız olduğunda üzüntü duyma, başkalarıyla daha açık daha sağlıklı bağlar biçimlendirmek için hastaların ebeveynlerini bırakmasına yardım eder. Son olarak üzüntü duyma, hastaların kendilerine yönelik ilgisizlik ve küçük görme davranışlarını değiştirerek çocukluklarındaki kendileri için sevgi inşa etmelerine yardım eder. Üzülme hastaların kendilerini affetmelerini sağlar.

Aileye karşı öfkesini açığa vurmakla ilgili bahsettiğimiz ikinci amaç, hastanın şemadan duygusal olarak uzaklaşmasına yardım eder. Hastaların şemalarla savaşının çok zor olmasının bir nedeni, şemaların ego uyumlu hissedilmesidir. Hastalar, ebeveynlerinin onlara verdikleri mesajları içselleştirirler. Ebeveynlerinin eskiden söylediklerini şimdi kendilerine söylemektedirler (ya da davranışları aracılığıyla ima ederler): "Duygularının önemi yok", "Kötü davranılmaya layıksın", "Sevimsizsin", "Daima yalnız kalacaksın", "Hiç kimse senin ihtiyaçlarını karşılamayacak", "Daima başkasının istediğini yapmak zorundasın". Ebeveynlerin sözleri, hastanın kendi sözleri olur ve onu doğru hisseder. Hastalar, hayal kurmada bir ebeveynine öfke duyduklarında bu işlemin aksine yardımda bulunurlar. "Ebeveynin sözleri" olarak şemayı dışa vururlar. Bu şekilde hastalar, kendi sözlerine benzer hissettiklerinden uzaklaşma duygusu yaşarlar. Artık bu, kendilerini eleştiren, kontrol eden, ihmal eden ya da nefret eden ebeveyndir -kendilerinin çekirdek kısmı değildir. Şema, ego uyumsuz haline gelir. Terapist, ebeveyn tarafından temsil edilen şemayla savaşmak için hasta ile birleşir.

Vaka Örneği

Aşağıdaki pasajlar, 3. Bölümde tanıttığımız bir hasta olan Daniel ile Dr. Young'ın yürüttüğü bir görüşmeden alınmıştır. Daniel, sosyal anksiyete ve öfke yönetimi problemleri için yaklaşık 9 ay başka bir terapistle geleneksel bilişsel terapi aldı. 36 yaşındaydı ve bir oğlu olan yalnız bir babaydı. Beş yıl önce eşinin başkalarıyla gizlice ilişkileri olduğunu keşfettikten sonra boşandı. Çocuğu olmasaydı o zamandan beri yalnız kalacaktı. Daniel'in uzun vadeli terapi amacı, bir kadınla başarılı özel bir ilişki kurmaktı.

Daniel'in çocukluğu travmatikti. Babası, her gece çevre barlarda içen bir alkolikti. Daniel, küçük bir çocukken babasını bulmak ve onu eve getirmek için geceleyin yalnız başına şehirde yürüdüğünü hatırlamaktadır. Babası içtiği sırada Daniel evdeyken annesi, erkek arkadaşlarını eve alıyor, onlarla içip seks yapıyordu. Erkek arkadaşları yokken Daniel'in annesi cinsellik eğitimi altında cinsel olarak tahrik edici bir şekilde ona çıplak vücudunu gösteriyordu. Ayrıca Daniel'in annesi, onu fiziksel ve sözel olarak istismar ediyordu.

Geçmişinden çıkarabildiğimiz; Daniel'in özellikle kadınlarla yakın ilişkilerine dair çekirdek şemasının Güvensizlik/Suistimal Edilme olduğuydu. Daniel'in annesi, cinsel, fiziksel ve sözel olarak onu istismar etmekteydi. Her iki ebeveyni de onu kendi amaçları için kullanıyordu. Daniel'in kendisine söylediği gibi "İnsanlar beni kullanacak ve istismar edecekler". Bu onun temel inancıdır. Diğer birçok şema bu çekirdek etrafında kümelenir. Birçok istismar kurbanı gibi Daniel de kusurlu hissetmektedir. Annesinin istismarı ve babasının ihmali, onu yetersizlik, utanç, değersizlik ve sevilmeme duygularına terk etti. Kusurluluğa ilaveten Daniel, güçlü Boyun Eğicilik ve Duygusal Ketlenme şemalarına sahipti.

Bu pasajda Dr. Young, Daniel'in annesiyle sonra da eski karısıyla hayali diyaloglar sürdürmesine yol göstermektedir. Dr. Young'ın amacı, Daniel'in geçmişinde onu inciten kişilere

yönelik öfkesini ifade etmesine ve haklarını ortaya koymasına yardım etmekti. Pasajın başlarında Daniel, annesiyle üzücü bir çocukluk durumunun hayalini anlatıyor.

DANİEL: Evde üst kattayım, annem makyaj yapıyor ve saçını boyuyor. Genellikle zamanın çoğunu bu tür şeyler yaparak harcıyordu. Çıplaktı ve banyoda kapıyı açık bırakıyordu. Ne zaman beni görse ayağa kalkıyor ve genital bölgelerindeki tüylerin rengiyle kendisinin sarışın olduğunu kanıtlayabildiğini söylüyordu.

TERAPİST: O bu tür şeyler söylerken ne hissediyordun?

DANİEL: İğrenç ve aşağılayıcı. Hiç de cinsellik hissetmiyordum.

TERAPİST: Başka ne yapıyordu?

DANİEL: Bir taraflarını gösteriyordu, göğüslerini ve bunlarla övünüyordu.

TERAPİST: O olabilir misin, sesiyle, onun söyledikleriyle?

DANİEL: (*Annesi olarak*) "Bana bakman sorun değil, iyi olabilir, bir şeyler öğrenebilirsin. Seks hakkında bir şeyler öğrenmek zorundasın, bu ve buna benzer şeyler."

TERAPİST: O böyle söylerken nasıl hissediyorsun?

DANİEL: Kafası bulanmış ve iğrenmiş. Onun sınırlarımı bozduğunu düşünüyorum. Doğru dürüst konuşabildiğim bir annemin olmadığını düşünüyorum. Evimde bu çılgın çatlağa sahibim.

Annenin yaptıklarının acı verici olduğunu ve bunun hakkında Daniel'in ne hissettiğini saptayarak terapist, hastanın giderilmemiş ihtiyaçlarını incelemeye yönelir. Daniel'in yapabilseydi annesinden ne almak istediğini sorar.

TERAPİST: Şu anda annene neye ihtiyaç duyduğunu söyleyebilir misin? Bunu çocukken söyleyemesen bile bir anne olarak gerçekten ondan ne beklediğini söyle. Bu hayalde ondan ne beklediğini söyleyen bir çocuk olarak hayal kurmaya çalış.

DANİEL: (*Bir çocuk olarak annesine*) "Beni bu şekilde kullanman yanlış. Babamla uğraşmak zorunda kaldığım problemler yeterince kötü. Senin birçok problemin olduğu gibi benim de birçok problemim var. Arada sırada problemlerimle uğraşmama yardım etmek için burada bulunmana gerçekten ihtiyacım var. Senin bunu yapman için değil. Bir ebeveyn olmana ihtiyacım var. Yardımını isteyebileceğimi hissettiğim, anlayan ve ilgilenen ebeveyne, aile olarak sana ihtiyacım var. Bunun yerine büyümemiş küçük bir kızsın. Mutlu bir çocukluğumun olmadığını hissediyorum".

TERAPİST: Karşılığında o ne söyler?

DANIEL: (*Annesi olarak*) "Hepimizin problemleri var, senden daha fazla problemim var. Yaşayacak bir evin olduğu için şanslı hissetmen gerek (*durur*)".

Bu noktaya kadar hastanın duygulanımı oldukça düzdü. Terapist, onun annesinin davranışını abartarak daha büyük bir duygusal yoğunluğa girmesine yardım eder. (Sonraki bölümlerde gösterdiğimiz gibi bunu yapmak için terapist, mod çalışması kullanır: Hayal kurmada "Öfkeli Çocuk" modunu bir karakter olarak takdim eder).

TERAPİST: Bu hayali saklamanı istiyorum. Şimdi de farklı bir Daniel resmine gelmeni istiyorum, Öfkeli Daniel, o sana bu şekilde davrandığı için öfkelenen Daniel. Öfkeli Daniel'in -belki de kontrolünü kaybetmiş ve ona kızmış olan- hayalini kurabilir misin?

DANİEL: Evet.

TERAPİST: Ne görüyorsun?

DANİEL: Ona bağıran kendimi görüyorum.

TERAPİST: Duyabilir miyim?

DANİEL: (*Yüksek sesle konuşur*) Bir hiçsin, kahrolası sürtük ve bir kaltaksın! Senden nefret ediyorum! Başka bir annem olmasını dilerdim. Uğraşamadığım bir babam var ve sen, seninle de uğraşamıyorum.

TERAPİST: Annen olmama izin ver ve öfkeni korumanı istiyorum. (*Anne olarak*) Bak hepimizin problemleri var. Benim problemlerim seninkinden kötü. Yaşayacak bir evin olduğu için şanslısın."

DANİEL: Tamamen saçmalıyorsun! Bu evdeki çocuk benim. Beni korumak ve neye ihtiyaç duyduğumu görmek senin sorumluluğun.

TERAPİST: (*Anne olarak*) Kendimi düşünmek zorundayım. Baban yapmıyor.

DANİEL: Tek yaptığın kendini düşünmek. Sürekli kahrolası makyajını yapıp, pis kokan saçını boyuyorsun ve erkekler hakkında düşünüyorsun. Ve ben evde yalnız kalıyorum. Tüm bu b..k. görmek zorunda kalıyorum. Bundan bıktım usandım. Senden ve babamdan bıktım usandım. Bir seçeneğim olsaydı burada olmazdım.

TERAPİST: (*Anne olarak*) "Senin böyle bağırmandan hoşlanmıyorum. Saçından tutup yerde sürükleyeceğim..."

DANİEL: Bundan usandığımdan saçımı çekmesen iyi olur. Git kendi boyutlarında birine güç kullan.

TERAPİST: (*Annesi olarak*) Senin için vücudumu göstermek gibi güzel şeyler yapmaya çalışıyorum. Sana seksle ilgili bir şeyler öğretmem iyi hissetmeni sağlamaz mı?

DANİEL: Evet, hoş şeyler. Sorun ne, erkekler senin için yeterli değil mi? Erkekler gizlice girip çıkmak zorundalar, bunlar sana yeterli gelmedi şimdi bana da mı sahip olmak zorundasın. Bundan bıktım. Senin tiksindirici vücudundan usandım. Vücudunu kendine sakla çünkü görmek istemiyorum.

Terapist hayali diyalogda Daniel'in annesi rolünü oynayarak kasıtlı bir şekilde provokatif ve tahrik edici oldu. Genelde bu taktik, duygusal olarak ketlenmiş hastalarda, rol-yapma sırasında bir ebeveyni oynarken benimsenir. Hastaların duygulanım düzeyini arttırmak için karakter olarak konuştukça hasta hakkında önceden öğrendiklerimize dayalı hastayı daha da öfkelendirecek şeyleri söyleriz. Daha önceki diyalogda annesi-

nin rolünü oynarken hastanın söylediklerini, terapist hastanın annesinin rolünü oynarken nerdeyse kelimesi kelimesine tekrarlar ve çocukken annesinin onun saçını çekerek cezalandırması gibi önceden sağladığı bilgiyi kullanır.

Terapist, Daniel'in aldatan ilk karısına yönelir ve geçmişte ona zarar veren ve geçmişte onu aldatan insanlara öfkelenmesine yardım eder.

TERAPİST: Şimdi hayaline bir ilişkisi olduğunu anladıktan sonraki eski karını sokmanı istiyorum, anlaştık mı? Nasıl hissettiğini ona söylemeni istiyorum.

DANİEL: (*Üzüntülü bir şekilde konuşur*) Beni aldattığın için çok acı çektim. Evli olduğumuzu, karı koca olduğumuzu sanıyordum. Dünyadaki en iyi koca değilim, mükemmel değilim, fakat gerçek bu, bu benim eksikliğim. Bu kendimi çöp gibi hissetmeme yol açtı. Senin için önemli olan tek şey bu muydu? Evliliğimizin bozulması mı?

TERAPİST: Hayalinde o ne söyledi? Eski eşin ol ve söylediklerini sen söyle.

DANİEL: (*Eski karısı olarak*) Çok önemli bir şey değil. Bugün herkes bunu yapıyor. Benim üzerimde herhangi bir kontrole sahip değilsin. Ne istersem onu yaparım. Nereyi istersem oraya giderim. Sen de kimsin ki bana ne yapacağımı söyleyeceksin?

TERAPİST: Ona cevap ver.

DANIEL: Ben senin kocanım. İyi de olsa kötü de olsa seninle olmak için evlendim. Gerçekten beni hayal kırıklığına uğrattın, sadakatsizsin. Buna katlanabileceğimi düşünmüyorum. Buna katlan*ma*yacağım.

TERAPİST: Şimdi bunu ona söylerken kendini nasıl hissediyorsun?

DANİEL: Öfkemi uygun bir şekilde gösterdim gibi hissediyorum. Bunu yaptığım için bir parça içim rahatladı.

Daniel'i annesi ve eski karısına öfkelendirmeye teşvik ederken terapist, onun hem istismar edenlerle ilgili daha güçlen-

mesine hem de çocukluğundaki çaresizlik duygusundan daha da uzaklaşmasına yardım eder.

Yeniden Ebeveynlik için Hayal Kurma Çalışması

Yeniden ebeveynlik için hayal kurma çalışması, Ayrılma ve Reddedilme alanında (Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk) şemaları olan hastalara yardımcıdır. Bu hastalar çocukken başkalarıyla ilişki kurma becerileri ve güven, sevilme, ilgilenilme duyguları ya da değerli biri oluşları büyük ölçüde bozulmuştur. Hayal kurma çalışmasındaki yeniden ebeveynlik aracılığıyla terapist, hastanın çocuk moduna geri dönmesine, önce terapistten sonra da kendisinden özlediği bazı şeyleri almasına yardım eder. Bu yaklaşım, "sınırlı yeniden ebeveynliğin" bir biçimidir.

Şimdiye kadar tanımladığımız hayali diyalogları gibi burada tanımladığımız hayalde yeniden ebeveynlik çalışması, mod çalışmasının basitleştirilmiş biçimidir. Üç mod kullanırız; İncinebilir Çocuk, Uyumsuz Ebeveyn, Sağlıklı Erişkin. Fakat şimdi İncinebilir Çocuğa ilgi göstermek ve İşlevsiz Ebeveyne karşı çocuğu savunmak için hayale Sağlıklı Erişkini getireceğiz.

Aşağıdakiler, bu süreçteki üç adımdır: (1) Terapist, İncinebilir Çocukla doğrudan konuşmak ve hayale girmek için izin ister; (2) terapist, İncinebilir Çocuğa yeniden ebeveynlik yapar ve sonra da (3) terapistten sonra biçimlenen hastadaki Sağlıklı Erişkin, İncinebilir Çocuğa yeniden ebeveynlik yapar.

Adım 1: Terapist, İncinebilir Çocukla Doğrudan Konuşmak ve Hayale Girmek İçin İzin İster

Öncelikle terapist, hastanın İncinebilir Çocuk moduna erişmelidir. Bunu yapmak için terapist, hastadan gözlerini kapamasını ve küçük çocuk modunu hem şimdi hem de geçmiş bir konumda hayal etmesini ister. Terapist, daha sonra aracı olarak hastayı kullanmak suretiyle İncinebilir Çocuk ile bir di-

yalog yürütür. Çocukla doğrudan konuşmak yerine terapist, hastaya mesaj iletmek ister.

Burada, önceden bahsettiğimiz, kendisini bırakmakla tehdit eden karısının ısrarıyla terapiye başlayan Hector'un olduğu bir örnek vardır. Hector genellikle kopuk bir tavır göstermektedir ve hayal kurma çalışması için bazı düzenleme sorunları yaşamaktaydı. Birçok hayal kurma seansı geçirmiş olsa bile olumsuz çocukluk imgelerine odaklı kalmakta zorlanıyordu.

Hector'un annesi şizofrendi ve çocukluğu boyunca akıl hastanelerine girip çıkmıştı. O ve küçük kardeşi, koruyucu ailelerde yaşadılar. Bu hayal Terk Edilme ve Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalarını göstermektedir.

TERAPİST: Kendini koruyucu ailelerden gelen bir çocuk olarak hayal edebilir misin?
HECTOR: Evet
TERAPİST: Ne görüyorsun?
HECTOR: Kendimi ve kardeşimi yabancı bir yatak odasında görüyorum, yatağa oturuyoruz.
TERAPİST: Hayalindeki Küçük Hector'a baktığında ne görüyorsun?
HECTOR: Korkmuş görünüyor.

Terapist, hastanın İncinebilir Çocuğu "Küçük Hector" ile doğrudan konuşma izni ister.

TERAPİST: Hayaldeki Küçük Hector ile konuşabilir miyim?
HECTOR: Hayır. Seninle konuşmaktan korkuyor. Sana güvenmiyor.
TERAPİST: Ne yapıyor?
HECTOR: Yatak örtüsünün altında dolaşıyor. Seninle konuşmaktan çok korktu.

Hasta, İncinebilir Çocuğu zarar görmekten korumaktadır. Ayrılma ve Reddedilme alanında çekirdek şeması olan hastalar için bu anlaşılabilirdir. Şemalarla ilişkili duygulanımdan kopukturlar ve bu çalışma ile meşgul olurken acıyı açıkça konuşmakta zorlanırlar. Çocukken istismar edilen hastalar, terapistten gerçek anlamda korkarlar.

Bu noktada terapist, hastanın kaçınmacı olan kısmıyla bir diyalog başlatır (Kopuk Korungan modu). Terapist, İncinebilir Çocuk ile konuşmasına hastanın izin vermesinin güvenli olduğuna hastayı ikna etmeye çalışır.

TERAPİST: Küçük Hector neden bana güvenmiyor? Ne yapacağımdan korkuyor?
HECTOR: Ona zarara vereceğinden korkuyor.
TERAPİST: Ona ne şekilde zarar vereceğimi düşünüyor?
HECTOR: Senin ona kötü davranacağını ve onunla alay edeceğini düşünüyor.
TERAPİST: Onunla hemfikir misin? Gerçekten ona zarar verebileceğimi düşünüyor musun? Hiç ona kötü davranır mıyım ya da onunla alay eder miyim?
HECTOR: (*Duraklar*) Hayır.
TERAPİST: Peki o zaman ona bunu söyleyebilir misin? Ona sana iyi davranan bir insan olduğumu ve onu incitmeyeceğimi söyleyebilir misin?

Terapist, İncinebilir Çocukla doğrudan konuşma iznini hasta kabul edene dek bu şekilde devam eder. Ciddi şekilde zarar gören hastalarda terapist bu noktaya ulaşmak için pek çok seans yapabilir.

Adım 2: Terapist Dayanıksız Çocuğa Yeniden Ebeveynlik Yapar

Terapist İncinebilir Çocukla doğrudan konuşma iznini alır almaz hayale ve yeniden ebeveynliğe girer.

TERAPİST: Hayalinde beni görebiliyor musun? Küçük Hector ile konuşabilecek kadar yatakta yanına oturduğumu görebiliyor musun?
HECTOR: Evet
TERAPİST: Küçük Hector olarak hayalinde benimle konuşabilir ve ne hissettiğini söyleyebilir misin?

HECTOR: Korkuyorum. Buradan hoşlanmıyorum. Annemi istiyorum. Eve gitmek istiyorum.
TERAPİST: Benden ne istiyorsun?
HECTOR: Benimle kalmanı istiyorum. Belki de beni bırakmamanı.
TERAPİST: Hayalde senin yanına oturmama ve kolumla seni sarmama ne dersin? Nasıl olur?
HECTOR: Güzel. Güzel olur.
TERAPİST: (*Hayalde*) Senin yanına oturacağım. Sana özen göstereceğim. Seni bırakmayacağım.

Terapist, çocuğa "Benden ne istiyorsun? Sana yardım etmek için ne yapabilirim?" der. Bazen hastalar "Sadece benimle oynamanı istiyorum. Benimle oyun oynar mısın?" ya da "Beni bırakmanı istemiyorum" ya da "Bana iyi bir çocuk olduğumu söyle" der. Hasta ne isterse istesin (kuşkusuz çocukla ebeveyn için uygun bir davranışsa) bunu hayalde sağlamaya çalışırız. Onlarla bir oyun oynamamızı isteyen hastalar için biz, "Hangi oyunu oynamak istersin?" deriz. Onları bırakmamızı isteyen hastalar için biz, "Hayalde neden kollarımla seni sarmıyorum?" deriz. Hayaldeki Sağlıklı Erişkin olarak terapist hastanın çekirdek şemalarına antidod sağlar.

Adım 3: Terapistten Sonra Model Olan Hastadaki Sağlıklı Erişkin, İncinebilir Çocuğa Yeniden Ebeveynlik Yapar

İncinebilir Çocuğa yeniden ebeveynlik ettikten sonra hastaların terapistten sonra modellenmiş, aynısını yapabilen kendilerinin ilgi kısmına erişmesini isteriz. Çoğunlukla bunu yapmak için hastanın sağlıklı yönünün daha güçlü olduğu bir sonraki seansa dek bekleriz.

TERAPİST: Hayaline bir yetişkin olarak kendini getirmeni istiyorum. Bir yetişkin olarak orada olduğunu hayal et ve Küçük Hector'u gör. Odaya bakıyorsun ve küçük kardeşin seninle orda. Görebildin mi?
HECTOR: Hı-hı.

TERAPİST: Küçük Hectorla konuşabildin mi? Daha iyi hissetmesi için ona yardım etmeye çalıştın mı?
HECTOR: (*Küçük Hector'a*) Bunun senin için zor olduğunu görebiliyorum. Gerçekten korkuyorsun. Bunun hakkında konuşmak ister misin? Neden burada sadece benimle olmuyorsun, bir süreliğine birlikte olacağız.
TERAPİST: Bunu duyduğunda Küçük Hector nasıl hissediyor?
HECTOR: Daha iyi hissediyor, birisi onun için ordaymış gibi.

Amaç, hastanın Sağlıklı Erişkininin hayalde İncinebilir Çocuğun duygusal ihtiyaçlarını gidermesidir. Bu egzersizi yapmak, hastaların giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarını tatmin edebildikleri kendiliklerinin bir kısmını inşa etmelerine yardım eder böylece şemalarıyla savaşırlar.

Yeniden ebeveynlik hayal kurma çalışması aynı zamanda ilerdeki terapi seansları için önemli bir amaca hizmet eder. Terapist İncinebilir Çocukla doğrudan konuşurken hasta kaçınmacı ya da telafici modu kestiğinde terapist, sonraki seanslarda bu moda başvurabilir. Terapist, kaçınma ya da telafi etmenin arkasına saklanan hastanın incinebilir kısmına ulaşabilir. Aşağıdaki, çoğunlukla terapi seansına kopuk modda gelen Hector'la ilgili bir örnektir.

TERAPİST: Bugün mesafeli ve biraz üzgün görünüyorsun.
HECTOR: Evet.
TERAPİST: Neler oluyor? Nedenini biliyor musun?
HECTOR: Hayır, nedenini bilmiyorum
TERAPİST: Bulmak için bir çalışma yapalım mı? Gözlerini kapatıp Küçük Hector'u hayal edebilir misin? Şu anda burada onu hayal edip ne gördüğünü bana söyler misin?
HECTOR: Bir top gibi kıvrılmış olduğunu gördüm. Korkuyordu.
TERAPİST: Onu korkutan neydi?
HECTOR: Ashley'in onu terk edeceğinden korkuyordu.

Genelde hastalar ne hissettiklerini bilmediklerini söylediklerinde İncinebilir Çocukla temas halinde değillerdir. Terapist

onlardan gözlerini kapatmalarını ve İncinebilir Çocuğu hayal etmelerini istediğinde onlar aniden hissettiklerinin ne olduğunu fark edebilirler. Terapist, o zaman önceden erişilmez bir an olan seansta sonradan üzerinde çalışmak için bazı şeyler elde eder.

Terapist, hastanın İncinebilir Çocuk moduyla bağlantı kurar kurmaz hastanın erişkin kısmı biliyor gibi görünmese de hastanın temelde hissettiğini açma amacıyla terapinin geri kalanı için strateji oluşturur. Hasta ne zaman "şu anda ne hissettiğimi bilmiyorum", "korkuyorum ve nedenini bilmiyorum" ya da "öfkeliyim ve nedenini bilmiyorum" dese, terapist "gözlerinizi kapatın ve küçük çocuk halinizi hayal edin" diyebilir. İncinebilir Çocuk moduna ulaşmak neredeyse daima hastanın neyi neden hissettiği ile ilgili bize bilgi sağlar.

Travmatik Anılar

Bu bölüm, genelde istismar ya da terk edilmenin travmatik anılarıyla uğraşan hastalar için hayali diyalogların bir tartışmasını sunar. Travmatik anıların hayali, aşağıdaki hayal biçimlerinden farklıdır: Hastaların kaldırması zordur; üretilen duygulanım oldukça aşırıdır; psikolojik zarar daha şiddetlidir; anılar daha fazla engellenmiştir.

Travmatik anılara hayal kurma çalışması uygulamanın iki amacı vardır. İlk amaç, hastanın travma deneyimi ile ilgili "hüzün boğulması" şeklindeki engellenen duyguyu serbest bırakmasını sağlamaktır. Terapist, hastanın tüm ilgili duygularını hissederek ve ifade ederek travmayı tekrar yaşamasına yardım eder. İkinci amaç, hastaya Sağlıklı Erişkini kazandırarak hayalde rahatlık ve koruma sağlamaktır. Tanımladığımız diğer hayali diyaloglar gibi bu bölümde açıkladığımız diyaloglar, üç temel karakterin İncinebilir Çocuk, İstismar Eden ya da Terk Eden Ebeveyn ve Sağlıklı Erişkin, kullanıldığı mod çalışmasının bir biçimidir.

Travmatik olmayan hayal kurma çalışması yaparken kaçınmacı hastalara devam etmeleri için ısrar ederiz. Rahat hissettikleri anda geçmişi incelemek için onları zorlarız. Onları imgeyle bağlantılı tüm duyguları ifade etmeye teşvik ederiz. Bununla birlikte istismar ya da diğer travma anılarıyla -özellikle engellenmiş anılarla- uğraşırken hastayı zorlamayız. Bunun yerine yavaş ilerleyip hastanın kendi hızını ayarlamasına izin veririz. Hastanın güvenli hissetmesi için yardım etme amacı, diğer tüm etmenlerden önce gelmektedir. Çoğunlukla travmatik anılarla hayal kurma çalışması hastalar için çok korkutucudur. Terapist, hastanın çalışma üzerindeki kontrol duygusunu maksimize etmeye çalışır. Eğer engellenmiş istismar anıları yüzeye çıkıyorsa o zaman terapist, çok daha yavaş ilerlemesi için uyarı almış olur ve hastanın anılarını küçük artışlar içerisinde ele alır. Terapist, yeni bilgiyi öğrenmesi ve önceden ilerlenen tüm içeriği detaylı bir şekilde incelemesi için hastaya bol zaman verir.

Terapistin travmatik hayal kurma seansları sırasında ve sonrasında hastanın kontrol duygusunu sürdürmesine yardım edebileceği birçok aşama vardır. Terapist, hasta hayal kurmayı ne zaman durdurmak isterse seans sırasında kullanabildiği örneğin ellerini kaldırma gibi bir işareti kabul edebilir. Terapist, güvenli bir yer imgesiyle başlayabilir ve bitirebilir. Bu biçimdeki hayal kurmanın yapısı, hastaların çalışmayla uyandırılan duygulanımı almalarına yardım edebilir.

Terapistin hastanın duyguyu kontrol etmesine yardım edebileceği bir diğer yol, bitirdikten sonra hayal kurma seansını derinlemesine ele almaktır. Bu tartışmada terapist, hastaya meydana gelen herşeyi -düşündüğü, hissettiği, ihtiyaç duyduğu, öğrendiği- konuşma fırsatı verir. Örneğin terapist, hasta ile 15 dakikalık travmatik hayal kurma çalışması yapabilir ve sonra tekrar hayalle bağlantı kurmadan önce birkaç hafta bekleyebilir. Bu birkaç hafta içerisinde hasta, önceki hayal kurma seansı sırasında meydana gelenlerin tümünü terapistle işleyerek zaman harcayacaktır.

Kendini hayal etme sırasında terapistin sessiz kalmasının en iyisi olduğunu gördük. Terapist sadece dinler, hastada takılma meydana gelirse gerçeklik testi ya da yüzleştirme olmadan sakince açık uçlu şu soruları sorar; "Hayalde şimdi ne oluyor?" ya da "Ardından ne oldu?". Terapinin ileriki aşamalarında, hasta travmanın tüm boyutunu anlayıp bunu tekrar canlandırırsa terapist, daha aktif bir şekilde araya girebilir. Hasta bir hayal üzerinde çalışmaktan çok fazla korkuyorsa terapist, üzerinde çalışmasına devam etmeye yetecek kadar hastanın güvende hissetmesini sağlamak için hayalde suçu işleyene karşı bir tür silah ya da bariyer oluşturur. Borderline kişilik bozukluğu üzerine olan Bölüm 9'da bunu ele alacağız. (Bu bölümde önceden açıkladığımız gibi, şiddet geçmişine sahip hastaların hayallerine silahlar getirmeyi önermiyoruz).

Terapistin hastada meydana gelenler ile ilgili önerilerde bulunmaktan kaçınması, önemli bir prensiptir. Terapistin "gerçekten olanlar" ile ilgili açıklamalar ya da çıkarımlarda bulunması doğru değildir. Bunun yerine hastalar kendi hikâyelerini keşfetmeleri için serbest bırakılmalıdırlar. Terapist, eğer cinsel olarak istismar edildiğinden şüpheleniyor, fakat hasta bunun hakkında konuşmayıp hayal kurma çalışmasına da katılmıyorsa terapist bu konuyu açmaz. Terapist sadece sakince bekler ve hastanın sonunda açmasını umut eder. Genellikle hastalarla yeteri kadar uzun çalışırsak zamanla kendilerini yeterince güvende hissettiklerini, eğer bu meydana gelmişse sonunda istismar edilme konusunu açmak için bize yeterince güvendiklerini görürüz. Özellikle sahte anılarla ilgili mevcut tartışmanın ışığında terapistlerin aşırı dikkat göstermelerinin gerekli olduğuna inanırız. Bu nedenle bir şey söylemeyiz; sadece düzenli bir hayal kurma seansı programlarız ve bekleriz.

Çocukluk üzerine travmatik hayal kurma seansları tamamlandıktan sonra hastalar, bazen hayalin doğru olduğunu inkâr edeceklerdir. "Asla gerçekten meydana gelmedi. Gerçek bir anı değil. Ben uydurdum" diyeceklerdir. Terapi açısından bu iddiaya uygun tepkinin, hayalin gerçekten doğru olup olmadığının önemsiz olduğunu düşünürüz. Terapide yöneldiğimiz alan, hayalin temasıdır, doğruluğu değildir. Hayalin duygusal bir gerçekliği vardır. Terapist ve hasta, gerçeği bulmak ve bundan hareketle hastanın iyileşmesine yardım etmek için birlikte çalışırlar. Geçerliliği ya da doğruluğu üzerinde karar vermeden hayal üzerinde çalışabilirler. Anı, belirli detayların hatalı olabildiği duygusu içerisinde yanlış olsa bile genelde hedef hayalin temasıdır –yani yoksun, kontrollü, terk edilmiş, eleştirel, istismar edilmiş olma teması gibi. Hayalin doğru olup olmadığıyla ilgili endişelenmede saplanıp kalmamaya çalışırız ve hastalara hayal kesinlikle doğruymuş gibi davranmayız. Hayalin temasına -şema- ve bununla çalışmaya odaklanırız.

Aşırı derecede kırılgan özellikle BKB olan hastalarla deneysel çalışma sırasında ve sonrasında ayrıştırma ve telafi edememe riski mevcuttur. Bunu 9. Bölümde ayrıntılarıyla ele alacağız.

Ebeveynlere Mektup

Genelde hastalara ev ödevi olarak verdiğimiz diğer bir deneysel teknik, ebeveynlerine ya da çocukken veya erişkinken onlara zarar veren diğer önemli kişilere mektup yazmalarıdır. Hastalar, mektupları sonraki seanslara getirirler ve onları terapiste yüksek sesle okurlar. (Kısa bir süre tartıştığımızdan hastalar birkaç örnek dışında ebeveynlerine gerçekten mektup göndermezler.)

Ebeveynlere mektup yazmanın gerekçesi, bilişsel ve deneysel çalışma yapmanın bir sonucu olarak hastanın ebeveynleri ile ilgili öğrendiklerini özetlemektir. Hastalar, duygularını ifade etme ve haklarını öne sürme fırsatı olarak mektupları kullanabilirler. Terapist, hastaların belirli konulara yönelmesini önerebilir: Ebeveynlerin hastanın çocukluğunda zarar verici yaptıkları (ya da yapmadıkları) şeyler; hastanın bunun hakkında ne hissettiği; hastanın o zaman ebeveynden istediği; hastanın şimdi ebeveynden istediği.

Pek çok durumda hastalara mektuplarını göndermemelerini salık veririz. Zaman zaman hastalar, tüm geri tepme olasılıklarını geçip zaman harcadıktan sonra onları göndermeye karar verirler. Örneğin; hastalar ebeveynlerini öfkelendirebilirler, ebeveynler üzülebilirler, hastalar sonradan suçluluk duyabilirler ya da kardeşlerinden uzaklaşabilirler ve ailenin dışında kalabilirler. Terapist, hasta bir mektup göndermeden önce tüm olası senaryoların derinlemesine üzerinden geçmeye dikkat eder.

Bu, bir reklâm ajansında yazarlık yapan 26 yaşında Kate isimli bir hasta tarafından yazılmış bir mektup örneğidir. Kate, depresyon ve anoreksiya nervoza tedavisi almaktadır. Çekirdek şeması Kusurluluktur. Kate, bu mektubu çocukken onu eleştiren ve reddeden annesine yazmıştır.

Canım Annem,

Ben çocukken beni sevmedin. Her zaman senin istediğin gibi olmadığımı biliyordum. Sevimli ve popüler değildim. Senin benden nefret ettiğini düşünüyorum. İstediğin gibi olmadığım ve istediğin şeklide görünmediğim için bana daima öfkeliydin. Beni daima eleştiriyordun. Seni mutlu edecek hiçbir şey yapamadım gibi geliyordu. Seni memnun edebildiğim tek bir zamanı hatırlamıyorum.

Öfkeliyim, aldatıldım ve incindim. Kendimden nefret ediyorum ve en azından şimdilik bununla yaşamak zorundayım. Bir gün artık bununla yaşamak zorunda kalmayacağımı umut ediyorum. Popüler olamadığım ve görünümüm için, benden nefret ettiğin her şey için kendimden nefret ettim. Ve çok üzgünüm. Dipsiz bir keder çukurunda olduğumu düşünüyorum.

Senin benimle ilgili iyi olanları sevebilmeni dilerdim. Benimle ilgili hiçbir şeyin iyi olmadığını düşünmeme yol açtın, fakat bu doğru değil. Ben iyi bir kızdım. Başka insanların duygularına hassastım. Beni sevmeni dilerdim ve bana bunu göstermeni dilerdim fakat asla bunu yapmadın.

Senin tarafından kabul edilmeye hakkım vardı. Kim olduğuma saygı duyulmaya hakkım vardı. Sürekli beni aşağılamandan kurtulmaya hakkım vardı. Bunlara şimdi de hakkım var ve bunları bana veremeyeceksen benim için gerçekten önemli olan şeyler hakkında artık seninle konuşmak istemiyorum.

Telefonu alıp kaç defa seni aradığımı, sana bazı şeyler söylemek için heyecanlandığımı, seninle konuştuktan sonra kapatıp üzüldüğümü söyleyemem. Ayaklarımın altındaki halıyı çekmeyi bırakmanı istiyorum. Benden nefret etmeni ve bana öfke duymayı bırakmanı istiyorum. Bir hiçmişim ve hiçbir şeyim yokmuş gibi hissettiriyorsun.

İstediklerimi yapabileceğini düşünmüyorum. Öncelikle çoğunlukla beni küçük gördüğünün farkında olduğunu düşünmüyorum. Bana yardım ettiğini düşünüyorsun. Benim için her şeyi yaptığını düşünüyorsun. Bu mektubu göndersem muhtemelen anlattığım şeyleri anlamayacaksın. Sadece bana öfkeleneceksin. Beni anlamanı dilerdim, fakat eğer anlayabilseydin muhtemelen bu mektubu yazıyor olmazdım.

Kızın, Kate

Bu mektup, annesiyle ilgili şimdiye kadar yapılan tedavide Kate'in uyguladığı bilişsel ve deneysel çalışmanın gerekli unsurlarını özetler. Mektup, Kate'in annesinin bir çocuk olarak onu nasıl incittiğini ifade eder. Bundan sonrası için ne olduğu ile ilgili öfkesini hissetme ve ifade etme, annesinin uygun bir şekilde davranmasını bekleme hakkı olduğunu gösterir. Kate bu mektubu annesine asla göndermemesine rağmen yazmak, Kate'in şemalarıyla savaşmasına ve ilişkilerdeki sorunları açığa çıkarmasına yardım eder.

Örüntü Bozma için Hayal Kurma

Ayrıca ilişkinin yeni biçimlerini keşfetmek için kaçınma ve aşırı telafi baş etme biçimlerini hastaların kırmasına yardım edecek hayal kurma teknikleri kullanırız. Hastalar tipik baş etme biçimlerine çekilmek yerine sağlıklı biçimlerde davran-

manın hayalini kurarlar. Örneğin; Başarısızlık şeması olan bir hasta, patronundan önemli bir atama istemek gibi genellikle kaçınabileceği şeylerin hayalini kurar ya da Kusurluluk şeması olan bir hasta, üstün bir konum benimseyerek aşırı telafi yerine eşiyle incinebilir biçimde ilişki kurmanın hayalini kurar. Hayal kurma bu hastaların şemalarla yüzleşmelerine ve onlarla doğrudan savaşmalarına yardım eder.

Aşağıdaki pasaj, babasının alkolik, annesinin de cinsel ve fiziksel istismarcı olduğunu önceden açıkladığımız hasta Daniel'i anlatmaktadır. Pasajda, örüntü bozma için hayal kurma uygulanmaktadır. Daniel'in uzun süreli terapisinin amacı, bir kadınla yakın bir ilişki kurmaktır. Bu pasajda terapist Daniel'den gözlerini kapatıp bir kadınla dans ettiğinin hayalini kurmasını ister. Terapist, Daniel'den konumundan ayrılması için ona baskı yapan Güvensizlik/Suistimal Edilme ve Kusurluluk şemaları ile konumda kalması ve uzmanlaşmasını cesaretlendiren Sağlıklı Erişkin arasında bir diyalog yürütmesini ister. Dr. Young sonradan Daniel'in dansta kalmasının ve kaçınmayı aşmasının hayalini kurmasını ister.

TERAPİST: Gözlerini kapatmanı ve tanışabileceğin uygun bekâr kadınların olduğu bir dansta bulunduğun hayale geçmeni istiyorum. Ve mekana yeni girmişsin. Kendini böyle bir durumda hayal edebilir misin?

DANİEL: Evet. Dans ediyorum ve kendimi rahatsız hissediyorum. Aslında birkaç dakika içerisinde gidecekmişim gibi geliyor. Fakat kendimi kalmaya zorluyorum çünkü önemli olduğunu biliyorum.

TERAPİST: Senin şimdi ayrılmak isteyen kendilik kısmın olmanı istiyorum ve benimle konuşmanı. Şimdi neden ayrılmak istiyorsun?

DANİEL: Bir sohbet başlatmak için çok fazla güven duymuyorum. Bilirsin, benimle çıkmak için yeterince benden hoşlanmayacakları noktasına geliyorum.

TERAPİST: Neden senden hoşlanmayacaklar?

DANIEL: Çünkü ben, bilirsin, sevilebilir bir insan değilim. Sevilebilir değilim ve sevgimi verebileceğime de emin değilim (*duraklar*).

Daniel, danstaki kaçınma moduna geçmiştir. Hayal kurma egzersizi değil de "gerçek yaşam" olsaydı muhtemelen dansın kalanında bu modda donmuş bir şekilde kalacaktı ya da terk edecekti. Terapist, Daniel'i bir kadınla iletişim kurmanın ve kaçınmanın üstesinden gelmenin hayalini kurmaya zorlar.

TERAPİST: Zaman kaybı olacağını ve reddedileceğini düşündüğünden kaçmak istesen bile bir şekilde onlarla çıkmanın hayalini kumanı istiyorum. Kadınlara yönelip yaklaşmanın hayalini kurmaya çalış ve ne olduğunu bana anlat.

DANİEL: (*Uzun bir duraklama*) Bir masaya gidiyorum ve bir kadına birlikte oturup konuşup konuşamayacağımızı soruyorum. O "tamam" diyor. Ve konuşuyoruz, dans ve müzik hakkında konuşuyoruz.

TERAPİST: Sohbet nasıl gidiyor?

DANİEL: Şimdiye kadar iyi.

TERAPİST: Bununla rahat mı hissediyorsun yoksa endişeli mi hissediyorsun?

DANİEL: Endişeliyim. Kendim olamadığımı hissediyorum. Yapabildiğimden daha fazlasını yapmaya çalışmak ve herhangi bir sessizlik anının olmaması gereken bir sohbet için kendimi zorlamalıyım.

TERAPİST: Şüphesiz bu garip görünse bile ona bunu yüksek sesle söyleyebilir misin?

DANİEL: (*Hayaldeki kadına*) Korkutucu bir şey olduğundan burada olmaktan bir çeşit rahatsızlık duyuyorum. Uzun bir süre dansa gitmemiştim ve gerçekten ne yapacağımı ya da ne söyleyeceğimi bilmiyorum. Fakat burada olmaktan ve seninle oturup konuşmaktan hoşlanıyorum.

TERAPİST: Kendin olamadığını, nasıl hissettiğini anlat ona.

DANİEL: Gerçek olamadığımı hissediyorum, gerçek olduğumda benden hoşlanmayabileceğinden biraz rahatsızlık duyuyorum.
TERAPİST: Sana ne söylüyor?
DANİEL: (*Duraklar*) Kendisinin de böyle hissettiğini söylüyor.
TERAPİST: Kendisi hakkında mı?
DANİEL: Evet.
TERAPİST: Bunu söylediğinde sen nasıl hissediyorsun?
DANİEL: Bu beni biraz daha rahatlamış hissettirdi.
TERAPİST: Senin utandığın ya da göstermeyeceğin, onun korkutucu bulacağı şeyleri ona söyle.
DANİEL: (*Hayaldeki kadına*) Bunu söylemekten rahatsızlık duyuyorum fakat bir kadına yönelik duygusal olarak destekleyici ve sevgi dolu olmayı istesem bile bunu yapabileceğimden emin değilim, senin bunu hissedeceğinden korkuyorum.
TERAPİST: Kadınlara yönelik öfken hakkında konuşmalısın.
DANİEL: Çocukluğumda annemle yaşadığım bazı şeyler yüzünden kadınlara biraz öfke duyuyorum.
TERAPİST: Nasıl bir tepki verdi?
DANİEL: (*Duraklar*) Onun da yaşadığı bazı şeyler olduğundan erkeklere yönelik biraz öfke duyduğunu söyledi.
TERAPİST: O bunu söylerken sen ne hissettin?
DANIEL: Biraz daha rahat. Biraz daha huzurlu çünkü bana dürüst davrandı.

Terapistin, Daniel'den dansta bir kadına aslında söyleyebileceklerini tekrarlamasını istememesine dikkat edin. Bunun yerine terapist, Daniel'den şemaları ve kaçınmacı baş etme biçimiyle savaşmasını ister. Duygusal olarak kapatmak ve kendini geri çekmek yerine -böylece Güvensizlik/Suistimal Edilme ve Kusurluluk şemaları devam eder-terapist, normal bir şekilde hareket ederken Daniel'e kadınlara yaklaşmanın ve daha içten ve incinebilir bir şekilde konuşmanın hayalini kurması için yardım eder. Kadınlara daha açık davranma varsayımı, şemalara karşı koyar ve daha iyi bir sonuca yönelir. Alıştırma,

Daniel'in kadınlarla sosyal ortamlarda yapıcı bir şekilde davranabilen benlik kısmını inşa etmesine yardım eder. Hayal kurma, Daniel'in kadınlar hakkındaki korkularının gerçekçi olmadığı, fakat şema yönelimli olduğunu görmesine yardımcıdır. Bu, utancın bir kısmını ve böylece de kaçınmayı azaltır.

Terapist Daniel'in Kusurluluk şemasını ifade etmiş olarak Güvensizlik/İstismar Edilme şemasına yönelir.

TERAPİST: Ona güvenip güvenmemenle ilgili sorun var mı? Ona güveniyorsan bunu göstermeye çalışıyor musun?
DANİEL: Aslında birbirimize daha gerçek olmaya çalıştıkça azalıyormuş gibi görünüyor, hissediliyor. Fakat orada bir his var.
TERAPİST: Ondan şüphe duyan kendiliğin bir parçası ol, bu kısmın söylediklerini duymak istiyorum.
DANİEL: (*Duraklar*) Beni yalnızca kullanacağından korkuyorum. Çıkmaya karar verirsek, seni yedirip içirmem için beni kazanacaksın ve sonra da senden tekrar haber alamayacağım ya da beni reddedeceksin. Belki de benden daha iyisini bulana kadarki buluşma zamanını doldurmak için beni kullanacağından şüpheleniyorum. Beni kullanacağından korkuyorum.
TERAPİST: O ne diyor?
DANİEL: "Aptal olma. Senden hoşlanıyorum" diyor.
TERAPİST: Bunu söylediğinde tüm endişelerinin giderildiğini mi hissediyorsun yoksa yine de ondan şüpheleniyor musun?
DANİEL: Bir parça endişemin giderildiğini hissediyorum.

Terapist, hasta ile hayal kurma çalışmasını tartışır.

TERAPİST: Neden gözlerini açmıyorsun?
DANİEL: (*Gözlerini açar.*)
TERAPİST: Bu sırada ne hissettin?
DANİEL: Bunun beni sosyal ortamlara sokan iyi bir egzersiz olduğunu düşünüyorum.

TERAPİST: Seni yakınlaşmaktan alıkoyduğunu düşündüğün bu duygular, bu ortamlarda mı ortaya çıkıyor?
DANİEL: Sanırım. Ayrıca daha dürüst ve daha incinebilir olma düşüncesi. Bunun, üzerinde çalışmak zorunda kaldığım önemli şeylerden biri olduğunu fark etmeye başladım.
TERAPİST: Bunu yapmaktan alıkoyacak çok fazla öfke ve korku var. Çünkü reddedileceğinden ya da kullanılacağından endişeleniyorsun.
DANİEL: Evet.
TERAPİST: Yani kendini saklamak yerine korumak zorundasın.
DANİEL: Evet

Bir kez daha söylersek terapistin amacı, Daniel'in bir kadınla sosyal bir ortam içerisinde gerçekten söyleyebileceklerini uygulamak değildir. Bunun yerine amacı, Daniel'in şema yönelimli korkuların gerçekçi olmadığını fark ederek şemalarla savaşmasıdır.

DENEYSEL ÇALIŞMA İÇİN ENGELLERİN ÜSTESİNDEN GELME: ŞEMADAN KAÇINMA

Pek çok hasta hayal kurmayı hızlı bir şekilde götürür. Kolaylıkla açık hayaller üretirler ve diyalog yürütürler, etkili bir düzeyde ilişki kurarlar ve minimal yönlendirme ve yardıma ihtiyaç duyarlar. Bununla birlikte önemli bir hasta azınlığı, daha fazla yardıma ihtiyaç duyar: Hayalleri, belirsiz, aralıklı ya da yoktur veya hayallerinden duygusal olarak kopuk görünürler.

Şemadan kaçınma, deneysel çalışma yapmanın ana engelidir. Hayal çalışması acılıdır ve pek çok hasta otomatik ve bilmeden bu acıdan kaçınmaya yönelik hareket eder. Gözlerini kapatırlar ve "hiçbir şey görmüyorum"; "sadece boş bir ekran görüyorum"; "bir hayal görüyorum, fakat belirsiz ve anlamlandıramıyorum" derler. Terapist, şemadan kaçınmanın üstesinden gelmek için çeşitli stratejiler kullanır.

Gerekçe ile İlgili Hasta Eğitimi

Hayal kurma çalışması üzücü duygulanım çağrıştırır ve hasta, buna dayanmak için iyi bir nedene ihtiyaç duyar. Hasta deneysel çalışma yapmaktan kaçındığında ilk önce hastaların gerekçeyi anladığından emin oluruz. Tüm avantajları gösteririz. Duygusal anlam ile entelektüel anlamı karşılaştırırız ve hastalara duygusal düzeyde şema ile savaşmada en fazla etkili olanın deneysel çalışma olduğunu söyleriz. Hastalar hayaldeki çocukluk deneyimlerini yeniden yaşadıklarında şemaların daha hızlı bir şekilde değiştiğini açıklarız. Onlara deneysel çalışma yapana dek yine de şemaların doğru olduğuna inanacaklarını söyleriz. Deneysel çalışmanın zor olduğu gerçeği ile empati kurarız, fakat yine de maliyet ve faydaya dikkat çekeriz.

Bekle ve İzin Ver

Terapistin diğer seçeneği, beklemektir.

TERAPİST: Gözlerini kapat ve çocukluktan gelen bir hayalin aklına gelmesine izin ver.
HASTA: Çalışıyorum, fakat hiçbir şey görmüyorum.
TERAPİST: Endişelenme, sadece gözleri kapalı tut. Bir şeyler gelecektir (*uzun duraklama*).
HASTA: Hiçbir şey görmüyorum.
TERAPİST: Zaman alması normal. Gerekiyorsa beş dakika daha kullan ve neyin geldiğine bak. Yine hiçbir şey gelmiyorsa tamamdır.

Terapist, ayrıca hastaya herhangi bir hayal oluşturması için izin verebilir.

TERAPİST: Bunun ne tür bir hayal olduğu önemli değil. Gerçek olmak zorunda değil. Bir fantezi olabilir. Renkler, biçimler, ışıklar olabilir.

Bazen terapistin izni ile birkaç dakikalık zamanın birleşimi yeterlidir ve hasta sonunda bir hayal oluşturur. Bununla birlikte bu da işe yaramadığında başka seçenekler vardır.

Duygulanım Gücünü Derece Derece Arttırarak Rahatlatıcı Hayal Kurma

Şemadan kaçınmaya karşı koymanın diğer bir yolu, güvenli mekanla ya da başka rahatlatıcı bir hayalle başlamak ve sonra da biraz daha korkutucu olan unsurlara derece derece ilerlemektir. Bu, bir tür durumlar ve karakterler hiyerarşisini içeren derecelendirilmiş maruz bırakmadır. Terapist, hayal kurma süreci gibi daha korkutucu karakterler ve durumlarda derece derece ilerler.

Örneğin; terapist, hastanın güvenli mekan hayali ile başlayabilir sonra da hayale hastanın yakın arkadaşlarından birini getirir. Ardından biraz daha problemli sevgili ve son olarak daha fazla problemli baba girer. Terapistin bunu gerçekleştirmesi, diğerine geçmeden önce hastayla her bir adımı bütünüyle inceleyerek birkaç seans yapabilir.

İlaçla Tedavi

Bazen hastalar, depresif ya da hayal çalışması uygulamak için kararsız olabilirler. Hayal çalışması, güçlü duyguları aktive eder ve hasta seansı bıraktıktan sonra bu duyguların serbest kalması zordur. Duyguları, onlara korkutucu ve yönetilemez gelir. Bu çoğunlukla travmaya yaşamış hastalarda meydana gelir. Bazen ilaçla tedavi, duygulanım içeriğine yardım edebilir, bu nedenle bu hastalar çalışmaya devam edebilirler.

İlaçla tedavinin duygulanımı azaltması, öyle ki hastaların hissiz ve egzersiz yapamayacak hale gelmesi, bir tehlikedir. İlaçla tedavide amaç, baş edemedikleri hissinin çok güçlenmesi değil hastanın duygu hissedebilmesindeki canlanmanın optimal düzeye ulaşmadır. Eğer hastalar çok fazla uyarılmışlarsa deneysel teknikler altında ezildiklerini hissederler. Eğer uyarılma başarılı değilse tekniklerden faydalanmak için yeteri derecede duygulanım üretemeyebilirler.

Beden Çalışması

Hastalar, duygularını ifade etmede ve hissetmede zorlandıklarında terapist, onları bedenleri üzerine odaklayarak yardım edebilir. Terapist, duygulara sesler ve hareketler ekleyebilir. Örneğin; terapist hastalara daha yüksek sesle konuşmasını ya da öfkesini ifade etme girişiminde bulunurken bir yastığa vurmasını söyler. Veya terapist, hastanın cenin pozisyonu, açık pozisyon ya da sıkışma pozisyonu gibi belirli pozisyonlara girmesini öğretebilir.

Meselâ; Danielle'in olduğu yukarıdaki örnekte terapist, Daniel'i cinsel istismarcı annesine olan öfkesini ifade etmeye teşvik ederken onun bir yastığı ya da onunla konuşurken kanepeyi yumruklamasını ister.

Kopuk Korungan ile Diyalog

Terapist için diğer bir seçenek, hastanın kaçınan kısmıyla bir diyalog kurmasıdır. Hastanın bu kısmına Kopuk Korungan modu adını veriyoruz. Bu modu 8. Bölümde daha detaylı bir şekilde ele alacağız. Bununla birlikte burada şemadan kaçınmanın üstesinden gelmenin bir aracı olarak bu tekniği kısaca açıklayalım. Terapist, doğrudan hastanın hayal kurma ile bağlantılı duyguları ifade etmekten ya da hissetmekten kaçınan kısmı Kopuk Korungan ile konuşur. Kopuk Korungan ile doğrudan konuşana dek hastanın neden kaçındığını genellikle bilmeyiz ve o nedenle kaçınmanın üstesinden gelmenin bir yolunu bulmada zorlanırız. Kopuk Korungan ile konuşur konuşmaz çoğunlukla hastanın neden kaçındığını bulabiliriz ve sonra bunun üstesinden gelmek için bir plan tasarlarız.

Burada, çocukluğu boyunca annesinin şizofren olduğunu önceden açıkladığımız 42 yaşındaki hasta Hector'un bulunduğu bir örnek vardır. Hector, kendisini annesiyle birlikte bir çocuk olarak canlandırdığı bir hayal kurma egzersizi yapar. Hayalinde otobüste annesi, onun yanına oturmaktadır ve yüksek sesle "hainlerden" konuşmaktadır. Terapist, hayalinde

onu utandırdığı için annesine öfke duyan çocuğa ulaşmaya çalışmaktadır ve Hector direnmektedir. Terapist, Kopuk Korungan ile bir diyaloğu başlatır.

TERAPİST: Küçük Hector çok öfkelidir ve bunu ifade etmek ister. Neden öfkesini dışa vurmasına izin vermiyorsun? Öfke ifadesini durdurmak isteyen kısmın ol.

HECTOR: (*Kopuk Korungan olarak*) "Peki Küçük Hector'un hissettiği buysa bunun hakkında o ne yapabilir ki? Yapılabilecek herhangi bir şey yok. Bu nedenle onun bunu hissetmesindeki iyi nedir?"

TERAPİST: Pekâlâ, şimdi burada ona yardım etmek için bulunmamız önemli. Onu koruyabiliriz. Kendi öfkesini dışa vurması güvenlidir. Öfke duymaya hakkı var. Bunu ifade etmeye hakkı var.

HECTOR: Peki kontrol dışına çıkarsa? Kontrolden çıkıp birine zarar verirse?

TERAPİST: Bunu hiç yaptı mı? Kontrolden çıkıp birine zarar verdi mi?

HECTOR: Hayır. Asla. Birine bağırmaktan fazlasını kastediyorum.

TERAPİST: Bir deney yapmaya ne dersin? Öfkesini bir parça ifade etmesine izin vermeye, onun nasıl hissettiğini görmeye ne dersin? Onun daha iyi hissedip hissetmediğine bakarsın.

HECTOR: (*Duraklar*) tamam.

Hastanın Kopuk Korungan modunun neden müdahele ediyor olduğunu anlayana dek nasıl tepki vereceğimizi bilmiyoruz. Kopuk Korungan bize ifade eder etmez hastanın hissedemediği ya da dışa vuramadığı duyguyu öğrenebiliriz. Sonra da Kopuk Korungan ile görüşüp sebebi anlayabiliriz.

Bu mod çalışması türünü bu kitapta daha ilerde ele almaktayız. Bununla birlikte bu örnek, mod çalışmasının yardımcı olabildiği bir biçimi göstermektedir. Kaçınmacı baş etme biçimini alıp bir moda dönüştürerek, tartışılabildiğimiz ve konuşulabildiğimiz bir biçimi dile getiririz.

Eğer tüm bu çalışmadan sonra hastalar yine de hayal kuramadıklarında ısrar ediyorlarsa son tekniğimizi deneriz. Hayal kuramadığını söyleyen hastaların ezici çoğunluğunun aslında bunu yapabildiklerini söyleriz ve sonrada bir deney yapmalarını isteriz: Bir dakika boyunca terapiste bakıp sonra gözlerini kapatıp terapisti hayal etmeye çalışma. Neredeyse tüm hastalar terapisti görebildiklerini söyler. Bu deney, çoğu hastanın hayal kurabildiğini gösterir. Hastanın onları görmesini engelleyen Kopuk Korungandır.

ÖZET

Deneysel teknikler, terapist ve hastanın öncelikle hastanın şemalarını tespit etmelerine ve sonra da duygusal düzeyde savaşmalarına yardım eder.

Deneysel değerlendirme tekniklerinin amacı hastanın çekirdek şemasını tespit etmek, çocukluktaki kökenlerini anlamak ve onları mevcut problemlere bağlamaktır. Güvenli mekân hayalinden rahatsız edici hayallere, hastanın çocukluğundan mevcut yaşamındaki problemlerine geçerek hayal değerlendirme seansının nasıl yürütülmesi gerektiğini açıkladık.

Terapist, bilişsel değişim tekniklerinin ardından deneysel değişim stratejilerini ortaya koyar. Amaç, hastaların duygusal anlamla birlikte şemaların rasyonel anlamını güçlendirmesine yardım etmektir. Pek çok deneysel değişim tekniği üç temel karakter, İncinebilir Çocuk, İşlevsiz Ebeveyn ve Sağlıklı Erişkin ile hayali diyaloglar yaparak mod çalışmasının basitleştirilmiş versiyonunu sunar. Terapist, İncinebilir Çocuğa yeniden ebeveynlik için hastanın çocukluk hayalinin içine Sağlıklı Erişkini sokar. Amaç, hastanın terapistten sonra biçimlenen içselleştirilmiş bir Sağlıklı Erişkin geliştirmesidir. Ayrıca ebe-

veynlere mektup yazma ve davranışsal örüntü bozma gibi diğer deneysel değişim tekniklerini ele aldık.

Son olarak deneysel çalışmaya engellerin özellikle şemadan kaçınmanın üstesinden gelmeyi ele aldık. Önerdiğimiz çözümler, hastanın gerekçe hakkında eğitimi, hastaya bir hayal üretmesi için birkaç dakika izin verme, derece derece duygulanım gücünü artırmayla rahatlatıcı hayal kullanma, ilaç tedavisi, beden çalışması ve Kopuk Korungan modla diyalog yürütmeyi içerir.

Bir sonraki bölümde "davranışsal örüntü bozma" biçiminde adlandırdığımız şema terapinin davranışsal bileşenlerini tanımlıyoruz.

5

DAVRANIŞSAL ÖRÜNTÜ BOZMA

Tedavinin davranışsal örüntü bozma/kırma aşamasında hastalar, şema yönelimli davranış şekilleri ile daha sağlıklı baş etme biçimlerini yer değiştirme girişiminde bulunur. Davranışsal örüntü bozma en uzun olandır ve birçok açıdan şema terapinin en kritik bölümüdür. Bu olmadan tekrar eskiye dönme olasıdır. Hastalar Erken Dönem Uyumsuz Şemasını kavramış, bilişsel ve deneysel çalışmalar yapmış olsalar bile hastalar davranış biçimlerini değiştirmezlerse şemalar kendilerini tekrar ortaya çıkaracaktır. Gösterdikleri gelişimler aşınacaktır ve nihayet şemaların egemenliği altına gireceklerdir. Hastaların başarılı olması ve tam kazanımı sürdürmesi için davranış şekillerini değiştirmesi gereklidir.

Şema terapideki dört temel değişim bileşenlerinden davranışsal örüntü bozma genellikle terapistin üzerine odaklandığı sonuncusudur. Hasta bilişsel ve deneysel aşamalar arasında yeteri kadar gelişim göstermemişse hastanın, şema yönelimli davranışta kalıcı değişiklikleri başarması pek mümkün değildir. Tedavinin diğer kısımları, davranış değişikliği görevi için hastayı hazırlar. Onlar, hastanın şemayı benlik hakkında çekirdek gerçeklik olarak değil bir işgalci olarak görmesine yardım ederek, hastaya şemadan psikolojik bir uzaklık verirler. Bilişsel ve deneysel aşamalar, hastanın sağlıklı kısmını, özellikle hastanın şemalarıyla savaşmak için sağlıklı kısmının kabili-

yetini güçlendirir. Onlar tedavinin davranışsal kısmı normal seyrine girer girmez hastanın davranışsal değişim engellerinin üstesinden gelmesine yardım eder.

Böylece tedavinin davranışsal düzeyi, şema modelinin yapısında yer alır, flaş kart, hayal kurma ve diyaloglar gibi diğer şema stratejilerini içerir. İlgiliyse terapist ayrıca rahatlama alıştırması, girişkenlik eğitimi, öfke yönetimi, oto kontrol stratejileri (yani kendini izleme, hedef belirleme, kendini pekiştirme) gibi geleneksel davranış tekniklerini kullanır ve adım adım korkutucu durumları ortaya çıkarır. (Okuyucuların davranış terapisinden gelen bu standart tekniklere alışık olduklarını varsayıyoruz bu nedenle bu kitapta onların ayrıntılarına girilmeyecektir.)

BAŞ ETME BİÇİMLERİ

Davranışsal örüntü bozma, baş etme biçimlerini hedef alır: Değişim odaklı davranışlar, hastaların Erken Dönem Uyumsuz Şemaları için teslim olma, kaçınma ve aşırı telafide kullandıkları davranışlardır. Bunlar, şemalar tetiklendiğinde hastaların başa çıkmak için kullandığı kendilik yıkıcı (self-defeating) davranışlardır: Terk Edilme şeması olan hastanın asılsız kıskançlık suçlamaları, Kusurluluk şeması olan hastanın kendini küçümseyen yorumları, Bağımlılık şeması olan hastanın tavsiye araması, Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında İncinebilirlik şeması olan hastanın fobik kaçınması. Bu teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi davranışları sonuçta şemaların devamlılığına hizmet eder. Hastalar, kendi şemalarını iyileştirmek için baş etme biçimlerini değiştirmelidirler. Ve böylece terapiye getirdikleri karşılanmamış ihtiyaçları doyurur.

Vaka Örneği

Ivy isimli genç bir kadın şema terapiye başlar. Yaşamın pek çok alanında hayal kırıklığına uğramış ve mutsuzdur.

Örüntü/kalıp aynıdır: Ailede, aşk hayatında, işte, arkadaş arasında, kendisi için neredeyse hiçbir şey istemeden bakıcı rolünü üstlenmiştir. İddia ettiği gibi "herkesle ilgileniyorum fakat hiç kimse benle ilgilenmiyor". Bunalımdadır, eziktir, tükenmiş ve kızgındır. Değerlendirme Evresinde Ivy ve terapist, Kendini Feda şemasına sahip olduğu konusunda hemfikirdirler. Temel baş etme biçimi, şemaya teslim olmadır. Başkalarıyla ilgilenir, fakat başkalarının onunla ilgilenmesine izin vermez.

Ivy birkaç haftada bir akşam yemeği için en iyi arkadaşı Adam ile buluşmaktadır. Akşam yemeği aynı örüntüyü izlemektedir: Adam, Ivy'e yaşamı hakkında soru sorar, Ivy genelde "her şey iyi" diyerek kısa ve olumlu yanıtlar verir ve sonra da Adam'ın yaşamı hakkında soru sorar. Adam kendi yaşamındaki sıkıntılı konuları öne çıkararak cevap verir ve akşam yemeğinin geri kalanı onun öne çıkardığı konuların tartışılmasıyla geçer. Neden Ivy arkadaşlarıyla kendisi hakkında önemli şeyler paylaşmaz? Cevap, arkadaşının sorularının Kendini Feda şemasını tetiklemesidir. Ivy kendinden bahsederken suçlu ve bencil hissetmektedir. Hızlı bir şekilde geçiştirerek şema tetikleyicisiyle baş eder ve tekrar Adam'a odaklanmaya geçer. Ivy, duygusal yoksunluk duygusuna düşer. (Kendini Feda şemasına sahip hemen hemen tüm hastalar, Duygusal Yoksunluk şemasına bağlıdırlar.)

Tedavinin davranışsal kısmında Ivy, yakın ilişkilerine büyük bir denge getirmeye karar verir. Adam ile olan ilişkisiyle başlar. Onu hazırlamak için terapist, ondan gözlerini kapatmasını ve kendini Adam ile akşam yemeğinde ve hayatı hakkında onunla konuşurken hayal etmesini ister. Hayalde Ivy, Adam'a dönüp odağını değiştirmesini söyleyen Kendini Feda şeması ile arkadaşıyla bir problem paylaşmanın hikmetini bilditen sağlıklı kısmı arasında bir diyalog yürütür. Sonra "şema" ile "sağlıklı kısım" arasında sandalyeleri değiştirir. Ivy, başkaları tarafından ilgilenilmeye hakkı olduğuna iddia ederek şemasına öfke duyar. Hayal kurma esnasında durumunu kırıl-

ganlığı ve annesine muhtaçlığıyla çocukluğuna bağlar. Annesine "seninle ilgilenmek bana çok şeye mal oldu. Kendi duygularıma mal oldu" der.

Ardından hayalde ortaya çıkan engellerin tümüyle başa çıkarak Adam ile bir problemini paylaştığını canlandırır.

TERAPİST: Adam'a ne söylemek istiyorsun?

IVY: Benden çok fazla şey bekleyen ve hasta olan bir anneye sahip olmanın nasıl bir şey olduğunu söylemek istiyorum.

TERAPİST: Tamam, peki bunun hakkında konuştuğunu hayal edebilecek misin? Annenin hasta olduğu ve bununla ilgili duyguların hakkında?

IVY: Bunu ona söylemek istiyorum, fakat korkuyorum.

TERAPİST: Korkan kısmın ne diyor?

IVY: Diyor ki, "bu şekilde olmamalıydı. Adam benimle ilgilenmemeliydi, ben onunla ilgilenmeliyim".

TERAPİST: Adam'ın seninle ilgilenmesine izin verirsen olacaklardan mı korkuyorsun?

IVY: Artık benden hoşlanmayacağından korkuyorum.

TERAPİST: Başka bir şeyden korkuyor musun?

IVY: Ağlamaya başlayacağımdan korkuyorum ya da öyle bir şey.

TERAPİST: Bununla ilgili bu kadar kötü olan nedir?

IVY: Gerçekten utanıyorum.

TERAPİST: Peki, bu senin söylediğin her şey Kendini Feda şemasının konuşmasıdır: "Kimsenin seninle ilgilenmesine izin vermiyorsun. Kendi incinebilirliğini gösterirsen insanlar senden hoşlanmayacaklar. Ağlamamalısın." Sağlıklı kısım buna ne der? Hayalinde sağlıklı kısım olarak cevap verebilir misin?

IVY: Evet tabii, sağlıklı kısım diyor ki "Arkadaşlarımın benimle ilgilenmesine izin vermem sorun değil. Yine de benden hoşlanacaklar. Yakın bir arkadaşa ağlamamda bir sorun yok."

Sonunda davranışsal ev ödevi olarak Ivy, arkadaşı yaşamı ile ilgili soru sorduğunda daha güvenilir biçimde cevap vermeye çalışır. Sonraki akşam yemeği buluşmasında aşk ilişkisiyle ilgili bir sorun paylaşır. Adam, Ivy'nin Kendini Feda (ve Duygusal Yoksunluk) şemasına karşı koyarak samimi ve destekleyici bir biçimde cevap verir.

Belirli Şemalarla İlgili Uyumsuz Baş Etme Biçimleri

Her bir şema, hastanın partnerlere ve (terapisti içeren) önemli gördükleri başkalarına yaklaşımını karakterize etme eğiliminde olan belirli işlevsiz davranış örüntüleriyle ilgilidir. Tablo 5.1 her bir şema için baş etme biçimi örneği vermektedir.

Tablo 5.1'de gösterildiği gibi davranışsal örüntüyü bozma sadece kişinin belirli durumlarda nasıl davrandığını değil aynı zamanda çoğunlukla seçilen durum tiplerinden söz eder: Evlenilen kişi, seçilen kariyer, arkadaş çevresi. Davranışsal örüntüyü bozma, günlük davranışların yanı sıra önemli yaşam kararlarını içerir. Hastalar, şemalarını devam ettiren önemli yaşam kararları alarak Erken Dönem Uyumsuzluk Şemalarını sürdürürler.

Hastalar, standart bilişsel davranış teknikleri ile duruma özgü davranışların ayrımını değiştirebilir. Fakat Erken Dönem Uyumsuz Şemalar tarafından güdülen yaşam boyu davranış örüntüleri, bütünleyici bir yaklaşım gerektirir. Girişkenlik çalışması, kız arkadaşı ile sınır koyma zorluğu yaşayan bir hastaya yardım edebilir. Fakat girişkenlik çalışması tek başına yaşamın genelindeki diğer önem verilen başkalarına gösterilen boyun eğicilik örüntüsünü değiştirmede muhtemelen başarılı olmayacaktır. Hastalar, cezalandırılma, terk edilme ya da eleştirilmeye korktuklarından boyun eğicilik gösterirler ve örüntünün üstesinden gelmek için bu temeldeki sorunlar üzerinde çalışmalıdırlar. İlgili şema, süreci engelleyen bu temel sorunlarla -Cezalandırıcılık, Terk Edilme, Kusurluluk- bağlantılıdır. Eğer hasta Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahipse,

kendini ortaya koyduğunda/girişken olduğunda kız arkadaşının onu suistimal edeceğinden korkacaktır. Eğer hasta Terk Edilme şemasına sahipse, girişken olduğunda kız arkadaşının ondan ayrılacağından korkmaktadır. Eğer hasta Kusurluluk şemasına sahipse, girişkenlik için gerekli adımları bilse bile kendini ortaya koyduğuna kız arkadaşıyla birlikteyken girişken olma hakkı olduğu hissini duymayacaktır. Yetenekler geliştirme, genellikle birincil müdahale değildir. Şema, tedavinin önceden yönelmek zorunda olduğu bilişsel ve duygusal yönlere sahiptir.

TABLO 5.1. Spesifik Şemalarla İlgili Başetme Biçimi Örnekleri

Şema	Teslim Olma	Kaçınma	Aşırı telafi
Terk Edilme/ İstikrarsızlık	Elde edilemez ya da ne yapacağı belli olmayan önemli başka kişiler ve partnerler seçer.	Tamamen terk edilme korkusuyla yakın ilişkilerden kaçınır.	Bağlanma, sahiplenme ya da davranışları kontrol etmeyle partnerleri ve önem verdikleri kişileri zorlarlar.
Güvensizlik/ Suistimal Edilme	Güvenilmez partnerler ve önemli kişiler seçer; başkalarından şüphelenir ve aşırı tedbirlidir.	Kişisel ve iş yaşamında başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınır; açılmaz ya da kendini ifşa etmez.	Başkalarına kötü davranır onları istismar eder; oldukça güvenilir bir tavırda hareket eder.
Duygusal Yoksunluk	Soğuk kopuk partnerler ve önemli kişiler seçer; başkalarını duygusal davranıştan vazgeçirir.	İçe kapanık ve izoledir; yakın ilişkilerden kaçınır.	Kendi ihtiyaçlarını başkalarının karşılaması için gerçekçi olmayan isteklerde bulunur.
Kusurluluk/ Utanç	Eleştirel partnerler ve önemli kişiler seçer ve kendini küçültür.	Reddedilme korkusuyla partnerler ve önemli kişilerle utandırıcı düşünceleri ve duyguları paylaşmaktan kaçınır.	Başkalarına yönelik eleştirel ve üstün bir biçimde davranır; "mükemmel" gibi görünmeye çalışır.
Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma	Grubun bir parçasıdır fakat dışta kalır, tamamıyla katılmaz.	Sosyalleşmeden kaçınır; zamanın çoğunu yalnız geçirir.	Gruba katılmak için sahte bir kişiliğe bürünür fakat yine de farklı ve yabancılaşmış hisseder.
Bağımlılık/ Yetersizlik	Aşırı yardım talep eder; kararları başkalarıyla kontrol eder, onun için her şeyi yapan aşırı koruyucu partnerler seçer.	Kararları geciktirir; bağımsız olarak hareket etmekten ve normal yetişkin sorumlulukları almaktan kaçınır.	Aşırı kendine güven gösterir, hatta başkalarına dönmek normal ve sağlıklı olsa bile.
Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik	Başına bir felaketin geleceği üzerine sürekli endişelenir; tekrar tekrar başkalarından güvence ister.	Tehlikeli durumlardan fobik bir kaçınma geliştirir.	Sihirli düşünme ve kompulsif ritüeller uygular, kayıtsız ve tehlikeli davranışlarla meşgul olur.
Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik	Önemli kişilerin davranışını taklit eder, yapışık başkalarıyla yakın temas kurar; özgün tercihlerle ayrı bir kimlik geliştirmez.	Yapışıklık üzerine bireyselliği vurgulayan insanlarla ilişki kurmaktan kaçınır.	Aşırı özerklikle meşguldür.
Başarısızlık	Düşük beceri düzeyinde çalışarak çabaları sabote etmeye uğraşır; önyargılı bir tavırda kendi başarısını başkalarınınkiyle olumsuz bir şekilde karşılaştırır.	İşleri ağırdan alır; yeni ve zorlu işleri bitirmekten kaçınır; yetenek düzeyine uygun kariyer hedefleri belirlemekten kaçınır.	Başkalarının başarılarını eksiltir; başarısızlık duygusunu telafi etmek için mükemmeliyetçi standartları gidermeye çalışır.
Hak Görme/ Büyüklenmecilik	Partner ve önemli kişilerle yetersiz ya da umursamaz ilişkiler kurar; bencil davranır; başkalarının duygularına ve ihtiyaçlarına aldırmaz, üstün görür.	Üstün olamadığı ya da dikkat çekmediği durumlardan kaçınır.	Bencil davranışlarını telafi etmek için cömert yardımlarda bulunur ya da abartılı hediyeler verir.
Yetersiz Özdenetim/ Özdisiplin	Kayıtsız biçimde sıkıcı ya da rahatsız olan görevler icra eder; duyguların kontrolünü kaybeder; zevk için aşırı yemek, içki, kumar ya da uyuşturucu.	Çalışmaz ya da okulu bırakır; uzun süreli kariyer planları yapamaz.	Bir projeyi tamamlamak ya da öz denetim uygulamak için aşırı, kısa vadeli çaba gösterir.
Boyun Eğicilik	Dominant, kontrolcü partner ve önemli kişiler seçer; onların isteklerine uyar.	İlişkilerden tamamıyla kaçınır; başkalarından farklı olan kendi ihtiyaçlarının olduğu durumlardan kaçınır.	Pasif-agresif ya da isyankar bir tavırda hareket eder.
Kendini Feda	Kendini inkâr etme ile uğraşır; kendisi için yetersiz başkala-	Yakın ilişkilerden kaçınır.	Karşılık ya da takdir görmedikleri için önem verdikleri ki-

	rı için çok fazla şey yapar.		şilere öfke duyar; artık başkaları için hiçbir şey yapmamaya karar verir.
Olumsuzluk/ Karamsarlık	Olumlu olayları küçültür, olumsuzları abartır; en kötüyü bekler ve hazırlanır.	Daha fazlasını umut etmez; beklentilerini düşük tutar.	Gerçekçi olmayan, olumlu, iyimser, "Polyannacı" biçimde hareket eder.
Duygusal Ketleme	Duyguları düzenler ve nedenleri vurgular; çok kontrollü biçimde hareket eder; düz bir tavır; spontane duygu ve davranış göstermez.	Duygusal olarak kendini ifade etmeyi içeren (sevgi ifade etme veya korku gösterme gibi) ya da serbest davranış gerektiren (dans gibi) aktivitelerden kaçınır.	Ketleme olmadan ve dürtüsel hareket eder (bazen alkol gibi daha az kısıtlayıcı maddelerin etkisi altında).
Onay Arayıcılık / Tanınma Arayıcılık	Başkasının dikkatini Statü ile ilgili başarılarına çeker.	Onların onayını alamama korkusuyla hayran olunan bireylerle ilişkilerden kaçınır.	Takdir edilen bireylerin kınamasını almak için alçakça davranır.
Cezalandırıcılık	Önem verdiği kişilere aşırı derecede cezalandırıcı ya da zarar verici bir biçimde davranır.	Cezalandırılma korkusundan kaçmak için değerlendirme içeren durumlardan kaçınır.	İçten içe öfkeli ve cezalandırıcı olurken aşırı affedici bir tavır içersinde hareket eder.
Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiricilik	Mükemmel performans için çalışır; kendi ve başkaları için yüksek standartlar belirler.	İş almaktan kaçınır, geciktirir.	Yüksek standartları tamamen reddeder ve ortalamanın altı performansı kabul eder.

Hastanın biliş ve duygularını değiştirmesi, yaşamı boyu süren davranış örüntülerini bozmaktan daha kolaydır. Bu nedenden ötürü terapist, empatik yüzleştirme kuralını kullanarak davranışsal düzey genelinde ısrarlı fakat sabırlı olmalıdır. Terapist, değişim için gerekli olduğu söylenen derine işlemiş davranış örüntüsünü değiştirmenin ne kadar zor olduğunu empatiyle ifade eder.

Davranışsal Örüntüyü Bozmak İçin Hazırlık

Terapist, tedavi odağına davranışsal örüntü bozmayı alma zamanının geldiğini nasıl anlar? Cevap, hastaların tedavinin bilişsel ve deneysel kısmını başarıyla öğrendikleri zamandır. Hastalar çocukluktaki şemalarının kökenlerini anlamak için, sağlıklı tarafı kullanan -hem bilişsel hem de duygusal olarak- şemaları sürekli olarak yendiği şema diyaloglarına katılmak için tetiklendiklerinde Erken Dönem Uyumsuz Şemaları belirleyebilirlerse o zaman muhtemelen davranışsal örüntüyü bozmaya hazırdırlar.

Olası Değişim Amaçları Olarak Belirli Davranışları Tanımlama

İlk adım, terapist ve hasta için potansiyel değişim hedefleri olarak hizmet eden belirli davranışların geniş bir listesini geliştirmektir. Terapist ve hasta bu listeyi geliştirmek için pek çok bilgi kaynağına baş vurabilir: Değerlendirme Aşamasında geliştirilen vaka kavramsallaştırma, problematik davranışların detaylı tanımları, problematik durumların hayalini kurma, terapi ilişkisi, önemli kişilerle olan ilişkiler ve şema ölçekleri.

Vaka Kavramsallaştırmayı İnceleme

Terapist ve hasta, şemaya teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi sürecini detaylandırıp Değerlendirme Evresinde geliştirdikleri vaka kavramsallaştırmasını inceleyerek başlayabilirler. Bu baş etme biçimleriyle çalışarak, değişim gerektiren yaşam koşullarının ya da belirli davranışların bir listesini geliştirmeye başlayabilirler. Terapistin yakın ilişkiler, çalışma ve sosyal aktiviteler gibi her bir yaşam alanını ayrı ayrı incelemesi önemlidir. Çünkü hasta farklı şemalar ve farklı yaşam alanlarına bağlı farklı baş etme biçimlerine sahip olabilir. Örneğin; Duygusal Yoksunluk şeması olan bir hasta, yakın arkadaşlarına sıcak ve ilgili, fakat duygusal partnerine soğuk ve mesafeli

olabilir. Boyun Eğicilik şeması olan bir hasta otorite figürüne pasif fakat kardeşlerine ya da çocuklarına otoriter ve kontrolcü olabilir ya da önemli gördükleriyle bire bir buluştuklarında değil sosyal ortamda yabancılarla buluştuklarında bir hastanın Kusurluluk şeması aktive olabilir.

Problematik Davranışların Detaylı Tanımları

Kendilik yıkıcı davranış örüntülerini tespit etmedeki belki de en önemli adım, terapist ve hastanın yaşamındaki problematik durumların detaylı tanımlarını geliştirmektir. Hasta bağlantılı şemayı tetikleyen bir durum bildirdiğinde terapist, soru sorarak hastanın belirli davranışları açıklamasına yardım eder. Amaç, ne olduğunun ayrıntılı izahını elde etmektir. Bazen terapist, bu çaba sırasında zorluklarla karşı karşıya gelir. Şemanın devamlılık işleminin parçası olarak hasta, şemayı uygun hale getirmek ve çelişkili veriyi görmezlikten gelmek için meydana geleni çarpıtır. Terapist duygusal, şema yönelimli biçim yerine amaç içerisinde meydana geleni hatırlaması için hastanın gönülsüzlüğünü kırmalıdır.

Vaka Örneği

Daphne isimli kadın bir hasta seansa gelir ve önceki gece eşiyle kavga ettiğini söyler. Daphne, kavga ile dolu bir evde yetişmesinin bir sonucu olarak Terk Edilme/İstikrarsızlık şemasına sahipti. Ebeveynleri çoğunlukla boşanma tehdidi noktasına dek her gece kavga ederlerdi. Daphne, birbirlerine bağırarlarken onları izlediğini, onları durdurmak için çaresiz hissettiğini ve sonra da kulaklarını elleriyle kapayarak dolaba saklandığını hatırlamaktadır. Şimdi o, bir doktor olan Mark ile evlenmiştir. Uzun saatler çalışmakta ve eve yorgun, tükenmiş gelmektedir. Neredeyse her gece eve gelişi bir kavgayı ateşlemektedir.

Daphne, son kavgalarının hikâyesini anlatır:

DAPHNE: Mark ve ben geçen akşam bir daha kavga ettik.

TERAPİST: Kavgayı başlatan neydi?

DAPHNE: Aynı eski şeyler. Geç kaldı. Bilmiyorum (*başını sallar.*)

TERAPİST: Kavga nasıl başladı?

DAPHNE: Her zaman başladığı biçimde. Önemli değil. Tüm yaptığımız tartışmak. Muhtemelen boşanacağız.

TERAPİST: Daphne, nasıl bir umutsuzluk hissettiğini görüyorum fakat bizim için ne olduğunu anlamamız önemli. Kavganın başlangıcını tekrar düşün. Nasıl başladı?

DAPHNE: Gerçekten zor bir gündü. Kendi çalışmamı bitiremeyecek gibi görünüyorum. Bebek bütün gün ağlamıştı. Mark, eve yine geç geldi ve onu azarladım.

TERAPİST: Onu nasıl azarladın?

DAPHNE: Bütün gün bebeğin ağlamalarıyla ilgilenmek zorundayken bizim için para kazanmamın mümkün olamayacağını söyledim ona. Nasıl çalışabilirim. Bebek uyandığında onunla ilgilenmek zorundayım, ve o uyuduğunda ben de çok yorulduğunmdan uyumak zorundayım. Demek istediğim, Mark bütün gün dışarıda, ben buraya saplandım.

TERAPİST: Mark ne dedi?

DAPHNE: Bebeğin ağlamasının kendi hatası olmadığını ve kendisinin de çok çalıştığını söyledi.

TERAPİST: Sonra ne oldu?

DAPHNE: Ona "tüm gün ve gece bizi yalnız bırakıyorsun. Rezil bir koca ve babasın" dedim.

TERAPİST: Bu noktada ne hissediyordun?

DAPHNE: Öfke. Gerçekten öfke ve korku. Beni ve bebeği umursamamasından ve bizi sonsuza kadar terk edeceğinden korkuyorum.

TERAPİST: Peki ya Mark? Onun duyguları için ne düşünüyorsun?

DAPHNE: O zaman daha az ilgilenemeyeceğini düşündüm, çünkü odadan çıktı. Sonra onun rezil koca ve baba olduğunu söylediğimde perişan olduğunu söyledi bana.

Kocasıyla etkileşimini böyle detaylı bir şekilde anlatarak Daphne ve terapisti, problematik davranışları tespit edebilirler. Mark'ın gecikmesi Terk Edilme/İstikrarsızlık şemasını tetikler. Daphne paniğe kapılır ve korkar. Sonunda eve geldiğinde bu incinebilirliğini ve korkusunu ifade etmek yerine ona çıkışır, yapabildiği kadar çok zarar vermeye çabalar. Daphne şemasıyla mücadele etmede aşırı telafi uygulayarak şemasını devam ettirir. Çocukken çok fazla korktuğu bir tür dengesiz atmosferi yeniden canlandırarak Mark'ın kendisinden ayrılacağından daha fazla korku duymaya başlar.

Tetikleyici Olayların Hayalini Kurma

Hastalar problemli durumların detaylarını hatırlamada zorlanırlarsa terapist, durumun tekrarlanması için onların hayal kurmalarına yardım eder. Terapist onlardan gözlerini kapatmalarını ve durumun hayalini kurmalarını ister. Terapist, davranışların detaylarını hatırlaması için hastaları ikna ederek hayalde ortaya çıkanla ilgili sorular sorar. Terapist, "Ne düşünüyorsun? Ne hissediyorsun? Ne yapabilmeyi isterdin? Sonra ne yapıyorsun?" der. Hayal kurma sayesinde hastalar, önceden erişilmez olan düşünce, duygu ve davranışlara erişebilirler.

Vaka Örneği

Henry, rekabetçi bir okulda üniversite öğrencisiydi. Mevcut problemi, okul ödevlerini geciktirmesiydi, bu nedenle düşük düzeyde performans gösteriyordu.

Henry, herşeyin ötesinde başarıya değer veren profesyonel ebeveynlerinin tek çocuğuydu. O, küçük lise sınıfının veda konuşmacısıydı -ki bu çok fazla çaba harcamadan ulaştığı bir başarıdır. Aynı zamanda lisede yıldız bir atletti, fakat sporda profesyonel olarak bir kariyer sürdürecek kadar yetenekli olmadığını üniversitedeki birinci yılında fark etti. "Başarısız gibi hissediyordum", "fakat akademik başarımın garanti olduğunu düşündüm" demekteydi. Henry, öz saygısının temel kaynağı

olarak sporları ev ödevleriyle değiştirmeyi bekliyordu. Bununla birlikte artık ev ödevi yapmıyordu ve notları ortaya düşmüştü.

Tedavinin değerlendirme evresinde Henry, çalışmasını engelleyen başlıca şemalar olarak Yüksek Standartlar ve Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin'i tespit etti. Bilişsel ve deneysel stratejilerle bu şemalara karşı savaştıktan sonra terapist ve Henry, davranışsal örüntüyü bozmaya geçtiler. Aşağıdaki pasajda terapist, okul ödevlerini yapmayı geciktiriyorken Henry'nin davranışlarını tespit etmesine yardım etmek için hayal kurmayı kullanır.

TERAPİST: Problemin yerini saptamak için bir hayal kurma egzersizi yapmak ister misin?
HENRY: Tamam.
TERAPİST: Güzel, o zaman gözlerini kapa ve geçen gece çalışmak için oturduğunun hayalini kur.
HENRY: Tamam (*Gözlerini kapatır.*)
TERAPİST: Ne görüyorsun?
HENRY: Odamdayım. Oldukça dağınık, yer tamamen kağıtlarla dolu. Kitaplarım önümde açık ve bilgisayarım yanımda (*duraklar*).
TERAPİST: Çalışmakla ilgili düşünmeye başladığında ne oluyor?
HENRY: Bir tür gecikme. Bütün gün kendime daha sonra çalışmam gerektiğini söyledim. Süresi dolmuş bir yazım var ve ben başlamadım bile.
TERAPİST: Ne düşünüyorsun?
HENRY: Ödevimi yapmak istemiyorum. Odaklanmak konusunda çok gerginim. Nereden başlayacağımı bilmiyorum. Sadece bunun karnımı ağrıttığını düşünüyorum. İyisi mi bilgisayar oyunu oynayayım ve oynuyorum.
TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HENRY: Bir süre bilgisayar oyunu oynuyorum ve müzik dinliyorum. Böylelikle gerçekten geç oluyor ve çalışmak zorunda olduğumu biliyorum.
TERAPİST: Ne hissediyorsun?
HENRY: Endişeli ve karamsar. Daha çok endişe duyuyorum. Konsantre olmakta zorlanıyorum.
TERAPİST: Aklından ne geçiyor?
HENRY: Çok geç kaldığım.
TERAPİST: Yazıyı yazmak için mi geç?
HENRY: Hayır, A almak için çok geç. Ödevi tamamlayabilirsem A alabileceğim. Ne faydası var? Zaten başarısızım.
TERAPİST: Ne yapıyorsun?
HENRY: Sabahın dördüne alarmı kurmayı, kalkıp sonra ödevi yazmayı düşünüyorum. Alarm çalarken ve ertesi gün tüm derslerde uyuyorum.

Henry, belirgin anksiyetesiyle baş etmek için dikkat dağıtma gibi kaçınmacı davranış stratejileri kullanmaktadır. Henry'nin davranışlarını keşfederken terapistin, onun bilişleri ve duyguları ile ilgili ayrıca bilgi edinmesine dikkat edin. Hasta hayali daha canlı biçimde anımsadıkça, daha açık bir şekilde belirli davranışları hatırlayabilir.

Terapi İlişkisi

Terapi ilişkisindeki hastanın davranışları, özellikle önemli başkalarıyla olan ilişkilerinde değişim gerektiren davranışlarla ilgili ayrıca bilgi kaynağıdır. Bu bilgi kaynağı, hasta sadece terapi dışındaki ilişkileri hakkında konuşuyorsa, terapist kaybedilebilecek incelikleri algılayarak davranışları doğrudan gözlemleyebildiğinden özellikle avantajlıdır.

Terapist, hastanın baş etme biçimlerinin yanı sıra şemalarını gözlemleyebilir. Her şema ve baş etme grubu, kendi temsiline sahiptir. Örneğin; genç bir kadın hasta Duygusal Yoksunluk şeması ve seansları erkenden bırakarak kaçınmacı baş etme biçimi gösterebilir. Terapistin diğer hastalarla paylaştığı

gerçekle yüzleşmedeki isteksizlik sebebi ile sonraki hasta bekleme odasına gelmeden önce seansı terk eder.

Genç bir erkek hasta Kusurluluk şeması ve terapistin konuşma biçimini tekrar tekrar doğrulayarak aşırı telafi baş etme biçimi gösterir. Genç bir kadın hasta Yapışıklık şeması ve terapistin kıyafet tarzını taklit ederek teslim olma baş etme biçimi gösterir. (6. Bölümde terapi ilişkisi içerisindeki şema ve baş etme biçimi temsilini daha geniş bir şekilde değerlendireceğiz.)

Vaka Örneği

Alicia örneği, şemaların ve baş etme biçimlerinin terapi ilişkilerinde kendilerini nasıl gösterdiğini ve terapiyi nasıl bozduğunu örnekler. Alicia, katı ve ahlakçı bir ailede büyümüştür. Annesi, ona insanların doğal olarak kötü ve zayıf olduğunu, iyi olmak için kendilerini dikkatli bir şekilde gözetmek zorunda olduğunu öğretti. Gerektiğinde aile üyelerini terk etmek, en kötü günahtı. Alicia saygılı ve sorumluluk sahibiydi. Annesinin isteklerini gidermeye çalışıyordu. "Onu mutlu etmek istiyordum, fakat asla yapamıyordum" dedi. Babası bir alkolikti ve annesi babasının öz denetimini sürdürmesine yardım etme görevi olduğunu öğretmişti. Alicia çok iyi olmak için çabaladı bu nedenle babasını üzmeyip onun içmemesini sağlıyordu. Viski şişelerini boşaltıyordu, gece evden gitmemesi için ona yalvarıyordu, ikna ederdi ve sarhoşken babasını yatağa götürüyordu.

Alicia'nin öncelikli şemaları, Kusurluluk ve Cezalandırıcılıktı. "Kötü" istek ve arzuları için kendisini affedemiyordu. Ayrıca Duygusal Yoksunluk (ailesinin soğuk duygusal atmosferinden), Kendini Feda (annesinin aile üyelerinin özellikle babasının ihtiyaçlarına hizmet etme talebinden) ve Yüksek Standartlar (annesini mutlu etmek için "yeteri kadar iyi" olmanın imkânsızlığından) şemalarına sahipti. Alicia büyürken şemaları devam ettirecek biçimde yaşadı. Sıkıntılı partnerler ve arkadaşlar seçti. Birbiri ardına madde bağımlısı olan erkek

arkadaşlar seçti. Bu ilişkilerde kaldı, çünkü bunu yapmanın ahlaki zorunluluk olduğunu düşündü. Annesinin ona öğrettiği gibi gerektiğinde sevenlerini terk etmedi. Ayrıca babasıyla olduğu gibi Alicia erkek arkadaşı madde bağımlısı olduğunda kendini hatalı hissetti. Bir şekilde onlara engel olmayı başaramamıştı.

Diğer terapi amaçları arasında Alicia kilo vermeyi istedi. Önceki hafta ne kadar yediğini seans sırasında terapiste anlatmaya başladı. Başlangıçta Alicia kilo verme çabasına dikkat çekmek istiyormuş gibi göründü ve terapist (hastanın Duygusal Yoksunluk şemasına karşı koyma niyetiyle) bunu sağlamaya çalıştı. Bununla birlikte Alicia'nın, aşırı kilosu için terapistin onu kınadığını sandığı kısa bir süre sonra ortaya çıktı. Kusurluluk ve Cezalandırıcılık şeması tetikleniyordu. Alicia bir çocuk olarak annesine "kötü" davranışını itiraf eder gibi terpiste itirafta bulunuyordu. Bunu fark ettiğinde Alicia birden terapiyi bırakmayı düşündüğünü söyleyerek ağlamaya başladı. Kilo verme, *onun* amacı değildi, annesinin amacıydı. Alicia annesinin yapmasını söylediği şeyleri yapmadığından kötü bir kişi olduğuna inanıyordu. Kilo verme, tutmak zorunda olduğu annesine verdiği bir sözdü. Bununla birlikte diğer kısmı -İncinebilir Çocuk- yemek yemenin tek keyfi olduğunu düşünüyordu ve kendini sınırlamaya dayanamıyordu. (Yemek yeme, Duygusal Yoksunluk ve Kendini Feda şemaları için bir aşırı telafi biçimiydi.) Terapiste yediğini söyleyerek Alicia, terapisti kendi aklında durmadan mutlu etmeye çalıştığı cezalandırıcı figüre dönüştürüyordu.

Terapist, Alicia'nın diğer kişinin olumsuz bir şekilde yargıladığı varsayımının altındaki "kötü" davranışı "itiraf ettiği" yaşamındaki diğer alanları ortaya çıkarmasına yardım etti. Bu örüntüyü değiştirme, davranışsal örüntü bozmanın amaçlarından biri olmaktadır.

Önemli Kişilerin Bildirimleri

Bazen terapist, hastaların problematik davranışlarını tespit etmek için sadece hastanın kendi bildirimlerine güvenmez. Hastanın kendi gözlemlerinde olabilecek kusur ve boşlukların sınırları vardır. Bu özellikle, hastanın şemaları için aşırı telafide bulunduklarında gerçekleşir. Örneğin; narsisistler bilindiği gibi kendi davranışlarını gözlemlemede zayıflardır ve başkalarını etkilerler. Partnerlerle, aile üyeleriyle ve arkadaşlarla görüşme, ilave bir bakış açısı sağlayabilir. Terapistin bunları gidermesi uygulanabilir olduğunda önemli kişilerle, hastanın sağlayamadığı bilgiyi sağlayabilir. Terapist, bu önemli kişilerin bakış açılarını inceler ve onlardan hastanın uyumsuz davranış örüntülerini aydınlatan belirli örnekler ister. Terapist, önemli kişilerle buluşamazsa hasta geri bildirim için onlara sorabilir ve sonra tepkilerini terapide tartışabilir.

Önemli kişilerle olan ilişkiler geçmişine dikkat göstermek, ilave bilgi sağlayabilir. Terapist, problematik davranışlar üzerine odaklanır. Bu ilişkilerde hangi şemalar tetiklenir? Hasta nasıl başa çıkar? Hasta tam olarak ne yapar? Şemaları devam ettiren kendilik yıkıcı davranışlar nedir?

Vaka Örneği

Monique, kocası Lawrence'ın kendisiyle cinsel ilişkiye girmeyeceği şikâyetiyle terapiye başladı.

TERAPİST: Onun seninle seks yapmayacağını düşünmenin nedeni nedir?
MONİQUE: Bilmiyorum.
TERAPİST: Bir tahminde bulunabilir misin?
MONİQUE: Bilmiyorum. Cinsel bir kişi değil.

Monique, kocasına yalvardığını söyler. "Ona yalnız olduğumu söylüyorum. Onu özlediğimi söylüyorum." İlave bir araştırma evlenmeden önce ikisinin iyi bir seks yaşamı olduğunu gösterir. Başka hiç kimsenin olmadığı açıktır. Ne o ne de kocasının bir ilişkisi vardır. Bildiği kadarıyla kocası ona kızgın değildi. Ancak Monique, cinsel hayatlarını bıraktığı

için ona kızgınlık duymaktaydı. Monique, Lawrence'ı aldatma isteğiyle mücadele ediyordu. Terapist, Lawrence'ın onunla cinsellikte bu kadar ilgisiz görünmesinin nedenini ondan öğrenemez.

Terapist, Lawrence'ın yalnız bir seansa gelip gelemeyeceğini sorar. Monique kabul eder ve kocası gelir. Lawrence, Monique'nin cinsel performansını eleştirdiğini ve sevgili olarak yeteneklerini evlenmeden önceki diğer sevgilileri ile kötü bir şekilde karşılaştırdığını söyler. Yıllar geçtikçe bu onda sevgili olarak gitgide anksiyete ve yetersizlik duygusu hissettirmiştir. Bu nedenle Monique ile cinsel ilişkiye girmekten kaçınmaya yönelmiştir. Böylelikle terapist, Monique'nin hangi problematik davranışlarının cinsel ilişkilerine bozmaya katkı sağladığını öğrenir.

Şema Envanterleri

Young Şema Ölçeği, şemalara bağlı problematik "teslim olma" davranışının mükemmel kaynağıdır. İlaveten Young-Rygh Kaçınma Envanteri ve Young Telafi Ölçeği, şema baş etme davranışlarının diğer biçimlerini listeler.

Örüntü Bozma İçin Öncelik Verilen Davranışlar

Terapist ve hasta problematik davranışları ve yaşam şekillerinin bir listesini yapar yapmaz en önemlileri ve değişmesi amaçlananların üzerinde dururlar. En önemli problematik davranışlara bakarak hangi sağlıklı davranışın hasta için her durumda olması gerektiğini keşfederler. Genelde hastalar, davranışlarının problematik olduğunun farkında değildirler ve sağlıklı davranışın ne olduğunu bilmezler. Terapist ve hasta, her birinin avantaj ve dezavantajlarını tartışarak alternatif davranışlar üretirler. Uyumsuz yanıtlarla yer değiştirmek için sağlıklı yanıtlar ortaya koyarlar ve bunlar tedavi için davranışsal amaçları olur.

Terapist hastanın öncelikle değişim için belirli bir davranış seçmesine yardım eder. Hasta, bir defada tüm örüntü üzerinde değil tek bir davranış üzerinde çalışır. Terapist ve hasta değiştirilecek ilk davranışı nasıl seçerler? Birkaç pratik kural gösterelim.

Yaşam Değişiklikleri Yapmaya Karşı Davranışları Değiştirme

Şema terapide genel yaklaşımımız, evlilik ya da mesleği bırakma gibi önemli yaşam değişiklikleri tavsiye etmeden önce mevcut yaşam durumu *içerisinde* davranışları değiştirmeye kalkışmaktır. (Şüphesiz ki kötü muamele eden eş gibi tehlikeli ve kabul edilemez durumlarda bu uygulanmaz.) Davranışları değiştirme daha uygun bir şekilde tepki vermek için öğrenme ve bir konumda kalmayı gerektirir. Hastaların, bunu bırakıp bırakmayacağına karar vermeden önce zor durumu nasıl idare edeceklerini öğrenerek birçok şey elde edeceklerine inanırız. Değişim olasılığı ile ilgili sonuçlara atlamak yerine hastalar öncelikle kendi davranışlarını geliştirerek ilişkilerin mevcut durumundan çıkmak isteklerini gerçekleştiremediklerinden emin olmalıdırlar. Ayrıca gelecek zor durumlar için yetenek kazanırlar. Davranışlar geliştikten sonra hastalar sonunda mevcut durumu bırakmaya karar verirlerse bunun işe yaraması için üzerlerine düşeni yaptıklarını bilerek bunu yapabilirler.

En Problematik Davranışla Başlayın

Terapistin en problematik davranışla başlaması gerektiğine inanıyoruz. Bu, hastanın bireyler arası ve mesleki faaliyetinde en fazla engellenmesine ve en fazla endişelenmesine neden olan davranıştır. Hastanın devam ederken aşırı telafi hissettiği durum istisnadır. Bu durumda terapist, hastanın değiştirebileceğini hissettiği en problematik davranışı seçer.

Yaklaşımımız, genelde en kolay davranışla başlayan bilişsel davranışçı terapinin tersidir. Bilişsel davranışçı terapide hastalar, en zor davranışa adım adım yaklaşırlar. Terapist ve hasta artan zorluğa göre derecelendirilen davranış hiyerarşisi oluştururlar ve hasta dipten başlar ve ilerler. Örneğin eğer hasta işte patronuna "hayır" diyemediği için bir tedaviye başlarsa bilişsel davranışçı terapist, yabancılarla ve hizmetlilerle girişkenlik uygulayarak başlayabilir ve yavaş yavaş aile üyeleri ve arkadaşları arasına ilerler. Sonunda patronuyla olan probleme yönelir.

Bununla birlikte şema terapide terapist, çekirdek şema ve baş etme biçimleriyle başlar. Amacımız, hastanın mümkün olan en kısa sürede daha iyi hissetmesine yardım etmektir. Hastalar eğer birincil mevcut problemi değiştiremiyorlarsa ikinci probleme geçeriz.

DAVRANIŞSAL DEĞİŞİM İÇİN MOTİVASYON SAĞLAMA

Terapist ve hasta, belirli bir hedef davranış üzerine karar verdiklerinde, terapist hastanın davranışsal değişim için motivasyon sağlamasına yardımcı olur.

Hedef Davranışı Çocukluğun Kökenlerine Bağlamak

Hastaların kendilerine yönelik daha empatik ve daha destekleyici hissetmeleri ve böylelikle daha olumlu değişiklikler yapabilmelerine yardım etme amacıyla terapist, hedef davranışın çocukluğun kökenlerine bağlamasına yardım eder. Hastalar, davranışları için kendilerini suçlamak yerine öncelikle davranışı neden geliştirdiklerini anlarlar ve kendilerini affetmeyi öğrenirler. Örneğin, alkolü bırakmak üzere olan bir hastanın, eleştirel ve reddedici baba ile çocuklukta başlayan Kusurluluk şeması açısından içme güdüsü ile bağlantısı olabilir. Hastanın içmesi değersizlik ve sevgisizlik duygularından kaçmaktır. Alkolik olduğu için kendini zayıf görmek yerine hasta bunun

neden meydana geldiğini anlayabilir. İçmek, Erken Dönem Uyumsuzluk Şemasına bağlı üzücü duygulardan kaçınmanın yoluydu.

Bununla birlikte, davranışı çocukluğa bağlamak, hastanın davranışsal bileşenleri önceki bilişsel ve deneysel çalışmaya bağlamasına yardım eder.

Devam Eden Davranışın Avantaj ve Dezavantajlarına Bakmak

Motivasyonu güçlendirmek için terapist ve hasta, devam eden uyumsuz davranışın avantaj ve dezavantajlarını yeniden gözden geçirir. Hastalar gösterilen çabanın değerli olduğuna inanmadıkça davranış değişikliğine girişmeyeceklerdir.

Vaka Örneği

Alan, evliliğe devam etmekle ilgili kararsızlık ifade eden nişanlısı Nora'nın teşvikiyle terapiye başlamıştır. Alan, ilişkilerinde neyi yanlış yaptığını anlamamaktadır. Ona göre her şey yolundadır. "Tek problem Nora'nın mutlu olmamasıydı" dedi. Terapistin isteğiyle Nora bir seansa geldi. Terapiste, Alan ile olan ilişkisinde "bazı şeyleri kaybediyormuş" gibi hissettiğini söyledi. "Gerçek bir yakınlığa sahip değiliz" dedi.

Değerlendirme evresinde terapist ve Alan, onun Nora'ya derinden bağlanmasını engelleyen Duygusal Ketleme şemasının olduğuna hemfikirdiler. Alan, bilişsel ve deneysel tedavi bileşenlerine yönelir ve sonra davranışsal örüntüyü bozmaya başlar. Amacı, Nora ile olan ilişkisinde duyguları -hem olumlu hem olumsuz- daha fazla ifade etmektir.

Alan, bu amaçla ilgili şiddetli bir şekilde kararsızlık duyar. Ona göre duygusal ketleme, kim olduğunun içsel bir kısmıdır. Değişim motivasyonunu sağlamaya yardım etmesi için terapist, Alan'dan Nora'ya yönelik duygusuz kalmanın avantaj ve dezavantajlarını listelemesini ister. Avantaj listesi, şu gibi başlıkları içerir. (1) Rahatsızlıktan kaçınma; (2) kendime göre

doğru olması (3) kontrollü olmaktan hoşlanıyorum; ve (4) yüzleşmeden hoşlanmıyorum. Dezavantajlar listesi sadece bir başlık içerir: (1) Nora, mutsuz olacaktır ve beni terk edebilir. Bununla birlikte tek bir dezavantaj tasarlama, Alan'ın davranış değiştirme motivasyonu sağlamasına yardım etti. Bunu değiştirmezse Norayı kaybedeceğini bilmek, Alan'ın değişmek için motive olmasına yeterlidir.

Flaş Kart Geliştirme

Terapist ve hasta, problematik davranışla ilgili hasta için genelde bir flaş kart oluştururlar. Özellikle davranış üzerine daha belirgin biçimde odaklanmaya adapte ederek bir rehber biçiminde Şema Terapi Flaş Kartı kullanabilirler. Flaş kart, durumu tanımlar, tetiklenen şemaları tespit eder, durumların realitesini açıklar ve sağlıklı davranışı tanımlar.

Vaka Örneği

Justine, zalim babasıyla çocukluk etkileşiminden gelişen Boyun Eğicilik şemasına sahiptir. Sevecen fakat babası gibi otoriter Richard ile evlenmek için nişanlandı. Justine, Richard'ın "buyurganlığına" aşırı saldırgan derecede tepki vermeyi daha etkili, daha az agresif davranış ile yer değiştirmeye çalışıyor. Aşağıdaki, Justine ve terapistin aşırı telafi biçimini uygun girişkenlikle değiştirmesine yardım etmek için geliştirdikleri flaş karttır.

> Şu anda Richard beni kontrol ediyor, ne yapacağımı söylüyor ve beni dinlemiyor gibi hissetmekteyim. Beni yalnız bıraktığında çığlık atmak istiyorum; bir şeyler fırlatmak istiyorum; kapıyı çarpıp yatak odasına gitmek istiyorum; ona vurmak istiyorum. Bununla birlikte otoriter babamla küçük bir kızken öğrendiğim Boyun Eğicilik şemam nedeniyle aşırı tepki gösterdiğimi biliyorum. Richard'ın bilerek duygularımı önemsemiyor olduğuna inanmama rağmen, gerçekte o sadece kendisi olmaktadır ve beni incittiğini anlamaz. Ona bağırmaktan, ona zarar vermekten hoşlansam bile bunun yerine nasıl hissettiğimi ve ne istediğimi ona sakince söyleyeceğim. Sonradan pişman olmayacağım biçimde bir olgunluk içerisinde ne istediğimi söyleyeceğim.

Hastalar, davranışları değiştirmenin neden önemli olduğunu kendilerine hatırlatmak istediklerinde ve bir ortama hazırlanırken ya da bir ortam içerisinde bulunduklarında ve eski uyumsuz davranışa dönme arzusu doğduğunda flaş kartı okuyabilirler.

Sağlıklı Davranışları Hayal Kurma ve Rol Yapmada Tekrarlama

Hasta hem hayal kurma hem de rol yapma kullanarak terapi seansında sağlıklı davranışlar uygular. Hasta, problematik durumların tekrarlarını gözden geçirir ve terapistle duruma rol yapma uygularlar . Hasta, potansiyel engelleri başarılı bir şekilde idare ederek hayalde durumu yönetmeyi canlandırır. Aşağıdaki, Justine ile bir hayal kurma sahnesidir.

TERAPİST: Gözlerini kapat ve Richard'ın eve geldiğini hayal et. Geç kaldı ve bebek ağlıyor. Sabrın taşmış. Bunu görebiliyor musun?
JUSTİNE: (*Gözleri kapalı*) Evet.
TERAPİST: Ne oluyor?
JUSTİNE: Onu bekliyorum, geziniyorum, saate bakıyorum.
TERAPİST: Ne hissediyorsun?
JUSTİNE: Bir dakikalığına asla eve gelmeyeceğinden, öldüğünden korkuyorum. Daha sonraki dakika bana bunu yaptığı için onu öldürmek istiyorum.
TERAPİST: Kapıdan içeri girdiğinde ne oluyor?
JUSTİNE: İçinde bulunduğum ruh halini anlamak için sorgulayarak bana bakıyor.

TERAPİST: Ne yapmak istiyorsun?
JUSTİNE: Bir çığlık atmak mı, göğsünü yumruklamak mı yoksa ona koşup sarılmak mı istiyorum bilmiyorum.
TERAPİST: İki kısmı da nasıl idare ediyorsun?
JUSTİNE: Öfkeli kısımla konuşuyorum. "Dinle, Richard'ı seviyorsun ve onu incitmek istemezsin. Sadece eve gelmeyeceğini düşündüğün için üzgünsün, fakat o burada! Mutlu olabilirsin."
TERAPİST: Peki karşılığında öfkeli kısım ne söylüyor?
JUSTİNE: "Tamam" diyor. İyi hissediyor.

Öfkeli kısımla konuşmasında Justine mod çalışması yapıyor. Öfkeli Çocuk ve Sağlıklı Erişkin arasında bir diyalog yürütüyor.

Rol yapmada terapist, hastanın problematik bir durumda diğer kişiyi oynamasının yanında genelde öncelikle sağlıklı davranışı modeller. Sonra hasta, sağlıklı davranış tatbik edip, terapist diğer rolü oynarken rol değiştirirler. Terapist ve hasta en olası engellerin üzerinde çalışırlar. Böylelikle hastalar daha iyi hazırlanmış hissederler.

EV ÖDEVLERİNİ KARARLAŞTIRMAK

Bir sonraki adım, terapist ve hastanın yeni davranışsal örüntü ile ilgili ev ödevlerine karar vermeleridir. Hasta, meydana gelenleri kaydederek bir yaşam durumunda sağlıklı davranışlar göstermeyi kabul eder.

Hasta, ev ödevlerini yazar ve orijinalini kendisi alıp kopyasını terapiste verir. Ödevler somuttur ve spesifiktir. Örneğin şöyle bir ev ödevi olabilir: "Bu hafta patronuma Mayıs sonuna izin alıp alamayacağımı soracağım. Ona sormadan önce aynen planladığım gibi flaş kartımı okuyacağım ve sonra ona sorduğumu hayal edeceğim. Sonra da ne olduğunu, nasıl hissettiğimi, ne düşündüğümü, ne yaptığımı, patronumun ne yaptığını kaydedeceğim."

EV ÖDEVLERİNİ YENİDEN İNCELEME

Yazılan ödevlerin kopyalarıyla ilgili olarak terapist ve hasta sonraki seansın başında önceki ev ödevini gözden geçirirler. Terapistin ev ödevlerini izlemesi çok önemlidir. Eğer terapist ev ödevlerini unutursa hasta ev ödevlerinin önemli olmadığı ve terapistin hastanın çabalarına değer vermediği mesajını alır. Bu, hastanın ilerideki ödevlerini tamamlama olasılığını azaltır. Terapistten gelen ilgi ve övgü, muhtemelen ev ödevlerini tamamlamada, özellikle davranışsal kalıbı bozmanın başlangıç düzeyinde en önemli destektir.

DAVRANIŞSAL ÖRÜNTÜYÜ BOZMANIN VAKA ÖRNEĞİ

Alec, 35 yaşında bir avukattır. 7 yıllık evlilikten sonra Kay'dan yeni boşandı. Evliliğinde mutsuz olmasına rağmen iş arkadaşının cinsel cazibesine karşı mücadele etmiştir. Kay, ondan boşanmak istediğini söylediğinde Alec için bu tamamıyla sürpriz oldu. Mutsuz olduğundan başka boşanmak isteme nedeni söylemeyecekti. Kay, evlilik terapisine katılma teklifini reddetti ve aynı gün evden taşındı. Çiftin çocukları yoktu. Bir yıl ayrı kaldıktan sonra boşandılar ve Kay, onun bütün yaşamından çıktı. Birkaç ay sonra Alec terapiye başladı.

Alec'in mevcut problemi, bir kadınla özellikle evliliğe ve aile olmaya gidecek bir ilişkiye başlama zorluğuydu. Buluşma mekanına girmekte zorlanıyordu. İlaveten neden Kay'ın evliliğini sonlandırdığını ve işyerinde ona çekici gelen kadının neden onu reddettiğini anlamıyordu. Bu kadın aklına takılmıştı ve her iş gününün büyük kısmını onun hakkında düşünmeye ve onu görme çabasına ayırıyordu. Bu nedenle işteki performansı sürekli düşüyordu.

Alec, üç kardeşin en küçüğüydü. Annesi o sekiz yaşındayken ölmüştü ve onu acılı babası büyütmüştü. Kardeşleri büyüdü ve üniversiteye gitmek için evden ayrıldılar, Alec baba-

sına bakmak için okulu bıraktı. (O zamandan beri kendini kardeşlerinden uzak hissediyordu.) Evin dışında Alec, kendini sosyal olarak uyumsuz hissediyordu. Okulda başarılıydı fakat arkadaşlık kurmakta zorlanıyordu. Onun katı yaşamı, diğer çocukların kaygısız yaşamından oldukça farklı görünüyordu. Onlar evlerinde mutluluğa sahipmiş gibi görünürken kendi ev yaşamı boş ve soğuktu. Babası, kronik bir şekilde bunalımdaydı. Alec, "Babam vaktinin çoğunda uyurdu ya da televizyon izlerdi. Oldukça fazla yatakta ya da kanepedeydi. Asla dışarı çıkmıyordu, kimseyi görmüyordu. Siz de bilirsiniz 'tuzu uzatır mısın' dışında benimle hemen hemen hiç konuşmuyordu" dedi.

Tedavinin değerlendirme evresinde Alec ve terapist, Terk Edilme/İstikrasızlık (annesinin ölümü ve kardeşlerinin evi terk ettiği gerçeğinden); Duygusal Yoksunluk (ilgisiz baba ve aldırışsız kardeşler ve mesafeden); Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma (arkadaşlarından farklı hissetmesine yol açan farklı ev yaşamından); Kendini Feda (babasına bakmaktan kaynaklanan) şemalarını belirlediler.

Onun birincil baş etme biçimi, şemadan kaçınmadır: Yaşamın erken dönemlerinde bir işkolik oldu. Kendini okul çalışmalarına sonra de hukuk kariyerine verdi, oldukça başarılı oldu. Hukuk fakültesinde Kay ile tanıştı, beş yıl sonra onunla evlendi. Ona âşık olmamasına rağmen Kay, güvenilirdi ve anlayışlıydı. Dünya ile yalnız yüzleşmekten korkuyordu. Babası gibi, Kay kronik depresyondaydı. Alec çocuk istemesine rağmen o reddetti. Yaşam birliktelikleri istikrarlıydı fakat monotondu ve tutkusuzdu. (Alec'in Kay ile evliliği Duygusal Yoksunluk şemasına teslim olmayı göstermektedir. Onunla evliliğinde duygusal olarak çocukluğunun boş aile yaşamını tekrarladı.)

Son yıllarda Alec, iş arkadaşı Joan'dan cinsel olarak etkileniyordu. Alec evliyken ondan hoşlanıyormuş gibi davranıyordu fakat boşandıktan sonra onunla buluşmadı. Alec birçok defa onunla çıkmayı istemesine rağmen, o her zaman hayır dedi. Joan Alec'ten hediyeler ve ihsanlar kabul etmesine rağmen açık bir şekilde onunla romantik olarak ilgilenmedi ve Alec bu gerçeği kabul etme sorunu yaşadı. Joan ile ilgili neyin çekici olduğu sorulduğunda Alec: "İkimiz yalnızken dünyada tek olduğumu hissettirirdi. Etkileyici ve nazikti. Fakat ortamda başka insanlar olduğunda mesafeliydi." Alec, Joan'ın kararsızlığını heyecanlandırıcı buluyordu. Terapist, Joan'ın Alec'e çekici gelmesinin şema yönelimli olduğunu tahmin ediyordu. Bu, büyük ölçüde Terk Edilme/İstikrarsızlık şeması tarafından üretilir. Ayrıca Alec, Joan'a çok şey verip karşılığında çok az şey aldığından Kendini Feda şeması, çekiciliği harekete geçiren bir şemaya bağlı gibi görünmektedir.

Alec ve terapisti, davranışsal örüntü bozmada ilk hedefin, onunla ilgili hayal kurma, telefonla arama, mail göndermeyi düşünme, onunla ilgili başkalarını sıkıştırma, onun ilgilendiği gazete makalelerine bakma ve ona götürme, ona kazayla "çarpma" düzenleme gibi işyerinde Joan merkezli aktiviteler olması gerektiği konusunda hemfikirdiler. Aktiviteler onun için acı verici olmasına ve sonradan onlardan pişman olmasına rağmen Alec saplantı haline gelen bu aktivitelerle neredeyse tüm iş gününü geçiriyordu. Dahası önceden değindiğimiz gibi işteki performansı ciddi bir şekilde düştü.

Terapist, Alec'in hedef davranışsal örüntüyü çocukluktaki kökenlerine bağlamasına yardım ederek başlar. Terapist, ondan gözlerini kapatmasını ve işte olduğunun ve Joan'ı özlediğinin hayalini kurmasını ister.

TERAPİST: Ne görüyorsun?

ALEC: İşte kendimi görüyorum. Koltuğumda oturuyorum. Çalışmaya çalışıyorum, fakat onu düşünmeden duramıyorum. Biliyorum gerçekten işime konsantre olmalıyım. Fakat onu görmek istiyorum. Bulduğum bu makaleyi ona vermek istiyorum, onun ilgileneceğini biliyorum, şey hakkında...

TERAPİST: (*Müdahale ederek*) Onu görmek istediğin kısmın ne söylüyor?

ALEC: Bu şekilde hissetmeye devam edemem diyor

TERAPİST: Bir çocuk olarak bu şekilde hissettiğinin hayalini kurabilir misin?

ALEC: Evet

TERAPİST: Ne görüyorsun?

ALEC: Bir çocuk olarak kendimi yatakta yalnız görüyorum, annem için ağlıyorum. Ölümünden sonra. Onu ne kadar çok istesem de asla gelmedi.

İşyerindeki Joan özlemi, annesinin ölümüne bağlı duyguları çağrıştırarak Alec'in Terk Edilme şemasını tetikler. Bu duygulardan kaçmak için Joan'ı araştırmaya girişir. Terapist ve Alec, işyerinde şema tetiklendiğinde Alec'in okuması için bir flaş kart hazırlar. Joan'ı araştırmak yerine flaş kart, Terk Edilen Çocuk ve Sağlıklı Erişkin (Alec Sağlıklı Erişkin modunu "İyi Anne" olarak adlandırır) arasında bir diyalog yazarak onun çocuk kısmına seslenerek tavsiyelerde bulunur. Alec'teki Sağlıklı Erişkin Terk Edilen Çocuğun giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarını bir dereceye kadar giderebilirse, o zaman İncinebilir Çocuk bu ihtiyaçları gidermek için Joan'ı araştırmaya girişmek zorunda kalmayacaktır.

Alec'in davranışsal değişime daha fazla hazırlanması için terapist, Joan'a odaklanmasını isteyen şema yönü ile Joan'ı unutup işine odaklanmasını ve yeni uygun kadınlarla buluşmasını isteyen sağlıklı yön arasında bir diyalog yürütmesini ister. Alec, değişimi göstermek için sandalyeleri değiştirerek her iki yönü de oynar. Pasajın başında olduğu gibi, terapist Alec'ten işyerinde bulunduğu ve Joan'ı arama tutkusuyla savaştığı hayalini kurmasını ister.

ALEC: (*Şema yönü olarak*) Onu bul. Onunlayken çok iyi hissediyorsun. Bu kadar uzun bir süreden sonra her şeyden daha iyi hissettiriyor. Bir kez daha onunla birlikte olmak için biraz çalışma saati kaybetmeye değer -her şeyi kaybetmeye bile değebilir.

TERAPİST: Peki, güzel, şimdi sağlıklı yönü oyna.

ALEC: (*Sandalyeleri değiştirir*) Tamam. (*Sağlıklı yön olarak*) "Yanlış yapıyorsun. İyi hissettirmeyecek. Kötü hissettirecek. Uzun süredir hissettiğin her şeyden daha kötü. Yalnızlığın dışında senin için orada hiçbir şey yok.

TERAPİST: Şimdi şema yönü.

ALEC: (*Sandalyeleri değiştirir, şema yönü olarak*) "O olmadan yaşamın neye benzeyeceğini biliyor musun? Peki, sana söyleyeceğim. Sıkıcı, olan bir şey varsa o da budur. Bekleyecek bir şey yok. Sen canlıdan çok ölüsün.

TERAPİST: Şimdi sağlıklı yön.

ALEC: (*Sandalyeleri değiştirir, sağlıklı yön olarak*) "Hayır, yanlış yapıyorsun. Bu şekilde olmak zorunda değil. Başka birisiyle, senin duygularına karşılık veren birisiyle tanışabilirsin."

Diyalog, sağlıklı yönün şema yönünü yendiğini Alec hissedene dek devam eder.

Alec'in ilk davranışsal örüntüyü bozma ödevi, flaş kart okuma ve diyalog yazma ile yer değiştirerek "Joan merkezli" aktiviteleri durdurmaktır. Ev ödevleriyle orta düzeyde bir başarı yakaladı. Sonraki seansta Joan'a çağrı ya da mail atma gibi bürosundan yaptığı birçok aktiviteyi durdurabildiğini söyledi. Bununla birlikte kendisine her sabah onu aramayacağına dair söz vermesine rağmen neredeyse her günün sonunda bu sözünden dönüp onu aramak için bazı bahaneler yaratmaktadır. Terapist, Alec'in bu davranışını değiştirmesini engelleyen şey üzerinde derinliğine çalışmasına yardım eder. Alec, onu aramaya devam etmenin avantaj ve dezavantajlarını listeler. Temel avantaj, onu görmeye devam ettiği sürece Joan'ı kazanabilme ve istediğini elde etme şansının varlığıdır. Temel dezavantaj, davranış onu zarar ve kayıp konumuna saplar.

Örüntü bozma için Alec ve terapistin seçtiği diğer bir davranış, aşırı çalışmadır. Alec'in adeti olduğu gibi hafta sonunu

ofiste çalışarak geçirmek yerine uygun kadınlarla tanışabileceği aktivitelerle geçirmek konusunda hemfikirdirler. Aşağıdaki pasajda Alec ve terapist, bu amaç doğrultusunda davranışsal ev ödevi tasarlarlar.

TERAPİST: Peki hangi aktiviteyi yapmak istersin? Hoşlanacağın bir kadınla nerede karşılaşabilirsin?
ALEC: Bilmiyorum. Ofisimden farklı herhangi bir yere gitmeyeli çok oldu.
TERAPİST: Peki, Hafta sonunu ne yaparak geçirmek istersin?
ALEC: Çalışmanın yanında mı? (*Gülerek*)
TERAPİST: Evet.
ALEC: Bir bakalım, oyun izleyerek. Bir bara giderek ve bir oyun izleyerek, belki. Fakat orada herhangi biriyle buluşma olasılığım yok.
TERAPİST: Yapmaktan hoşlandığın başka bir şey?
ALEC: Bisiklete binmek belki. Eğer dışarısı güzel olursa...
TERAPİST: Bunu nerede yapacaksın?
ALEC: Parka gidebilirim.
TERAPİST: Bundan hoşlanır mısın?
ALEC: Evet. Bundan hoşlanırım. İş yerindeki bazı insanlar, bisiklete binmek için Cumartesi sabahı buluşuyorlar. Onlarla hiç gitmedim.
TERAPİST: Neden gitmedin?
ALEC: Bilmiyorum. Bana komik geliyor.
TERAPİST: Bu sana ne hatırlatıyor? Duygunu çocukluğuna bağlayabilir misin?
ALEC: Evet. Dışarıda oynamak yerine teneffüs arasında sınıfta kalıp çalışırdım. Bunun gibi geliyor.
TERAPİST: Peki, anlat bana, sen, şimdiki sen olarak, erişkin halinle bu sınıfa girsen, tüm çocuklar dışarıda oynarken "kendi çocuk halini" görsen, o çocuğa ne derdin?
ALEC: "Dışarı çıkmak ve oynamak istemiyor musun? Diğer çocuklarla dışarıda olmak istemiyor musun?" derdim.
TERAPİST: Çocuk ne cevap verir?

ALEC: (*Çocuk olarak*) "İstiyorum, fakat ait değilmişim gibi hissediyorum."
TERAPİST: Karşılığında ne söylersin?
ALEC: (*Yetişkin olarak*) "Seninle gelmeme ne dersin? Diğer çocuklar belki seni tanısalardı eminim senden hoşlanılırlardı. Seninle geleceğim ve senin bunu halletmene yardım edeceğim."
TERAPİST: Çocuk ne diyor?
ALEC: "Tamam" dedi.
TERAPİST: Pekala şimdi işte olduğunu hayal et, birisine bisiklete binmeyi teklif ediyorsun. Ne görüyorsun?
ALEC: Larry ile öğle yemeğine çıkmışız ve ben "Larry, Bu Cumartesi bisiklet sürmeye katılmayı düşünüyorum. Bana detayları anlatabilir misin?" diyorum. Tüm yapabildiğim bu.
TERAPİST: Bunun için ev ödevi yapmaya ne dersin?
ALEC: Kabul.

Hasta düşünceleri, duyguları ve davranışları kendisi izlemek için açıklamalarıyla birlikte ev ödevine yazar. Sonraki seansta Alec sonuçları açıklar. Terapist, Alec'e ev ödevlerini yaptığı için övgüde bulunur ve sonuçlara ilgi gösterir. Ayrıca terapist, ödevleri tamamlamanın faydalarını tekrarlar.

DAVRANIŞSAL DEĞİŞİM ENGELLERİNİN ÜSTESİNDEN GELME

Şema yönelimli davranışın değişimi zordur ve hastanın değişim arzusuna rağmen süreç birçok tuzak barındırır. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, derinden kökleşirler ve tüm yaşam örüntülerini kullanırlar. Hayatta kalmak için hem apaçık hem de belirsiz biçimde savaşırlar. Davranışsal değişime engel olanların üstesinden gelecek çeşitli yaklaşımlar geliştiririz.

Engeli Anlamak

Hastalar, davranışsal örüntü bozma vaadinde bulunsalar bile yeni davranışlara başlamada yine de zorluk çekebilirler. Hastalar davranışsal ev ödevlerini tamamlayamadıklarında ilk adım nedenini anlamaktır. Hasta engelin doğasının farkında mıdır? Bazen hastalar, ev ödevlerinin tamamlanmasını engelleyenin ne olduğunu bilirler ve bunu doğrudan söyleyebilirler. Değilse terapist, soru sorabilir. Hasta değişimin sonuçlarından korkuyor mu? Hasta değişimin gerekliliğine ya da bu kadar zorluğuna öfkeli mi? Hastanın, sıkıntıyı tolere etme sorunu var mı ya da hasta değişimle ilgili mücadele mi vermekte? Hasta üstesinden gelmesi zor olan duygu ya da inanışları ortaya çıkardı mı? Hasta olumlu bir sonucun imkansız olduğuna mı inanıyor? Hasta ve terapist, davranış değişiminin avantaj ve dezavantajlarını incelemelerine rağmen hasta engelleyicinin gücünü minimize edebilir ve değişime girişir girişmez yeni bir engelleyici meydana çıkartabilir.

Eğer hasta, engelin ne olduğunu açıklayamazsa ya da hastanın cevabı mantıksız görünüyorsa o zaman terapist, engelin doğasını incelemek için diğer metotları kullanır.

Hayal Kurma

Önceki bölümde davranış değişimi için oldukça detaylı bir şekilde hayal kurma kullanımını ele aldık. Burada davranışsal kalıbı bozmadaki önemlerine dikkat çekmek için bazı stratejileri yeniden gözden geçiriyoruz.

Terapist, engeli incelemek için hayal kurmayı kullanabilir. Terapist, hastanın problematik durumu görselleştirmesini ve yeni bir davranışa giriştiğinde meydana çıkanı tanımlamasını ister. Terapist ve hasta, hastanın saplandığı noktayı inceler. Hasta o anda ne düşünür ve hisseder? Diğer "karakterler" ne düşünür ve hisseder? Hasta ne yapmak ister? Bu şekilde terapist ve hasta, engelin doğasının farkına varır.

Terapist hayal kurmayı farklı biçimlerde kullanabilir. Örneğin, hastadan yeni bir davranışı uygulama hayali kurmasını isteyebilir ve sonrasında meydana gelenleri inceleyebilir. Hasta suçlu mu hissediyor yoksa bir aile üyesinin öfkesine mi maruz kalıyor? Hasta bazı korkunç sonuçları öngörmekte midir? Alternatif olarak terapist, hastadan engelin ve bu engeli zorladığının hayalini kurmasını isteyebilir. Örneğin; engel, hastayı bastıran karanlık bir yük gibi görülebilir. Sorgulama üzerine hasta, bir karamsar aile olarak engelin aynı mesajı ilettiğini söyler. Hasta bu mesajı, engeli uzaklaştırarak defeder. Ya da terapist hastadan çocuk olarak aynı biçimde hissettiği duygunun hayalini kurmasını isteyerek çocukluğa dönüp engel anına bağlayabilir. Terapist, o zaman hastanın İncinebilir Çocuk moduna yeniden ebeveynlik fırsatını kullanabilir. Böylelikle hayal kurma hem engelin doğasını keşfetmek hem de onların üstesinden gelmek için kullanılabilir.

Engel ve Sağlıklı Yön Arasındaki Diyalog

Terapist, hastanın yeni davranıştan kaçınmasını isteyen kısmı ile yeni davranışı denemeyi amaçlayan kısmı arasında diyalog yürütmesine yardım edebilir. Hasta, sandalye değiştirerek iki kısım arasında hayalde ya da rol yaparak bir diyalog yürütebilir. Terapist, gerektiğinde sağlıklı yönü çalıştırır.

Terapist, değişimi engelleyen modu tespit etmeye çalışır. Bu, değişime kalkışmak için çok korkak ya da öfkeli bir çocuk modu olabilir. Ya da hastanın eski uyumsuz baş etme davranışına gitmesi için çalışan Uyumsuz Baş Etme modu olabilir. Ve yahut hastayı zorlayarak ya da çok fazla talep ederek hastanın gayretini bozan İşlevsiz Ebeveynlik olabilir. Terapist, hangi modun yeni davranışa müdahale ettiğini anlar anlamaz bu modla diyalog başlatabilir ve spesifik kaygıları çözmeye çalışabilir. Sonraki bölümde bu tür mod çalışmasını ele alacağız.

Flaş Kartlar

Terapist ve hasta, engeli hedef alan bir flaş kart yazabilirler. Flaş kartta onlar ilgili şema ve uyumsuz baş etme biçimleriyle savaşırlar. Örneğin; hastanın engeli öfkeden oluşuyorsa flaş kartı okuyabilir: "Terapi seanslarında yapmaya karar verdiğim gibi şu anda yakın ilişkilerimde daha az agresif olmaya çalışmaktan çok öfke duyuyorum." Flaş kart uyumsuz baş etme biçimlerine devam etmenin avantaj ve dezavantajlarını özetler, sağlıklı davranışı açıklar ve problemlere pratik çözümler sağlar. Öfke için flaş kart, öz denetim teknikleri önerebilir. "Sakin olacağım, sakinleşene dek derin nefes alacağım ve sonra sağlıklı davranışta bulunmaya çalışacağım." Flaş kartı okuma, hastaya duruma tepki veremeden önce öfkeyi derinliğine çalışma fırsatı verir.

Ev Ödevini Yeniden Tahsis Etme

Terapist ve hasta, engeli tespit edip bunu derinliğine çalışmaya giriştikten sonra hasta ev ödevi olarak tekrar yeni davranışı çalışır. Terapist, değerlendirmenin zorluğunu azaltmayı ya da daha küçük, aşamalı adımlar içerisinde değerlendirmeye girmeyi düşünebilir. Ev ödevi yeniden tahsis edildikten sonra eğer hasta yine de tamamlayamazsa terapist, odağını diğer davranışsal örüntüye çevirebilir ve sonra ilkine tekrar geri dönebilir. Bununla birlikte terapistin davranışsal değişimin peşinde amaçtan sapmaması önemlidir. Her ne meydana gelirse terapist, davranışsal değişime zorlamak için empatik yüzleştirme kullanmaya devam eder. Bazen terapistin davranışsal değişimi gerçekleştirmede hastanın zorluğu ile empatik yüzleştirmeye devam etmesi zorlayıcı olabilir.

Olasılıklar

Önceki stratejiler çalışmazsa terapist, yeni davranışı ödüllendiren olasılıklar hazırlamayı düşünebilir. Örneğin hastalar ev ödevlerinin parçası olarak yeni davranış yürüttükleri için kendilerini ödüllendirebilirler. Hastadan hastaya çeşitlilik gösteren bir ödül olarak ödülün neye hizmet ettiği, hastanın memnuniyet verici olarak görmesine bağlıdır. Bazı olasılıklar, kendisine küçük bir hediye almayı, eğlenceli bir aktiviteyle meşgul olma ya da öz bakıma yönelik bazı şeyler yapmayı içerir. Birçok hasta için özellikle güçlü bir pekiştireç, tersapisti aramak ve ev ödevlerini tamamladığını bildirmek için telesekretere mesaj bırakmaktır.

Hasta, uzun bir süre davranış değişimine katı bir direnç gösteriyorsa son olasalık terapistin, terapiye ara verme teklifidir. Örneğin; terapist, zaman sınırlı çaba fikrini ortaya koyabilir: Terapist ve hasta davranışsal değişim üzerine ne kadar çalışacaklarına karar verirler ve bu süreç içerisinde önlerinde bir değişim yoksa terapiye geçici bir süre ara vermeyi kabul ederler. Terapist, hastanın davranışsal değişimi denemeye hazır olur olmaz terapinin devam edeceğini bilmesini sağlar. Terapist, bunu bir "hazırlık" konusu olarak sunar -Terapist, hastanın değişime hazır olduğunu işaret etmesini bekler. Bu, terapistin aldığı ve aşırı direnç durumları için hazırlanan aşırı bir önlemdir. Bazen hastaların değişime hazır olmadıkları açıktır. Yeni davranışları riske atmadan önce yaşam koşullarının değişmesine ve biraz zamanın geçmesine ihtiyaç duyarlar. Bazen, daha büyük bir endişe düzeyini deneyimleme ihtiyacı duyarlar. Saplanma, bazı hastaların değişim için yeteri kadar motivasyon toplayabilmesinden önce, değişimden daha kötü hissedilmelidir.

Davranışsal değişim yokluğunun ağır basabildiği terapide kalmanın -BKB olan bir hastaya yeniden ebeveynlik gibi- başka faydaları olup olmadığını dikkatli bir şekilde tarttığımızı göstermek önemlidir. Bu nedenle belirli bir hastayla bunu yapmak için mecburi bir gerekçe varsa davranışsal değişim olmadan uzun bir süre tedaviye devam ederiz.

Terapist, bir ara vererek takip edilen "zaman sınırlı çaba" düşüncesini aşağıdaki gibi başlayacaktır:

"Sıkı çalıştığını düşünüyorum, fakat şemaların çok güçlü. Belki de bu noktada değişim açısından gidebildiğimiz kadar gittik. Bazen yaşam olayları, insanların davranışlarını değiştirmesine imkan sağlar. Bu düşünceyle ilgili nasıl hissediyorsun: Değişim yapıp yapamadığını görmek için birkaç ay daha görüşmeye devam edebiliriz. Eğer değilse kısa süreliğine görüşmeyi bırakabiliriz ve sen tedaviye devam etmeye ve bu davranış değişiklikleri üzerinde çalışmaya hazır hissettiğinde beni arayabilirsin. Muhtemel bir plan olarak bunun hakkında ne düşünüyorsun?"

Vaka Örneği

Spencer: Modların Uyuşmazlığı

Spencer, 31 yaşındadır. İşinde tatmin olmadığından terapiye başlamıştı. Güzel sanatlarda master derecesi almış olmasına rağmen okuldan ayrıldığından beri yetenek düzeyinin çok altında olan bir grafik tasarımcısı olarak görev yapıyordu. İşinde değersizlik ve sıkıntı duymasına rağmen kendine başka bir iş arayamamıştır. Hiçbir işi tam olarak doğru görünmemektedir: Ya işi yeterince iyi görünmemektedir ya da o kendini yeteri kadar nitelikli hissetmemektedir. Değerlendirme evresinde Spencer, Kusurluluk ve Başarısızlık şemasını tespit eder. Tedavinin bilişsel ve deneysel düzeylerini araştırır ve davranışsal değişime girişir. Haftalarca davranışsal ev ödevlerini uygulamayı beceremez. Zaman geçer ve olduğu yerde donup kalmıştır. Bununla birlikte beklenmedik bazı olaylar meydana gelir: Spencer işini kaybeder. Mali kaynaklarının azaldığını görse bile yine de aktif bir şekilde iş aramaya koyulamaz. Hayata devam etmesi tehlikededir.

Terapist, Spencer'ın paralizinin modlardaki uyuşmazlığa işaret ettiği kuramını ortaya koyar. Hastalar, hayatta kalmalarını sağlayacak girişimlerde bulunmak zorunda kaldıklarında yine de hala kendilerini hareket edemez görürlerse o zaman çelişkili modlar muhtemelen bir varsayımdır. Terapist,

Spencer'ın çatışmaya hapsolmuş iki modu tespit etmesini sağlar: İlerlemek için çaresiz ve umutsuz hisseden Kusurlu Çocuk; daha tatmin edici iş bulmak isteyen Sağlıklı Erişkin. Bu iki mod arasında diyalog yürütme, Spencer'ın çatışmayı çözümlemesine yardım eder. Sağlıklı Erişkin, İncinebilir Çocuğun korkularını azaltır ve her ne zorluk çıkarsa çıksın idare etme sözünü verir.

Rina: Değişim için Hastanın Motivasyonu Azaldığında

Hastalar, Erken Dönem Uyumsuz Şemalarla anlaştıklarını hissederler: Onların şemaları, kim olduklarının parçasıdır. Onlar, şemaların gerçekliğine inanırlar, o derece ki kimi zaman değişim olasılığını anlayamazlar. Bazı durumlarda hasta, henüz şemaya yeterince öfke duymamaktadır. Diğer durumlarda ise ki bu, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda meydana gelir, işlevsiz davranışların dezavantajı, yeterince motive edici değildir. Pek çok narsisistik davranış, hastaların kendilerini üzmekten çok, daha fazla önem verdikleri kişileri üzer. Hastalar, önem verdikleri kişiler ilişkiyi sonlandırma tehdidi gibi zorlayıcı bazı şeyleri yapana dek değişime motive değildirler. Terapist, narsisistik davranışı sürdürmenin uzun süreli olumsuz sonuçlarını vurgulayarak bu probleme yönelir.

Rina, Hak Görme şemasına sahipti. Şımarık bir çocuk olarak, kendisinin özel bir tedaviyi hak ettiğine inanmaktaydı. Başkalarına değil kendisine yakıştırdığı ayrıcalıkları arasında istediği gibi olmayınca öfkelenmek vardır. Öfkesini kontrol etmeyi öğrenmezse nişanını atma ile tehdit eden nişanlısı Mitch yüzünden terapiye başladı. Rina, davranışsal ev ödevlerini yapmada zorluk çekiyordu. Örneğin; o ve terapist, Mitch'e öfkelenmek üzereyken ara verecceklerini kararlaştırırlar, fakat her seferinde bu örnekte kendi istediğinin daha önemli olduğuna karar verir. "Ne istersem isterim" ve "kabullenmek bana göre değil" der. Bu nedenle öfkelenmeye devam eder. Rina, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şemasına sahip

değildi çünkü öz denetim problemi, sadece kendi bildiğini okuyamadığında artıyordu.

Terapist, onun engeli aşmasına yardım eder. Rina, öfkelenmeye devam etmenin avantaj ve dezavantajlarını listeler. Sağlıklı kısım ve hak gören kısım arasında diyalog yürütür. O ve terapist, öfkesini kontrol etmeyi öğrenmenin neden önemli olduğunu hatırlatan bir flaş kart hazırlar: Öfkesinin kontrolünü kaybettiği her an Mitch ile ilişkisini tehlikeye atmaktadır. Mitch, anlık kendini kaybetmekten daha önemlidir. Rina, hayalde ve rol yaparak öfkesini kontrol etmeye çalışır. Aşama aşama öfkesini kontrol etmeyi öğrenir ve Mitch ile ilişkisinde kendini daha uygun bir şekilde ifade eder.

Önemli Yaşam Değişiklikleri Yapma

Hastalar, davranışlarını başarılı bir şekilde değiştirseler bile problematik bir durum üzücü ve yıkıcı olarak kalabilir. Bu tür durumlarda hastalar, okulu ya da mesleği değiştirme, yeni kariyer edinme, yeni bir yere taşınma, aile üyeleri ya da arkadaşlarla bağlantı kesme veya romantik ilişkiyi sonlandırma gibi önemli yaşam değişikliklerinin gerekli olduğuna karar verebilirler. Terapist, hastalara kendileri için doğru olan yolu seçtiklerinde destek verir.

Hastalar, problematik bir durumu bırakmaya niyet ederlerse terapistin bırakma nedenlerinin sağlıklı mı yoksa şema yönelimli mi olduğunu tespit etmesi önemlidir. Şema yönelimli nedenler, genellikle kaçınma ve aşırı telafi biçimleridir. Örneğin; Jim isimli genç erkek bir hasta, finans merkezindeki işini bırakıp sahile taşınmaya karar verir. Bu eylem kendisi için finansal olarak muhtemel olmasına rağmen yansıtma üzerinde bunun Boyun Eğicilik şeması tarafından yönlendirildiğini fark etti. Eylem, hem kaçınma hem de aşırı telafiyi gösterir: Taşınarak Jim, müşteriler ve iş arkadaşlarıyla karşı karşıya gelmekten kaçınacaktır ve yapmak istediğini yaparak şemasını aşırı telafi

edecektir. Jim bunu kabul etmektedir, eğer müşteri ve iş arkadaşlarıyla çatışma yaşamasaydı işinde kalmayı isteyecekti.

Hasta, ani ve etkili görünen yaşam değişikliklerine girer girmez terapist, durumu dikkatli bir şekilde değerlendirmelidir. Psikoterapi literatüründe tanınan "sağlığa kaçış", muhtemelen şemayı aşırı telafi etmedir. Davranışlarını sağlıklı görse bile hastalar, yeterli hazırlık olmadan karakteristik olmayan bir tavırda davranabilirler. Böyle durumlarda terapist, şemadan kaçınma ve aşırı telafiyle empatik olarak yüzleştirme yapar.

Hastanın teklif ettiği değişim, kaçınma ve aşırı telafi etme belirtisi olarak görünmüyorsa bir sonraki adım eylemin alternatif seyrini keşfetmektir. Terapist ve hasta her alternatifin avantaj ve dezavantajını listeler ve sonra en iyi olanı değerlendirir. Terapist, "şemaların olmasaydı ne yapardın?" diye sorar. Bu soru, hastanın doğru süreci tespit etmesine yardım eder. Ayrıca terapist ve hasta değişmemeye karşı değişimin avantaj ve dezavantajlarını tartar. Bazen karar, pragmatik düşünceye dayalıdır. Hastanın finansal olarak değişime gücü yetebilir mi? Hastanın başka, daha iyi bir iş bulması olası mı? Hasta daha tatmin edici bir ilişki bulacak mı? Kişi, değişimi gerçekleştirmek için gerekli kaynakları elde edebilir mi?

Terapist, hastanın önemli yaşam değişikliklerinin zorlukları için hazırlanmasına yardım eder. Bunlar, hayal kırıklığı ve engellenmeye dayanma, önem verilen başkalarının onaylamamasıyla uğraşma ve beklenmeyen problemlerle boğuşma gibi potansiyel zorlukları içerir.

Özet

Tedavinin davranışsal örüntü/kalıp bozma aşamasında hastalar, şema yönelimli davranış örüntüleriyle/kalıplarıyla daha uyumlu örüntüyü yer değiştirmeye girişir. Değişime odaklanan davranış örüntüleri, şema tetiklendiğinde hastanın kullandığı uyumsuz baş etme biçimleridir. Bu uyumsuz baş etme

biçimleri, her Erken Dönem Uyumsuz Şemaların kendi karakteristik baş etme biçimi olsa da genellikle teslim olma, kaçınma ve aşırı telafidir.

Davranışsal örüntüyü bozma, olası değişim hedefleri olarak belirli davranışları tanımlamayla başlar. Terapist ve hasta bunu bir çok yoldan başarır; (1) Değerlendirme Evresinde geliştirdikleri durum kavramsallaştırmayı tanımlama; (2) problematik davranışların detaylı tanımlarını geliştirme; (3) tetikleyici olaylarla ilgili hayal kurma; (4) terapi ilişkisini inceleme; (5) önemli kişilerden bildirimler alma; (6) şema envanterini yeniden gözden geçirme.

Ardından terapist ve hasta, örüntüyü bozmak için davranışlara öncelik tanır. Hastanın önemli yaşam değişikliklerini gerçekleştirmeden önce mevcut yaşam durumu içerisinde davranışlarını değiştirmeye girişmesinin önemli olduğuna inanırız. Geleneksel bilişsel davranışçı terapiden farklı olarak hastalar ele alabildikleri en problematik davranışla başlarlar.

Davranışsal değişim için motivasyon oluşturma amacıyla terapist, hastanın hedef davranışlarını çocukluk kökenlerine bağlamasına yardım eder. Terapist ve hasta davranışı sürdürmenin avantaj ve dezavantajlarını yeniden gözden geçirirler. Temel noktaları özetleyen bir flaş kart geliştirirler. Seanslarda terapist ve hasta hayalde ve rol yaparken sağlıklı davranışları tekrarlar. Davranışsal ev ödevlerini kararlaştırırlar. Hasta ev ödevlerini uygular, terapist ve hasta sonraki seansta sonuçları derinlemesine ele alırlar.

Davranışsal değişime engel olanların üstesinden gelmek için çeşitli önerilerde bulunuruz. Öncelikle terapist ve hasta engel kavramı geliştirirler. Engel genellikle bir moddur. Terapist ve hasta bu moda karşı birleşirler. Hasta engel ve sağlıklı yön arasında diyaloglar yürütür. Terapist ve hasta, hastanın okuması için bir flaş kart oluştururlar. Ev ödevinin değerlendirilmesinden sonra hasta yine de görevine uymuyorsa o zaman terapist tamamlanmayan ev ödevleri için olasılıklar hazırlayabilir.

6

TERAPİ İLİŞKİSİ

Şema terapisti, terapi ilişkisini şema değerlendirmesi ve değişimin hayati unsuru olarak görür. Terapi ilişkisinin iki özelliği, şema terapinin karakteristiğidir: *Empatik yüzleştirmenin* terapötik biçimi ve *sınırlı yeniden ebeveynlik* kullanımı. Empatik yüzleştirme -ya da empatik gerçeklik testi-, aynı zamanda değişim için gerekli yüzleştirme sırasında hastaların şemalarını hazırlayan gerekçelerin anlamını ifade etmelerini içerir. Sınırlı ebeveynlik, terapi ilişkilerinin uygun sınırları içerisinde hastanın ihtiyaç duyduğu, fakat çocukken ailesinden almadıklarını sağlamayı içerir.

Bu bölüm, şema terapideki terapi ilişkisini tanımlar. Terapi ilişkisinin, öncelikle şema ve baş etme biçimlerini değerlendirmede, sonra da bir değişim temsilcisi olmada nasıl yardımcı olacağına odaklanırız.

DEĞERLENDİRME VE EĞİTİM EVRESİNDE TERAPİ İLİŞKİLERİ

Değerlendirme ve Eğitim Evresinde terapi ilişkisi, şemaları değerlendirmek ve hastaları eğitmek için çok güçlü bir araçtır. Terapist dayanışma kurar, vaka kavramlaştırmasını formüle eder, hangi sınırlı ebeveynlik biçiminin hasta için uygun ol-

duğuna karar verir ve terapistin kendi şemalarının, terapiyi engelleme olasılığını belirler.

Terapist Dayanışma Kurar

Psikoterapinin diğer biçimlerinde olduğu gibi terapi ilişkisi, hastayla dayanışma kurmakla başlar. Terapist, Rogers[1] etkili terapinin belirli olmayan faktörleri olarak tanımladığı empati, içtenlik ve samimiyeti somutlaştırmaya çalışır. Amaç, hastanın terapistle duygusal ilişki kurabildiği kabul edilir ve güvenli bir ortam yaratmaktır.

Şema terapistleri, hastalarla ilişkili tavırlarında kopuk ve soğuk olmaktan öte kişiseldirler. Onlar ne mükemmelmiş gibi ne de hastadan sakladıkları bilgilere sahipmiş gibi görünmeye çalışırlar. Doğal kişiliklerinin ortaya çıkmasına izin verirler. Bunun hasta üzerinde pozitif bir etki getireceğine inandıklarında duygusal tepkilerini paylaşırlar. Hastaya yardım edecekse kendilerini ifşa ederler. Nesnellik ve samimiyet tutumunu hedeflerler.

Şema terapistleri, kendileri ve tedaviyle ilgili olarak hastalardan geri bildirim isterler. Hastaları terapiyle ilgili olumsuz duygularını ifade etmeye teşvik ederler böylelikle bu duygular mesafe ve direnç oluşturmazlar. Olumsuz yorumlara tepki vermekteki amaç, savunmacı olmaksızın dinlemek ve hastanın bakış açısından durumu anlamaktır. (Kuşkusuz terapist, sınırları belirlemeden -kişisel saldırıda bulunarak ya da bağırarak- hastanın kötüleyici olmasına izin vermez.) Hastanın negatif geri bildirimi, şema yönelimli çarpıtma olması durumunda terapist, empatik yüzleştirme aracılığıyla hastanın şemayı tespit etmesine ve onunla savaşmasına yardım ederken gerçeğin özünü kabul etmesine çalışır. Hastanın negatif geri bildirimi doğru olduğunda terapist, hataları kabul eder ve özür diler.

Şema terapi, sağlıklı olanı arayan ve destekleyen bir yaklaşımdır. Temel model, hastayı yetkilendirme modelidir. Terapist, şemalara karşı hastanın sağlıklı yön ile ittifakını biçimlendirir. Tedavinin nihai amacı, hastanın Sağlıklı Erişkin modunu güçlendirmektir.

Terapist Vaka Kavramsallaştırmasını Formüle Eder

Terapi ilişkisi, hastanın (ve terapistin) şema ve baş etme biçimlerini aydınlatır. Hastanın şemalarından biri terapi ilişkisinde tetiklendiğinde terapist, hastanın şemasını tespit etmesine yardım eder. Terapist ve hasta meydana geleni -terapistin hangi eylemleri, hastanın hangi düşünceleri, hisleri ve yaptıkları şemayı tetiklemiştir- inceler. Hastanın baş etme tepkileri nedir? Teslim olma, baş etme ve aşırı telafi biçimlerinden biri midir? Terapist, hastayı çocukluktaki duruma ve mevcut yaşam problemlerine bağlamasına yardım etmek için hayal kurmayı kullanır -böylelikle hasta, gösterdiği şemanın çocuklukta olduğunu fark eder.

Terapi ilişkisi, hastanın Erken Dönem Uyumsuz Şemalarından birini tetiklediğinde o zaman durum, Freud'un aktarım (transferans) kavramına benzer: Hasta terapiste, terapist ailenin geçmişinden gelen önemli bir figür genellikle de ebeveynmiş gibi tepki verir. Bununla birlikte şema terapide terapist, hastanın "aktarım nevrozunun"[2] üzerinde üstü kapalı bir şeklide durmak yerine hastanın şemalarını ve baş etme biçimlerini açık bir şekilde ve doğrudan ele alır.

Vaka Örneği

Daha önceki bölümlerde bahsettiğimiz Daniel ile Dr. Young'ın yürüttüğü görüşmeden alınan bir pasajı sunuyoruz. Terapiye başladığında Daniel, Leon isimli başka bir terapistle yaklaşık 9 aydır şema terapi görmekteydi. Daniel'in Güvensizlik/Suistimal Edilme, Kusurluluk ve Boyun Eğicilik şemaları zaten tespit edilmişti. Genellikle baş etme biçimi olarak şemadan kaçınmayı kullanmaktaydı.

Seans sırasında terapist, Daniel'i çok sayıda hayal kurma çalışmasına götürür. Görüşmenin son yirmi dakikasında Dr. Young, Daniel'e Leon ile terapötik ilişkisini sorar. Ardından

Dr. Young, Daniel'in şemalarının mevcut görüşme sırasında tetiklenip tetiklenmediğini inceler. Terapist, Daniel'e Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasını sorarak başlar.

DR. YOUNG: Terapistin Leon ile ilk çalışmaya başladığında ona yönelik bir güvensizlik hissettin mi?

DANİEL: Her zaman Leon tarafından kabul edilmiş ve güvenli hissettim. Kaçınmamdan beni uzaklaştırmaya zorladığı zaman sinirlendim. Çünkü terapide bu şeylerin bazıları hakkında konuşmaktan kaçınıyorum. Bu nedenle beni tekrar hizaya sokmaya çalışır ve bazen bu beni sıkar, fakat başka şeylerden konuşurken zamanımın boşa geçtiğini biliyorum. Bana elimizdeki işi yaptırmaya çalışır.

Ardından terapist, Daniel'in Boyun Eğicilik şeması hakkında soru sorar.

DR. YOUNG: Leon tarafından zorlanma, denetlenmeye çalışılma gibi kontrol edildiğini hiç hissettin mi?

DANİEL: Evet.

DR. YOUNG: (Young Şema Ölçeğini işaret ederek) Çünkü buradaki şemalardan biri Boyun Eğicilik...

DANIEL: Evet.

Dr. Young, Daniel ile kendi ilişkisi üzerinden gider. Daniel'in görüşme sırasında şemalarının tetiklenip tetiklenmediğini araştırır. Boyun Eğicilik hakkında soru sorarak başlar.

DR. YOUNG: Burada, seni hiç kontrol altına almaya çalıştığımı hissettin mi?

DANİEL: Hayır.

DR. YOUNG: Seni sinirlendirecek ya da kızdıracak hiçbir şey yok...

DANİEL: Peki, hayal kurmaya *zorladığında*, bu normalden daha ılımlı ilerliyor gibi görünse bile karşı koydum çünkü ne yapacağımı bana söylüyormuşsun gibi biraz kendimi kontrol altında hissettim.

DR. YOUNG: Anlıyorum. Bana sinirlendin mi ya da öfke duydun mu?

DANIEL: Sinirlendim.

DR. YOUNG: Bunu nasıl engelledin? Nasıl devam ettin? Aldırmadın mı? ya da...

DANİEL: Hmm, doğal bir akışı varmış gibi görünüyor, yani anlık bir kızgınlık duygusu olsa bile akıyor gibi görünüyordu.

DR. YOUNG: Yani yapabileceğini görür görmez direnç gitmişti.

DANIEL: Evet

DR. YOUNG: Başta bir direnç vardı...

DANİEL: Hatta imgeleri yakalama yeteneğime olan inanç eksikliği.

DR. YOUNG: Böylece iki şey var. Biri, yapabileceğine dair güvensizlik duygusu, diğeri seni kontrol ettiğim duygusu.

DANİEL: Evet.

Terapist, seans sırasında Daniel'e Boyun Eğicilik ve Kusurluluk şemalarının tetiklendiği diğer zamanlarla ilgili soru sorar.

DR. YOUNG: Seans sırasında seni kontrol ettiğimi hissettiğin ya da senin bunu yeterince iyi yapıp yapmayacağını merak ettiğin başka zamanlar var mı?

DANİEL: Sosyal ortamda hayalleri düşündürtmeye ve ilgili duyguların bazılarını hissettirmeye çalıştığın zamanlarda. Benim için canlandırmak, kelimelere dökmek çok zor.

DR. YOUNG: Ve sen kendini güvensiz ya da kontrol altında hissediyorsun ya da ikisi birden?

DANIEL: Hmm, biraz her ikisi de.

DR. YOUNG: O anda sen öfkeli kısmını ifade edebilseydin ne söylerdi? Öfkeli kısım olabilir misin ki böylece ne söylediğini duyabilirim.

DANİEL: (*"Öfkeli kısım" olarak, hor görerek konuşur*) "Burada oynadığımız bu aptal küçük oyuna zorlanmaktan hoşlanmıyorum."

DR. YOUNG: Peki diğer kısım ne söylerdi, sağlıklı kısım?

DANİEL: Hmm, şunu diyecektir (*sağlıklı kısım olarak*) "Bu önemli bir şey, bir kişi olarak korkularınla yüzleşmek ve hoş olmayan şeylerle yüzleşmek senin gelişimin için önemlidir. Böylelikle onların üstesinden gelebilirsin."

DR. YOUNG: Peki, buna karşılık olarak şema yönün ne der?

DANİEL: (*Şema yönü olarak, soğuk bir şekilde konuşur*) "Bu, palavranın ta kendisidir, çünkü hiçbir şekilde işe yaramaz. Açık bir şekilde şimdiye dek çok başarılı olamadın ve bundan sonra daha başarılı olacağını kim söyleyebilir? Ve dahası o kim oluyor da sana neye ya da ne yapmaya ihtiyacın olduğunu söylecek?"

Terapist, Daniel'in Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasının Kusurluluk ve Boyun Eğicilik şemalarıyla birlikte seans sırasında faaliyet gösterdiğini açıklar.

DR. YOUNG: Ayrıca, söylediğin biçimde "aptal küçük oyun", doğru duyduysam seni yönlendirdiğim duygusu mevcut. Bunda yönlendirilmiş olma duygusunun bir etkisi var mıydı?

DANİEL: Evet.

DR. YOUNG: Sanki bir *oyun* gibi. Hangi oyun olurdu? Birkaç saniye için senin kuşkulu kısmın ol...

DANİEL: Oyun, yapay bir şekilde yaratılmış sosyal sahne ki gerçek değildir.

DR. YOUNG: Senden ziyade benim yararıma gibi miydi yoksa bir şekilde seni incitti mi?

DANIEL: Beni ortaya çıkarmak için.

DR. YOUNG: Seni açığa çıkarmak için?

DANİEL: Evet.

DR. YOUNG: Yardım etmeyecek bir biçimde?

DANİEL: Evet. Beni açığa çıkararak beni incitecek biçimde.

DR. YOUNG: Neredeyse seni küçük düşürür gibi.

DANİEL: Evet

Terapist, Daniel'in seans sırasında hissettiklerini onun hayatındaki diğer çatışmalarla ilişkilendirir.

DR. YOUNG: O halde hemen hemen anlık bir duyguydu. Bir kaç hayal kurma çalışması yapmanı istediğimde bu geçici bir his olmasına rağmen seni küçük düşürmeye ve seni açığa çıkmaya çalışıyor olabilirdim.

DANİEL: Evet.

DR. YOUNG: O zaman buna engel olabilirdin ve "bu kendim için iyi değil" diyebilirdin ama senin yine de o parçan mevcut...

DANİEL: Evet.

DR. YOUNG: Bu, kadınlarla ya da insanlarla karşılaştığında her gün uğraşmak zorunda kaldığın şeydir, bu senin şema tarafın, birkaç saniye içerisinde bile şüphe, güvesizlik ya da kontrol edilme duyguları yaşarsın ve sen her zaman buna nasıl tepki vereceğine emin değilsin.

DANİEL: Evet.

Bu pasaj, terapistin hastayı şemalarla ilgili eğitmek için terapi ilişkisini nasıl kullanabildiğinin iyi bir örneğini oluşturur. İlaveten Dr. Young hastaya şemalarının terapi ilişkisinde tetiklenip tetiklenmediğini özellikle sormuştur. Hasta, terapist tarafından doğrudan sorulmayan konuyu ileri sürmeyecektir.

Her şema için tipik seans davranışları vardır. Örneğin, Hak Görme şeması olan hastalar, ekstra zaman ya da randevuların planlanmasına özel önem isterler; Kendini Feda şeması olan hastalar, terapistin dikkatini çekmeye çabalayabilirler; Yüksek Standartlar şeması olan hastalar, küçük yanlışlıklar için terapisti eleştirebilirler. Hastanın terapistle olan davranışı, hastanın önem verdiği kişilerle olan davranışlarıyla ilgili hipotezler sunar. Hastanın terapistle gösterdiği benzer şema ve baş etme biçimleri, muhtemelen terapi dışındaki diğer ilişkilerde de meydana gelir.

Terapist Hastanın Yeniden Ebeveynlik İhtiyaçlarını Değerlendirir

Terapistin Değerlendirme ve Eğitim evresinde karşılaştığı diğer görev, hastanın yeniden ebeveynlik ihtiyacını değerlendirmektir. Tedavi boyunca terapist, hastanın şemalarına kısmi bir antidot olarak terapi ilişkisini kullanacaktır. Bu "sınırlı ebeveynlik", özellikle hastanın Erken Dönem Uyumsuz Şemalarına karşılık vermek için tasarlanmış "düzeltici duygusal deneyim" sağlar.[3]

Terapist, hastanın yeniden ebeveynlik ihtiyaçlarını belirlemek için çeşitli kaynaklar kullanır: Çocukluk geçmişi, bireyler arası zorlukların bildirimi ve hayal kurma egzersizleri. Bazen en zengin bilgi kaynağı, hastanın terapi ilişkisindeki davranışıdır. Hastanın şemaları ve baş etme biçimlerini açıklayan her ne ise, hastanın yeniden ebeveynlik ihtiyacı ile ilgili ipuçlarını temin eder.

Vaka Örneği

Jasmine, terapiste "bağımlı" olmaktan sakınarak terapiye başlayan genç bir kadındır. Terapistine üniversiteye başladığını söyler ve rehberlik için ebeveynini ya da başkasını bel bağlamadan karar vermeye alıştırılmıştır. Bunu değiştirmek istemez. Terapinin ilk haftalarında, yardım istediğinde onu utandıran duygusal olarak mesafeli ebeveynleriyle geçirdiği çocukluğun bir sonucu olarak Jasmine'in çekirdek şemasının Duygusal Yoksunluk olduğu ortaya çıkmıştır. "Onlar problemlerimi kendim halletmemi beklediler" dedi. Rehberlik Jasmine'nin terapistten duyduğu asıl ihtiyaçtır -bu giderilmemiş duygusal ihtiyaçlardan biridir. Jasmine için sınırlı ebeveynlik, bir çocuk olarak ebeveynlerinden asla almadığı rehberliğin bir kısmını vermeyi içerir. Duygusal Yoksunluk şemasının farkına varmak, onun yeniden ebeveynliğin hangi biçimlerine ihtiyaç duyduğunu terapistin anlamasına yardım eder. (Böyle davranmanın utanç verici olduğunu öğrendiğinden Jasmine'in yardım ve ilgiyi kabul etmesine yardım etmek yeniden ebeveynliğine bir engel olacaktır.)

Jasmine'nin terapisti onun sözüne inanıp problemini engellenen bağımsızlık olarak görmüştü. Terapist, onun ihtiyaç duyduğu rehberliği vermekten kaçınabilirdi. Jasmine, çok bağımlı değildi. Aksine o, yeteri kadar bağımlı olmasına asla müsaade etmemişti. Duygusal olarak her zaman yalnız kalmıştı. Onun çekirdek Erken Dönem Uyumsuz Şemasına uygun yeniden ebeveynlik yaparak terapist, bağımlılık ihtiyacının normal olduğunu ve özerklik kurmanın aşama aşama bir süreç olduğunu fark etmesine yardım edecektir.

Şema Terapideki İdeal Terapist Nitelikleri

Esneklik, ideal şema terapistinin en önemli niteliğidir. Gereken sınırlı ebeveynlik tipi, her hastanın özgün çocukluk geçmişine bağlı olduğundan terapist, birey olarak hastanın duygusal ihtiyaçlarına uygun biçimler düzenlemelidir. Örneğin; hastanın şemalarına dayalı olarak terapist, güven oluşturma, istikrar sağlama, duygusal ilgi gösterme, bağımsızlığa teşvik etme ya da bağışlama gösterme üzerine odaklanmak zorundadır. Terapist, hastanın çekirdek Erken Dönem Uyumsuz Şemasına kısmi bir antidot olacak olan her neyse terapi ilişkilerinde sağlayabilmek zorundadır.

İyi bir ebeveyn gibi şema terapisti, Bölüm 1'de tanımlanan hastanın temel duygusal ihtiyaçlarını -terapi ilişkisi sınırları içersinde- kısmen giderebilir: (1) Güvenli bağlanma; (2) özerklik ve yeterlilik; (3) ihtiyaçların ve duyguların ifade özgürlüğü; (4) kendiliğindenlik ve rol yapma ve (5) akılcı sınırlar. Amaç, hastanın Sağlıklı Erişkin modunu içselleştirmesi, terapisti model aldıktan sonra şemalarla savaşıp sağlıklı davranışı canlandırabilmesidir.

Vaka Örneği

Lily, 52 yaşındaydı ve çocukları büyüyüp evden ayrılmıştı. Onun Duygusal Yoksunluk şeması vardı. Bir çocuk olarak

kimseyle duygusal bir bağ kurmamıştı. Başkalarıyla etkileşime girmek yerine keman çalıp ders çalışmayı tercih ederek gittikçe geri çekilen biri olmuştu. Birkaç arkadaşı vardı ve onlarla çok yakın değildi. Lily'nin kocası Joseph ile 30 yıllık evliliği vardı. Evliliğine ilgisini kaybetmişti ve zamanının çoğunu kitaplarla ve müzikle evde izole bir şekilde geçiriyordu. Değerlendirme Evresinde Lilly ve terapisti, çekirdek şemanın Duygusal Yoksunluk ve temel baş etme biçiminin kaçınma olduğu konusunda hemfikirdirler.

Haftalar geçtikçe Lily, erkek terapist için cinsel duygular beslemeye başladı. Yaşamının duygusal olarak ne kadar boş olduğunun farkındaydı. Artık yalnız kitap okumak ve müzik dinlemekten tatmin olmuyordu, daha fazla şey istemeye başladı. İhtiyaçlarını fark edip utandığında terapistten psikolojik olarak geri çekilerek baş etmeye çalıştı. Terapist, onun geri çekilmesini fark etti. Duygusal Yoksunluk şemasının terapi ilişkisinde tetiklendiği ve onun şemadan kaçınarak tepki verdiği teorisini oluşturdu. Çekirdek şemasının ve temel baş etme biçiminin bilinmesi, terapist için bir anlama yolunu ortaya çıkarır.

Terapist, Lily'nin geri çekilmesine dikkat çeker ve bunu keşfetmesini sağlar. Lily, cinsel duygular hakkında konuşamamasına rağmen terapiste ilgi duyduğunu ve bunun kendisini oldukça rahatsız hissettirdiğini söyleyebildi. Çoktan beri hiç kimseyle gerçekten ilgilenmemişti. Terapist, Lily'den gözlerini kapatmasını ve rahatsızlık duygularını geçmişteki benzer duygular hissettiği anlara bağlamasını ister. O, evliliğinin ilk günlerinde kocasına olan ve sonra bir çocukken babasına olan duygularına bağlar. Okuldan eve yürüdüğünü, küçük bir çocuğun babasının kollarına koştuğunu ve uzaktaki babasıyla aynı şeyi yapmaya özlem duyduğunu hatırlar. Anısında Lily, eve geldiğinde odasına gider ve günün geri kalanını keman çalışarak geçirir.

Terapist, Lily'nin terapi ilişkisine bakışında şema yönelimli çarpıtmayı görmesini sağlar. Babasından farklı olarak terapist, onun ilgi duygularını (terapi ilişkisinin uygun sınırları içerisinde ifade edildiklerinde) hoş karşılar. Terapi ilişkisinde ilgi duymasına ve önemseme istemesine izin verilir. Terapist bunun için onu reddedemeyecektir. Onun duyguları hakkında doğrudan konuşmasına izin verilir, geri çekilmek zorunda değildir. Bu tür bir iletişimin babasıyla kurulması mümkün olmamasına rağmen terapistle ve dolaylı olarak dünyadaki başka insanlarla kurulması olasıdır. (Hastaları ayrıca terapiste yönelik cinsel duygularını dile getirmeleri için teşvik ederiz, bunun yanı sıra reddedici olmayan biçimde nazikçe terapistle bu duygulara hareket etmenin olası olmadığını belirtiriz. Hastaların, er geç yaşamlarında aynı tepkiyi verecek konumdaki biriyle aynı duyguları paylaşabileceğini vurgularız.)

Hasta seans sırasında aşırı telafi yansıtan davranışlarla meşgulken, şema terapisti, empatik yüzleştirme kullanarak nesnel ve uygun bir şekilde tepki verir. Terapist, bu şekilde davranan hasta için gerekçelerin anlamını açıklar, fakat hastanın dışarıdaki yaşamında ve terapi ilişkisindeki davranışının sonuçlarına dikkat çeker. Aşağıdaki örnek bu süreci betimler.

Vaka Örneği

Jeffrey, 41 yaşındadır. Ondan ayrılan 10 yıllık kız arkadaşı Josie yüzünden terapiye başlar. Bu defa onun geri dönmeyeceğinin farkındadır. İlişkileri boyunca Jeffrey, Josie'yi defalarca aldatmıştı. Josie, ondan ayrılmıştı, Jeffrey onu affetmesi için ona yalvardı ve düzeleceğinin sözünü verdi. Fakat ona geri dönmedi. Artık değil. O nedenle Jeffrey, major depresyona girdi.

Jeffrey, Bölüm 10'da çok daha fazla detaylı ele alacağımız kişilik tipi olan narsisistik kişilik bozukluğuna sahipti. Çekirdek şeması, Kusurluluk ve birincil baş etme biçimi aşırı telafidir. Kadınlarla ilişkilerinde Jeffrey, cinsellik üzerinden onları kazanarak kusurluluk duygularını aşırı telafi eder. Josie'yi

elinden geldiği kadar sevmesine rağmen onu aldatmayı bırakamadı (narsisistik memnuniyetin temel kaynağı).

Terapist incinebilirlik duygularını ne zaman uyandırsa Jeffrey, öfkelenerek terapi ilişkisinde aşırı telafi gösterir. Kusurluluk şeması yüzünden terapiste karşı incinebilir olmaktan rahatsızdı: İncinebilir olması onun utancına ve buna maruz kalmasına neden olur. Bir seansta Jeffrey, kendisiyle ilgili bir çocukluk olayını ve duygusal olarak reddedici annesini anlatır (halen Jeffrey'den ayrı). Terapist, Jeffrey'in bir çocuk olarak annesine öfke duysa bile bu olay temelinde onun annesini seviyor gibi göründüğünü düşünür. Jeffrey terapiste sert çıkar, ona "anasının kuzusu" der. Ciddi bir şekilde terapist ileriye atılır ve Jeffrey'e neden bu şekilde çıkıştığını sorar. Bunun altında ne hissediyordu? Jeffrey, altında herhangi bir şey hissettiğini inkar ettiğinde terapist, Jeffrey'nin savunmasızlık/incinebilirlik hissediyor olabileceğini öne sürer. "Anlıyorum" dedi terapist, "Bir çocuk olarak anneni seviyorsun. Bir çocuk olarak ben de annemi seviyorum. Çocukların annelerini sevmesi doğal. Bu, zayıflığın ya da yetersizliğin işareti değil." Terapist, Jeffrey'in anne sevgisi yüzünden terapist de dahil herhangi birinden daha aşağı hissetmek zorunda olmadığını bildirir. Ardından terapist, Jeffrey'in terapiste sert çıkış gibi aşırı telafisinin terapistin ihtiyaçların anlamını ona vermek yerine Jeffrey'den uzaklaşmak istemesini sağlayacak etkiye sahip olduğunu iletir.

Şema terapisti ayrıca hastanın -panik, öfke ve acı içeren- güçlü duygulanımına müsaade eder ve kontrol altında tutar ve uygun bir onaylama sağlar. Onlar hastanın gerçekçi beklentileridir. Kendi davranışları ve hastanın davranışları üzerinde sınır koyarlar. Terapötik krizleri uygun bir şekilde idare ederler. Kendileri ve hasta arasındaki ne uzak ne yakın, en uygun sınırı sürdürler.

Terapistin değerlendirme evresindeki diğer görevi, kendi şemaları ve baş etme biçimlerinin terapötik ilişkiye zarar verme potansiyeline sahip olup olmadığını belirlemektir.

Terapistin Kendi Şemaları ve Baş Etme Biçimleri

Ted, ilk terapi seansına bir broker olarak çalıştığı finans merkezindeki kariyeri için yardım almak istediğini söyleyerek başlar. Başarılı olmak için gerekli olduğuna inandığı odaklanma ve disiplini geliştirmek ister. Ted arkadaşçadır ve konuşkandır. Hayatı ile ilgili komik hikayeler anlatmaktadır. Terapiste iltifat eder, terapist onun soyadını iki defa yanlış söylediğinde bile şikayet etmez. Terapist her şeyin "çok aşırı" olduğunu düşünür: Ted çok arkadaşçadır, çok konuşkandır, çok iltifat eder. (Bu "çok aşırı olma" duygusu genelde şemanın aşırı telafi edilme işaretidir.) Arkadaşça bir kişiden beklendiği gibi Ted'e yakınlık ve sıcaklık hissetmek yerine terapist şaşırmaktadır. Terapist, Ted'in cana yakın tarzının altında Erken Dönem Uyumsuz Şema olduğu hipotezini kurar. Haftalar ilerledikçe terapistin hipotezinin doğru olduğu açık hale gelir. Ted'in cana yakınlığının altında güvensiz ve yalnız hissetmesi yatar. Sosyal İzolasyon şemasına sahiptir ve bunun aşırı telafisi "aşırı cana yakınlıktır".

Terapistin hastaya reaksiyonları, hastanın şemalarını değerlendirmesinde, terapiste değerli bir kaynak olabilir. Bununla birlikte terapist, kendi şemalarının tetiklenmesinden kaynaklı, hasta hakkındaki geçerli sezgilerini fark edebilmelidir. Terapinin başlangıcında terapistlerin hastalara ilişkin şemalarını fark etmeleri önemlidir. Kendi şemalarını ve baş etme biçimlerini bilmek terapistin yanlışlardan kaçınmasına yardım edebilir. Terapistler, hastalarla ilgili temel soruları kendilerine sorabilirler. Terapist, hastayı gerçekten önemser mi? Değilse neden değil? Hasta ile çalışmak, terapistin şemalarından herhangi birini tetikler mi? Hangisini? Terapist bununla nasıl baş eder? Terapist hastaya potansiyel olarak zarar verici bir şey yapar mı? Terapist hastayla hayal kurma çalışması yapmakla ilgili

nasıl hissedecektir? Terapist, hastanın panik, öfke, acı gibi ham duygularının üstesinden gelmesiyle ilgili nasıl hissedecektir? Terapist, ortaya çıktıklarında hastanın şemalarıyla empatik olarak yüzleşebilir mi? Terapist hastanın ihtiyaçlarına bir tür sınırlı ebeveynlik sağlayabilir mi?

Aşağıdaki sayfalarda terapi ilişkileri üzerine olumsuz etkisi olan terapist şemalarından çeşitli senaryo örnekleri vermekteyiz. Her örnek bir ya da birden fazla vaka örneğiyle desteklenmiştir.

1. *Hastanın şemaları, terapistin şemalarıyla çarpışır.* Hastanın şemalarının kendi kendini yenileyebilen bir döngüde birbirlerini tetikleyecek bir biçimde terapist şemalarıyla çarpışabilmesi bir risktir. Burada terapist ve hasta arasında çarpışan bazı şema örnekleri vardır.

Vaka Örneği

Maddie, çekirdek Duygusal Yoksunluk şemasına sahiptir. Şemasıyla aşırı talepkar olarak baş etmektedir; yani Hak Görme şeması nedeniyle aşırı telafi göstermektedir.

Maddie, Boyun Eğicilik şeması olan bir erkek terapistle terapiye başlar. Maddie, bir çok açıdan talepkar bir hastadır. Seans arasında sık sık telefonla görüşür, randevu zamanını değiştirir, özel tedavi için başka isteklerde bulunur. Terapist, talepleri kabul eder, Boyun Eğicilik şeması, sınır koymaya engel olur. İçten içe filizlenen kızgınlık duygusu hisseder. Maddie ile seanslarda (şemadan kaçınma baş etme biçimini kullanarak) mesafeli ve çekingen davranır. Bu, ayrıca Maddie'nin Duygusal Yoksunluk şemasını tetikler ve daha da fazla talepkar olur. Terapötik ittifakı yıkma potansiyeliyle şemaların karşılıklı tetiklenmesinde terapistin Boyun Eğicilik şeması tekrar aktive olur ve böyle devam eder.

Eğer terapist, Maddie ile seanslarda Boyun Eğicilik şemasının tetiklendiğini ve terapötik olarak ona tepki vermesinin engellendiğini fark ederse o zaman problemi düzeltmek için

çalışabilir. Uygun sınırlar koyabilir ve kaçınmacı uyumsuz baş etme tepkisini empatik yüzleştirmeye dönüştürebilir. Maddie'ye bunun altında tıpkı çocukluğundaki gibi terapistiyle ilişkisinde de duygusal yoksunluk hissi olduğunu söyleyebilir. Bununla birlikte duygularını ifade etmenin yolu, istediklerinden olumsuz bir etki almasıdır. Bu, terapistin, ihtiyaç duyduğu ilgiyi Maddie'ye vermesini çok zor bir hale getirmektedir.

Vaka Örneği

Yaşlı erkek bir hasta olan Kenneth, Yüksek Standartlar/Acımasızlık şemasına sahiptir ve kendinden daha genç olan kadın terapisti (tenkitçi babasıyla geçen çocukluğunun sonucunda) Kusurluluk şemasına sahiptir. Terapist küçük bir hata yaptığında Kenneth onu aşağılamaktadır. Sert bir şekilde "Gerçekten senin hakkında hayal kırıklığına uğradım" der, Kusurluluk şemasını tetikler ve onu utandırır.

Terapistin baş etme biçimine bağlı olarak, o andaki performansı bir terapist olarak, şemaya teslim olma, şemadan kaçınma ve şemayı aşırı telafiden dolayı zayıflar. O, kendini kötüler (teslim olma), konuyu değiştirerek sorundan uzaklaşır (kaçınma) ya da savunmacı ve suçlayıcı olur (aşırı telafi). Bu "kusurlu" davranışların herhangi birinden söz edilmesi ayrıca Kenneth'in Yüksek Standartlar şemasını tetikler, onu daha fazla küçük düşürmesi için proveke eder vb. Sonunda terapistin beceriksiz olduğuna inanan Kenneth terapiyi bırakır.

Vaka Örneği

Genç bir kadın hasta Alana, daha yaşlı bir kadın terapistle terapiye başlar. Alana, cinsel tacizci amcasıyla bağlantısının sonucu olarak çocukluğunda başlayan Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahiptir. Temel baş etme biçimi şemaya teslim olmadır: Başkalarının yanında sürekli bir kurban rolü üstlenir. Terapisti de Boyun Eğicilik şemasına sahiptir. Bir terapist olarak temel baş etme biçimi aşırı telafidir. O, evlilik ya da aile kö-

keni gibi yaşamın diğer alanlarında altta yatan aşırı derecede kontrol edilme duygularıyla baş etmek için hastalara hükmeder.

Terapi süreci boyunca Alana, gittikçe pasif bir rol üstlenir ve terapist gittikçe ona hakim olmaya başlar. Terapist, Alana'yı kontrol etmekten memnundur ve nasıl direnç göstereceğini asla öğrenemeyen Alana terapistin her talebine boyun eğer. Terapist, habersizce Alana'yı kendi boyun eğicilik duygularını azaltmak için kullanır sonunda Alana'nın Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasını pekiştirir.

Pek çok farklı şema çarpışması, terapi ilişkisinde ortaya çıkar. Hasta Bağımlılık şeması, terapist de Kendini Feda şeması edinebilir. Terapist, hastanın bağımlılığını devam ettirecek pek çok şeyi hasta için yapar. Alternatif olarak hasta Başarısızlık şeması, terapist Yüksek Standartlar şeması edinebilir. Terapist, gerçekçi olmayan bir şekilde hastanın başarabileceği beklentisine sahiptir, nazikçe tez canlılık gösterir ve hastanın başarısızlık duygusunu doğrular. Ya da hasta altta yatan Olumsuzluk/Karamsarlık şemasını aşırı telafi için obsesif ve kontrolcü bir baş etme biçimi benimseyebilirken terapist, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şeması edinir. Terapist, hastanın endişelenmesine neden olacak kadar düzensiz ve dürtüsel görünür. Hasta sonunda daha morali bozuk ve üzgün olarak terapiden ayrılır.

2. *Hastanın ihtiyaçları ile terapistin şemaları ve baş etme biçimleri arasında bir uyumsuzluk oluşması.* Hasta, terapistin gideremediği ihtiyaçlara sahip olabilir. Terapistin kendi şemaları ya da baş etme biçimleri nedeniyle terapist, hastaya doğru türde yeniden ebeveynlik veremeyebilir. (Genelde terapist, hastadaki şemayı oluşturan ebeveyne benzer.) Burada çeşitli örnekler verilmiştir.

Vaka Örneği

Neil, depresyon ve evlilik problemleri nedeniyle terapiye başlar. Hemen belli olmamasına rağmen Neil'in çekirdek şe-

ması, ihmalkâr, kendini-kuşatan ebeveynleriyle yaşadığı çocukluğuna ve kendini-kuşatan bir kadınla evliliğine dayalı Duygusal Yoksunluktur. Neil'in duygusal yoksunluğu, onu depresyonda tutmaktadır. Sınırlı yeniden ebeveynlik açısından Neil, terapistinden ilgi ve empati görmeye ihtiyaç duyar.

Ne yazık ki terapist, Duygusal Ketlenme şemasına sahiptir ve duygusal sıcaklık sağlayamaz. Terapi sürecindeki Neil, terapist tarafından duygusal olarak yoksun bırakılmıştır ve daha da bunalıma girer.

Vaka Örneği

Edward, Bağımlılık/Yetersizlik şemasına sahiptir. 6 yıl önce liseden mezun olduktan sonra üniversiteye gitmek yerine Edward, başarılı bir tekstil şirketinin sahibi olan otoriter babası için çalışmaya başladı. Tüm iş kararlarını babası alıyordu ve Edward'ın onun için çalışmaya gelmesinden önce yapmış olduğu gibi Edward'ın kişisel yaşamında çok fazla etkili olmaya çalışıyordu.

Edward, kronik yüksek anksiyetesine yardım etmesi için terapiye başlar. Verdiği küçük kararlar bile kendisine azap verir. Bir karar vermek zorunda kaldığında anksiyeteyle donuklaşır ve babasına danışarak anksiyetesini azaltmayı seçer.

Yeniden ebeveynlik açısından Edward, özerklik düzeyinin gittikçe artmasını destekleyecek bir terapiste ihtiyaç duyar. Bununla birlikte Edward'ın terapisti, Yapışıklık şemasına sahiptir ve aşırı ilgi göstermektedir. Edward, sadece terapiste bağlı olmak için babasının telkinlerinden dolayı, kendisinden vazgeçme sonucuna varır.

Vaka Örneği

Max'ın Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şeması vardır. Şeması, bir gazeteci olarak kariyerini durdurduğu için terapiye başlar. Genelde zamana karşı bir sorumluluğu olmadığından hikayesini tamamlama sorunu yaşıyordu. Onunla empatik

olarak yüzleşecek ve düzenleme sağlayacak bir terapiste ihtiyaç duymaktadır.

Max terapiye, sert babasıyla geçen çocukluğuna bağlı olarak erkeklerle ilgili Boyun Eğicilik şemasına sahip olan kadın bir terapistle başladı. Bir çocuk olarak bazı şeyleri kötü yaptığında babası ona kontrolsüz bir öfkeyle saldırıyordu. Terapist tıpkı babası gibi, kaçınma baş etme biçimini Max'a atfeder. Max, ev ödevlerinin sonunu getirmede başarısız olduğunda ya da zorlu seans materyalinden kayıp uzaklaştığında sessiz kalır. Çatışmadan kaçınmak için onunla yüzleşemez ve sınırlar koyamaz. İhtiyaç duyduğu düzeni veremez ve böylelikle şemalarını iyileştirmek yerine onları devam ettirir.

3. *Hastanın ve terapistin şemaları üst üste bindiğinde aşırı özdeşimin meydana gelmesi.* Hasta ve terapist aynı şemaya sahiplerse terapist, hastayla aşırı özdeşim kurabilir ve nesnelliğini kaybeder. Terapist hasta ile şemanın güçlenmesine göz yumar.

Vaka Örneği

Hem hasta Richie ve hem de onun kadın terapisti Terk Edilme şemasına sahiptir. O beş yaşındayken Richie'nin ebeveynleri boşandı. Babasıyla kaldı ve annesi hayatında uzaktaki bir figür oldu. Kız arkadaşı ondan ayrıldıktan sonra terapiye başladı. Major depresyonda ve panik ataklar yaşamaktadır.

Terapist, 12 yaşındayken bir otomobil kazasında annesini kaybeder. Richie annesinin kaybı ile ilgili konuşmaya başladığında terapist, üzüntüyle dolar. Richie, kız arkadaşıyla ilişkilerinin sonunda yas tutarken terapist, onun acısı tarafından yenilmiş hisseder. Onun yaşamıyla çok ilgilidir ve uygun sınırlamalar oluşturamaz. Onun baş edemediğini hissettiği herhangi bir zaman, gündüz ya da gece, aramasını söyler ve her hafta onunla telefonda konuşarak saatlerini harcar. Major terk edilme örneklerinde olduğu gibi arkadaşlarından minör ayrılıklarını yorumlarken gerçeklik testini teşvik etmek yerine

onunla anlaşarak, bilişsel çarpıtmaları fark etmesini yavaşlatır. Değişmesine yardım etmek yerine uyumsuz baş etme tepkilerini destekler.

Kendini Feda, terapistler arasında belki de en yaygın şemadır. Bu şemayı paylaşan hastalarla çalışırken terapistler, hastaların şemalarına göz yummamak için dikkat etmek zorundadırlar. Bu terapistler, ne çok fazla vermek ne de kendini feda eden hastalardan çok fazla almak anlamına gelen uygun "uzlaşma" düzeylerini yaratmak için bilinçli çaba göstermek zorundadır. Yüksek Standartlar, terapistler arasında diğer yaygın bir şemadır. Şemayı paylaşan hastalar tedavi edilirken terapistler hem kendileri hem de mükemmeliyetçi hastalar için bilinçli bir şekilde makul beklentiler hazırlamalıdırlar.

4. *Hastanın duyguları terapistin kaçınma davranışını tetikler.* Bazen hastanın duygularının şiddeti, terapisti yenilgiye uğratır ve onun kaçınmasına yol açar. Terapist, psikolojik olarak geri çekilir ya da konuyu değiştirir ve yahut hastaya şiddetli duyguların kabul edilmez olduğunu iletir.

Vaka Örneği

Leigh, babasının ölümü ardından terapiye başlar. Terapiste kendisinin babasının "gurur kaynağı" olduğunu ve şimdiye kadar onu seven tek kişinin kendisi olduğunu söyler. Leigh, babasının kaybıyla çarpılmış hisseder ve faaliyetlerini durdurur. İşten izin almıştır ve gecelerini barda içerek, gününü uyuyarak ve televizyon izleyerek geçirir. Babası öldüğünden beri birçok adamla cinsel ilişkiye girmekte ve sürekli içmektedir. Bu karşılaşımlar sırasında olanları zihninden uzaklaştırıyor böylelikle hatırlamıyordu.

Leigh'in erkek terapisti, Kendini Feda şemasına sahipti. Terapist, zaten aşırı kalabalık hasta programına Leigh'i de eklemişti. Bununla birlikte hamile eşi için nerdeyse tüm ev işlerini, alış verişini ve yemeği yapıyordu. Leigh'in üzüntüsünün şiddeti ve duygusal ihtiyaçların büyüklüğü ile karşılaştığında

yenilgiye uğramış hissetmektedir. Onunla orada olmak için tükenmiştir. Duygusal olarak kapalıdır. Leigh'in muhtaçlığını deneyimlemeyi taşıyamaz, bu nedenle bunu göz ardı eder. Acısını ifade etmesi gerektiği oturumda onu inkâr eder. Onunla ilgilenmediğini hissederek Leigh birkaç ay sonra terapiden ayrılır.

Vaka Örneği

Hans, 55 yaşındadır. O, küçük bir şirkette yöneticiyken işini yeni kaybetmiştir. Pozisyonunda kaldığı 3 yıl boyunca her yıl yüzbinlerce dolar kazanmış olmasına rağmen hiç para biriktirmemişti. Aslında borç içindedir. Hans'ın, işten kovulma geçmişi vardı. Temel problemi, öfke yönetimiydi. Hans'ın Kusurluluk şeması vardı ve ne zaman eleştirildiğini hissetse konuşmaları kesip bağırarak aşırı telafide bulunuyordu. Kimse ilgi göstermediğinde çoğunlukla önemsememe algıladığından, neredeyse herkes sonunda onun iğneleyici ve küçümseyici sözlerinin kurbanı olmakla karşı karşıya kalmaktadır.

Hans, işten atılmasıyla ilgili öfkesi üzerinde derinliğine çalışmasına ve yeni bir iş bulmaya koyulmasına yardım etmesi için terapiye gelmiştir. Seanslarda işte ona ihanet eden ve komplo kuran insanlar ve işten kovulmasına yol açan bir dizi olaylar hakkında uzun konuşmalar yapar. Öfkesi sınırsız görünmektedir.

Zaman ilerledikçe ve iş arayıp bulamadığında terapiste de öfkelenir. Ona yardım etmemek için seansları terapiste öfkelenerek geçirir. Boyun Eğicilik şemasına sahip terapist, Hans'ın öfke gücüne dayanamaz ve savunmaya geçer. Terapist daha savunmacı, Hans da daha öfkeli olur.

Bir hasta zamanının çoğunda incinebilir ya da öfkeliyse terapist, bazı kaçınmacı davranış biçimleri ile meşgul olma riskine girer. Bu, terapist hastanın şiddetli duygulanımına ve intihar eğilimine tahammül edemediğinde özellikle BKB olan hastalarda meydana gelmeye meyillidir. Terapist geri çekilir,

hastanın Terk Edilme şemasını tetikler ve böylece kriz içinde hızlı bir şekilde spiral olarak hareket eden bir kısır döngü içerisinde hastanın duygulanım ve intihar eğiliminin şiddetini daha da arttırır. Bu konu ilerde Bölüm 9'da ele alınacaktır.

5. *Hasta, terapistin şemalarını tetikler ve terapist aşırı telafi eder*. Hastaların duyguları, terapisti uyardığında bazı terapistler aşırı telafi eder. Örneğin; BKB olan hastalar çok duygusal ya da intihar eğilimli olduklarında daha önce açıkladığımız gibi bazı terapistler kaçınmacı ya da çekingen olurlar. Bununla birlikte aşırı telafi eğilimli diğer terapistler misilleme yapabilirler. Hastalarla öfkeli olurlar; hastaya saldırırlar ve onları suçlarlar. Bu hastaların ihtiyaç duyduğu şey, terapistin onlarla gerçekten ilgilendiğinin bir işaretidir. Böyle bir işaret, neredeyse daima onları sakinleştirecektir. Ne kaçınmacı ne de aşırı telafici terapistler BKB olan hastalara kriz anlarında ihtiyaç duydukları şeyi verebilirler. Her ikisi bu nedenle sorunları daha da kötüleştirecek biçimde tepki verme eğilimindedir.

Vaka Örneği

Hasta Victor ve erkek terapisti Kusurluluk şemasına sahipti, her ikisi de algıladıkları saldırı altında aşırı telafi eğilimindedirler. Victor tedaviye çocukluğunun çok "çok mutlu" geçtiğini ve her iki ebeveynininde "tümüyle destekleyici" olduğunu söyleyerek başlar. Bununla birlikte çocukluk hayalini kurduğunda Victor, babasının desteğinin sahte olduğunu ve babasını asla gerçekten memnun edemediği duygusunu yeniden hatırlar. "Babam onun gibi sporcu olmamı istiyordu. Fakat sporlar, benim en zayıf olduğum alandı. Ben okulda iyiydim, bütün notlarım A'ydı, üniversitede Phi Beta Kappa'ya katılmıştım, fakat babam için bunun gerçekten bir önemi yoktu."

Victor, terapiste lisede iyi bir sporcu olup olmadığını sorar. Terapist, Victor'un görünürde kendisinden daha iyi bir öğrenci olduğuna kıskançlık duyarak kendi sportif başarıları ile ilgili uygunsuz bir şekilde övünmekten kendini alamaz. Victor'a kendisinin güreşte şampiyon olduğunu söyler. Bas-

tırma duygusuyla Victor, "sporcularla" ilgili küçümseyici görüş bildirir ve terapist, Victor'un "kıskançlığı" ile ilgili saldırgan bir yorumla cevap verir. Böylelikle hastanın kusurluluk duygusunu iyileştirmek yerine terapist onu devam ettirir.

Eğer hasta Hak Görme şemasına ve terapist de Kendini Feda şemasına sahipse terapist, uzun bir süre çok fazla ekstra destek verebilir. Daha sonra hasta bazı hak gördüğü istekler belirttiğinde hastaya karşı öfkeli bir şekilde saldırarak aniden aşırı telafi gösterebilir.

6. *Hasta, terapistin İşlevsiz Ebeveyn modunu tetikleyebilir.* Hasta terapistteki Uygunsuz Ebeveyn modunu tetikleyerek "kötü çocuk" gibi davranır. Terapist, azarlayıcı ebeveyn gibi hastayı azarlar.

Vaka Örneği

Dan, üniversitedeki başarısızlığı sebebiyle terapiye başlar. Değerlendirme yaptıktan sonra Dan ve kadın terapisti onun Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şemasına sahip olduğuna karar verirler. Terapist, Dan'e kendini-izleme için ev ödevleri verir, fakat o tamamlayamaz. Terapisti disiplin geliştirmesi için ardı ardına ev ödevleri hazırlar fakat hepsinde başarısız olur. Kusurluluk şeması sahibi Terapist, yetersizlik hissetmeye başlar. "Cezalandırıcı ebeveyn" rolünü üstlenerek aşırı telafi eder. Empatisini yitirir ve tıpkı bir çocukken (Dan'in) ebeveynlerinin yaptığı gibi (ve terapist çocukken ebeveynlerinin yaptıklarını da ekleyebiliriz) Dan'i cezalandırır. Dan kendisi hakkında kötü hisseder, fakat yine de ev ödevlerini tamamlayamadığını ve anlaşmalara bağlı kalamadığını görür. Cezalandırılmış hisseder, ama daha iyisini elde edemez ve Dan terapiden ayrılır.

Vaka Örneği

Lana, Kusurluluk şemasına sahiptir. Oldukça başarılı bir aktris olmasına rağmen, içinde değersizlik ve sevilmeme hissettiğinden terapiye başlar. Ne yazık ki erkek terapisti Yüksek

Standartlar şemasına sahiptir. Lana'nın çocukluğundaki babasına benzer şekilde terapist "talepkar bir ebeveyn" davranışını üstlenir. Hatta ona ulaşması için daha yüksek standartlar hazırlar. Lana, onun onayını almak için "yeteri kadar iyi" olmaya çalışarak yıllarca terapide kalır.

7. *Hasta, terapistin şema yönelimli ihtiyaçlarını tatmin eder.* Kendi şemalarını izlemeyen terapistler, farkında olmadan hastaları istismar etme riski taşırlar. Bu terapistler hastanın huzuruna odaklanmak yerine düşünmeden hastaları kendi duygusal ihtiyaçlarını gidermek için kullanırlar.

Vaka Örneği

Bir kadın terapistin Duygusal Yoksunluk şeması (ki bu terapistler arasında bir diğer yaygın şemadır) vardır. Yaşamı boyunca az bir ilgi görmüştür. Şemayla baş etme yollarından biri, çalışma hayatında başkalarıyla ilgilenmektir. Bu şekilde simgesel olarak kendi iç çocuğuyla ilgilenir.

Hasta Marcie, Kendini Feda şemasına sahiptir. Depresyondadır ve neden olduğunu bilmediğinden terapiye başlamıştır. Marcie'nin, aile üyelerinin özellikle kendisine çok az zaman ayıran annesinin ilgisine kendisini çok fazla kaptırdığı görünmektedir.

Kendini Feda şemalı pek çok insan gibi Marcie, empatik, endişeli ve fedakârdır. Terapist yorgun ya da moralsiz gördüğünde onu önemser. Söylediklerine sinirlenmesine rağmen kendi ihtiyaçlarını bastırır ve terapiste neyin yanlış olduğunu sorar. Terapistin yapması gerektiği gibi Marcie'nin ne yapıyor olduğuna dikkat çekmek yerine Marcie'ye sorunlarını anlatarak ona yanıt verir. Marcie sempatiktir. Zamanla terapist kendisine bakıcı olması için Marcie'ye gittikçe müsaade eder. Başka bir kişiyle ilgilenerek Marcie daha bunalımlı hale gelir.

Sınırsız olasılık vardır. Yapışıklık şeması olan bir hasta ile hastanın bireyleşmesine yardım edemeyecek kadar yakınlığı tercih eden bir Sosyal İzolasyona sahip terapistin, bir araya

geldiğini göz önüne alın. Ya da mutlu olmaya istekli, sık sık terapisti öven Onay Arayıcılık hastasıyla açık bir memnuniyetle övgüye tepki verecek Kusurluluk ya da Bağımlılık şeması olan bir terapisti göz önüne alın. Ne yazık ki terapistin hastanın davranışına olan olumlu tepkisi bunu pekiştirir.

8. *Hasta "başarılı bir süreç" gerçekleştirmediğinde terapistin şeması, tetiklenir.* Genelde Kusurluluk, Başarısızlık ya da Bağımlılık/Yetersizlik şeması olan terapistler, terapide ilerlememiş hastalara uygunsuz tepki verirler. Bu terapistler, hastaya yönelik öfke ya da sabırsızlık gösterirler, genelde hastanın şemalarını devam ettirirler.

Vaka Örneği

Erkek bir terapist, erkek arkadaşı Carlos ile ilişkisiyle ilgili depresyona giren genç bir hasta olan Beth'i tedavi etmektedir. Beth, Carlos'u takıntı haline getirmiştir. Beth ve Carlos ilişkilerine ilk başladıklarında ayrılamazlardı. Yavaş yavaş Carlos biraz "mesafe" istemeye başladı ve Beth çıldırdı. Carlos ne zaman ayrılmak istese ve tüm zamanını ondan uzakta geçirmeyi talep etse o yapışkan, kontrolcü ve üzgün oluyordu. Terapiye başlayana kadar Carlos'un ilişkiden çıkmak istediği açıktı, fakat Beth onun gitmesine izin vermiyordu. Bunun yerine onu sürekli arıyordu -ağlıyordu, değişme sözü veriyordu, yeniden düşünmesi için ona yalvarıyordu. Carlos onunla konuştu fakat ona dönmeyi ısrarla reddediyordu ve başka kadınlarla görüşmeye başlamıştı.

Terapist, Bağımlılık/Yetersizlik şemasına sahiptir. Sinirli bir şekilde erkek arkadaşının gitmesine izin vermesi için Beth'e yardım etmeye çalışır. Carlos'u tutmaya çalışmanın nasıl kendilik yıkıcı olduğuna işaret eder ve Beth kabul eder. Terapist ona Carlos'u kafasına taktığında kullanacağı dikkat dağıtıcı teknikleri ve düşünce durdurmayı öğretir. Carlos'u çağırmayı çok istediğinde alternatif aktiviteler belirlemesine yardım eder. Bununla birlikte ne yaparsa yapsın hiçbir şey değişmez. Beth yine de Carlos'u kafasına takar ve onu arar, geri

dönmesi için ona yalvarır. Terapist, beceriksiz ve kızgın hisseder. Beth umutsuzluk duygularını ifade ettiğinde onu suçlar. Terapist üstü kapalı onun daha iyi olmak istemediğini söyler. Carlos'u aramak ile ilgili konuştuğunda onu azarlar. Beth, Carlos için de Terapist için de yeteri kadar iyi olmadığı duygusuna ulaşır.

Kusurluluk, Başarısızlık ya da Bağımlılık/Yetersizlik şemaları olan terapistler, hastanın ilerleme yetersizliğine zararlı bir biçimde tepki verebilirler. Baş etme biçimi olarak teslim olan terapist, heyecanlı ve güvensiz görünebilir bu nedenle hastanın terapi güvenine zarar verir. Kaçınmacı terapistler, birdenbire hastaya başka daha iyi terapist aramasını teklif edebilir.

9. *Terapistlerin şemaları, hastanın kriz hallerinde, yüksek intihar eğilimi gibi, tetiklenir.* Krizler, terapist şemalarını tetikleme olasılığına sahiptirler. Onlar terapistin olumlu bir biçimde başa çıkma becerisini sınarlar.

Vaka Örneği

Kadın terapist, kontrolcü annesiyle geçirdiği çocukluğuna dayalı Boyun Eğicilik şemasına sahiptir. O daha küçük bir çocukken başlar. Annesi o "kötü" olduğunda -ki "kötü", annesinin istediğini yapmamak anlamına gelir- onu terk etmekle tehdit eder.

Hasta Jessica, terapiye başlar. Jessica çocukluğunu karışık hikayelerle açıklar: Bir an için dayısının ve amcasının, onu ve küçük kardeşini cinsel olarak istismar ettiğini; diğer bir anda bunun asla meydana gelmediğini söyler. Jessica'nın erkek arkadaşı madde bağımlısıdır. Madde seçimi, kokain ve alkoldür. Çoğu kez aşırı madde aldığında günlerce ortadan kaybolmaktadır. Bunun meydana geldiği son seferde Jessica, bir usturayla bileklerini kesmiştir.

Terapide birkaç hafta sonra Jessica'nın erkek arkadaşı ile akşam yemeği için randevusu vardı, fakat o görünmedi. Jessica eve gitti ve bileklerini kesti, terapisti arayıp onu uyan-

dırdı. "O bana bunu nasıl yapabildi?" Jessica telefonda feryat ederek ağladı. Terapiste bileklerini kestiğini söyledi. Terapist empati kurmak yerine öfkelenmiştir. O Jessica'nın tıpkı çocukluğunda annesinin yaptığı gibi kendisini yönlendirmeye ve kontrol etmeye çalıştığını düşünmektedir. "Bu yapılacak çok düşmanca bir şeydi" diyerek Jessica'yı panik içersine sokmaktadır.

Krizleri etkili bir şekilde idare etmek için terapist, empatik ve objektif kalmak durumundadır, eleştirel ve cezalandırıcı olmamalıdır. (Bölüm 9'da akut intihar eğilimi ve diğer krizlerin yönetimini ele alacağız.)

10. *Terapist, bir temel üzerinde ilerleyen hastayı kıskanır.* Eğer terapist narsisist ise terapist hastayı kıskanabilir. Böyle durumlarda hasta, güzellik, zenginlik ve başarı gibi terapistin arzulayıp asla sahip olmadığı tatmin kaynağına erişmektedir. Ya da aşağıdaki örnekteki gibi terapistin giderilmemiş ihtiyaçlarından birini hasta kendi yaşamında yerine getirerek tatmin olmuştur.

Vaka Örneği

Hasta Jade, 19 yaşındadır. Annesi kanserden ölünce terapiye başlar. Onu ilk seansa babası getirir. Babasının onu sevdiği açıktır. Jade yumuşak ve tatlıdır. Terapiste annesinin ölümü ve krizlerle ilgili konuşur.

Kadın terapist, Jade'in annesinin hastalığıyla baş etmesine yardım edeceğini söyler. Fakat bu tür sözcüklere rağmen içinde Jade'e kıskançlık duyguları beslemektedir. Terapist, neredeyse tümüyle duygusal yoksunluk ortamında büyümüştür. Jade, annesi öldüğünde bile terapistin şimdiye kadar sahip olduklarından çok daha fazlasına sahiptir. Terapist, özellikle Jade'in babasıyla ilişkisini kıskanır. Jade'in babası, terapistin daima sahip olmayı hayal ettiği türde bir babadır, yani sevecen ve iyi kalpli, hiç de kendi ulaşılmaz babası gibi değil. Böylece Jade'e olan kıskançlığı ile terapist, gerçekten sempatik,

açık ve empatik olmayı beceremez. Bazı şeylerin yanlış olduğunu hissederek Jade kısa bir süre sonra terapiyi bırakır.

Kıskançlık, terapistin kıskanç bir tutum içerisinde davranmasına, ilgili materyale odaklanmasına (şemaya teslim olma), önemli materyal hakkında konuşmaktan kaçınmasına (şemadan kaçınma) ve hasta aracılığıyla dolaylı bir yaşama çabalamasına (şema aşırı telafi) yol açar.

Terapist, kendi sınırlarını anlamak için mücadele etmelidir. Hastalar Erken Dönem Uyumsuz Şemaları tetiklediklerinde beklenen sorunlarla baş edip edemediğine, terapötik ve profesyonel bir tavırda davranmaya devam edip edemediğine karar vermelidir. Terapistler, probleme yönelmek için ya kendileri üzerinde ya da gözetimde şema terapi tekniklerini kullanabilirler. Şema ve sağlıklı yön arasında diyalog yürütebilirler. Hastayla terapide şema ne söylemektedir? Şema, terapisti neyi yapmaya yöneltir? Sağlıklı yön -iyi terapist- nasıl cevap verir? İlaveten terapist, problemi incelemek ve tedavi etmek için deneysel teknikleri kullanabilir. Örneğin terapist, kendi şemasının tetiklendiği seans sırasındaki bir anın hayalini hatırlayabilir. Terapist aynı şekilde çocukluğunda ne zaman hissetmişti? Terapistin İncinebilir Çocuğu hayalde ne söyler? Sağlıklı Erişkin nasıl cevap verir? Terapist modlar arasında diyalog yürütebilir. Sonunda terapist, davranışsal örüntü bozmayı uygulayabilir. Hastaya uyumsuz baş etme tepkilerini ifade etmek yerine terapist, empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik kullanımı gerektiren ev ödevlerini belirleyebilir.

Eğer konsültasyon ya da gözetim yoluyla çözülememiş problemler varsa o zaman terapist, hastayı başka bir terapiste göndermeyi göz önünde bulundurmalıdır.

Hastanın Eğitiminde Terapi İlişkisinin Rolü

Terapist, hastanın kişiliğine göre eğitim materyalini değiştirir. Bazı hastalar, mümkün olduğu kadar öğrenmek isterlerken diğerleri de yenilgiye uğramış hissetme eğilimindedir. Ba-

zıları kitapları okumak ister, bazıları da film ya da oyun izlemeyi tercih eder. Bazıları terapiste çocukluk fotoğraflarını göstermek isterken bazıları da bu arayışı hoş karşılamaz. Bununla birlikte terapi ilişkisi, şemalar ve baş etme biçimleri ile ilgili neredeyse tüm hastaları eğitmede önemli rol oynar. Hastalar, genelde terapistle, seansta şema aktivasyonunun aşamalarını fark ederek büyük fayda elde ederler. Böyle doğrudan örnekler özellikle eğiticidir. Mevcut düşünceler, duygular ve davranışlar nettir ve açıktır, duygulanımın varlığından dolayı hastalar tarafından çok daha kolay işlenir.

Şema terapinin işbirlikçi doğasına uygun olarak terapist, hastaya hastanın şemalarının terapi ilişkisinde tetiklendiğinde kendisinin hastayla empatik bir şekilde yüzleşeceğini söyler. Ayrıca terapist, hastanın uyumsuz baş etme biçimini zorlamaya çalışmayacaktır. Terapist, bunun bir ilgi göstergesi olduğunu hastaya iletir biçimde söyler.

Vaka Örneği

Bruce, Carrie isimli terapistle terapiye başlar. Bruce'un sadist abisiyle geçirdiği çocukluğa dayalı Güvensizlik/Suistimal Edilme şeması vardır. Bruce, incinebilir bir çocuk olduğundan, abisi ona işkence etme ve küçük düşürme fırsatlarını kaçırmazdı. Bugün Bruce, Carrie ile seansta ne zaman incinebilirlik hissetse şaka yapmaya başlar. Bu durumda eğlencelidir ve Carrie'yi güldürmeye çalışır. Bununla birlikte zaman geçtikçe Bruce terapide incinebilir kalmaktan kaçınmaya devam eder. Nihayet Carrie, seansta önemli materyalden kaçınmak için bu durumu kullandığında artık şakalarına gülmemeye çabalayacaktır. Şakalarını anlamasına rağmen ve onun incinebilir kalmasının neden bu kadar güç olduğunu anlamasına rağmen ondaki incinebilir çocuğun konuşma şansı hakkettiğini ayrıca bilir.

Vaka Örneği

Clifford isimli 52 yaşındaki hasta seansa ilk kez gelmektedir. Terapiste özgüvenini yeniden inşa etmek istediğini böyle-

likle kariyerinde büyük başarılar yakalayabileceğini söyler. Görüşme sırasında Clifford'un -karısı, çocukları, kardeşleri, en iyi arkadaşı gibi- çok önemli ilişkileri kaybettiği açıktır, fakat onun aşırı iyimser tavrı, bu kayıpları anlamasına izin vermez. Terapist Ed, bireyler arası ilişkileri kapsayacak mevcut problemleri yeniden düzenlemeye kalkışır, fakat Clifford direnir. "Burada fatura ödüyorum" der, "Ne hakkında konuşacağımızı ben seçeceğim". İkinci seansta Ed ilk seansta Clifford'un kendisine nasıl davrandığını da örnekleyerek tekrar bireyler arası ilişkiler konusunu açar. Ed hastaya doğrudan "Bir özgüven probleminin olduğunu düşünmene rağmen daha derin bir probleme sahipsin. Bunun adı narsisizm, başkalarına yakınlaşmanı ve gerçek duygularını anlamanı engeller." Bu hasta için tanılayıcı "narsisizm" terimini kullanmak faydalıdır. Aslında Clifford diğer terapistlerin nedenini bile söylemeden onunla çalışmayı bıraktıklarını söyledi. (Daha az savunulan diğer hastalar için bir tanı, faydalı olmaktan ziyade zararlı ve aşağılayıcı hissettirebilir.)

Tedavinin devamında Ed, Clifford'a kariyer başarılarını anlatarak seans zamanını harcamasına izin vermeyeceğini söyleme gereği duyar. Clifford'un başarılarının önemli olduğunu biliyordur fakat terapi odağının yakın ilişkiler olmadığından bu tür bir kibir, seans süresinin verimli kullanımı değildir.

Değişim Evresinde Terapi İlişkisi

Değişim Evresi sırasında terapist, terapi ilişkisinin bağlamı içerisinde hastayı, Erken Dönem Uyumsuz Şemaları ve baş etme biçimleriyle yüzleştirmeye devam eder. Empatik yüzleştirme ve sınırlı ebeveynlik, terapi ilişkisinin, değişimi besleyen iki öncelikli yoludur.

Empatik Yüzleştirme (ya da Empatik Gerçeklik Testi)

Empatik yüzleştirme, şema terapinin terapötik tutumudur. Terapist, hastanın psikolojik gelişimini teşvik etmek için Değişim Evresi boyunca bu tutumu korur. Bununla birlikte empatik yüzleştirme, bir teknik değildir. Daha çok gerçek duygusal bağı içeren hastaya yaklaşımdır. Terapist, yaklaşımın işe yaraması için hasta ile gerçekten ilgilenmelidir.

Empatik yüzleştirmede terapist, hastayla empati kurar ve şemayla yüzleştirir. Terapist, hastanın şemaya sahip olmasının gerekçelerinin anlamını ve değiştirmenin ne kadar zor olduğunu ifade eder, eş zamanlı olarak bu değişimin önemini kabul ederken hastanın değişmesini sağlayacak empati ve yüzleştirme arasında optimum denge kurmaya çabalar. Terapist, empatik yüzleştirmeyi hastanın şemaları terapi ilişkisi bağlamında tetiklendiğinde kullanır. Bir şemanın tetiklenmesi, hastanın aşırı tepkileri, yanlış yorumlama ve sözel olmayan davranışlarda belirir.

İlk adım, hastaların "gerçeklerini" serbestçe ifade etmesine izin vermektir. Terapist, düşüncelerini ve duygularını tamamen paylaşarak hastanın bakış açısını ifade etmeye cesaretlendirir. Hastaya yardım etmek için terapist, sorular sorar: Hasta ne düşünür ve ne hisseder? Hasta ne yapma arzusu duyar? Terapist tarafından yapılan hangi eylemler şemayı tetikledi? Bu hangi şema? Hastanın bu şekilde hissetmesini başka ne sağlar? Hastanın geçmişindeki kim hastanın bu şekilde hissetmesini sağlar? Terapist, geçmiş olayları bugüne bağlamasına yardım etmesi için hayal kurmayı kullanabilir.

Ardından terapist, hastanın duruma bakış açısı üzerinden hastanın duygularıyla empati kurar ve hastanın bakış açısının gerçekçi unsurlarını kabul eder. Eğer uygunsa terapist, onun söylediği ya da yaptığı kırıcı ya da düşüncesiz olan her şeyi affeder. Hasta, anlaşıldığını ve onaylandığını hisseder hissetmez terapist gerçeklik testine yönelir. Terapist, mantıklı ve deneysel kanıtlar kullanarak hastanın bakış açısındaki kusurlarla

yüzleştirir. Terapist genelde etkileşimle ilgili kendini ifşa etme kullanarak alternatif yorum önerir. Terapist ve hasta, hastanın terapi durumuna olan reaksiyonlarını değerlendirir. Bu süreç genelde gerçeğin özü ile şema yönelimli çarpıtmanın birleşimi sonucunu verir.

Vaka Örneği

Lysette, aşk ilişkisinin sona ermesinin ardından terapiye gelen 26 yaşında bir kadındır. Çekirdek şeması, sağlıklı fakat duygusal olarak var olmayan ebeveyn ile çocukluğunda meydana gelen Duygusal Yoksunluktur. Babası ve annesi, onu çocukluğu boyunca yatılı okulda ya da dadılara bırakarak seyahat ettiler. Lysette, bir keresinde ailesinin seyahate çıkmasını engellemek için kendini merdivenlerden aşağı bıraktığını hatırlar. Terapi seansı sırasında Lysette, terapistin kendisinin ne demek istediğini anlamadığını düşünür. Bu, Duygusal Yoksunluk şemasını tetikler ve terapiste sövüp sayar. "Asla beni anlamadın" diye öfkeyle konuşur.

Terapist, empatik yüzleştirme kullanır. Öncelikle terapist, Lysett'in tam olarak ne olduğu ile ilgili görüşünü anlatmasına yardım eder. Lysette, terapistin kendisini nasıl öfkelendirdiğini anlatır ve öfkesinin altında yatan, terapistin onu asla anlamayacağından korktuğunu söyler. Aslında daima yalnız kalmaktan korkmaktadır. Terapist, Lysette'nin böyle hissetmesinin sebebini anladığını ifade eder ve onu yanlış anladığı için özür diler. Lysette anlaşıldığını hisseder hissetmez gerçeklik testine hareket eder. Terapistin Lysette mükemmel biçimde anlamadığı doğrudur fakat terapist, onu çoğu zaman anlar ve gerçekten onunla ilgilenir. Lysette korkusunu öfke ile gizlediğinde terapistin bir kenara itilmesi gerçekleşir ve bu terapistin ona ihtiyaçlarını vermesini zorlaştırır.

Terapi ilişkisi bağlamında empatik yüzleştirme kullanırken terapistler, uygun kendini ifşayı kullanırlar. Hastaya faydalı olma ihtimali varsa etkileşim ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşırlar. Hasta, yanlış olan yargı, motif ve duyguları tera-

piste dayandırmışsa o zaman terapist, hastaya doğrudan söylemeyi seçebilir.

Örneğin genç bir kadın terapiye gelir. Terk Edilme şemasına sahiptir ve terapiste sorar "size göre çok mu yoksunum? Çok yoksun olduğumdan bana bakmayı bırakacak mısınız?" Terapist, doğrudan cevap verir "Hayır, bana göre çok yoksun değilsiniz. Bu şekilde hissetmiyorum." Terapist, şemaya karşı çıkmak için terapi ilişkisini kullanır. (Şüphesiz terapist sadece bunun doğru olup olmadığını söyler.) Terapist, böylece normal muhtaçlık ifadelerinin doğru olduğuna hastayı inandırır.

Bir başka örnekse Kusurluluk şemalı genç bir adam terapistine şöyle der; "Ailemdeki insanlar beni bencil olarak görüyorlar. Siz beni bencil olarak görüyor musunuz?" Terapist açık bir şekilde şöyle cevap verir; "Hayır sizi bencil olarak görmüyorum. Çok fedakâr olarak görüyorum." Böylece terapistin kendini ifşası, hastanın şemalarına kısmi bir antidot sağlar.

Vaka Örneği

Hasta Bill, Başarısızlık şemasına sahiptir. Beklediği kadar ilerleyemeyen bir şirket yöneticisi olarak kariyeri üzerinde çalışmak için terapiye başlar. İlk seansın sonunda terapist Eliot, Bill'e Young Şema Ölçeğini doldurma ödevini verir. Bill sonraki seansa ödevini yapmadan gelir. O sonraki seansa kızgın adımlarla ve özür dileyerek kavgacı bir tavırla girer.

Eliot, Bill bir tartışmaya katılabilecek kadar sakinleşene dek bekler. Tam olarak ne olduğunu analiz ederler. Bill açıklar; "Bana bağıracağını düşündüm". Ondan sonra Eliot bu açıklamanın Bill'in çocukluğundaki kökenlerini ve bunun iş yaşamı üzerindeki etkilerini inceler. Bill bir çiftlikte büyümüştür ve bir çocuk olarak babası işleri yeteri kadar hızlı bir şekilde tamamlamadığı için onu sert bir şekilde cezalandırır. (Bill ayrıca Cezalandırıcılık şemasına sahiptir.) Terapist, Bill'in çocukluk deneyimlerini paylaşır. Dışa yönelik öfkesinin altında

cezalandırılmaktan ve başaramamaktan korkan incinebilir bir çocuk vardır. Eliot, sonra şemaların Bill'in iş yaşamı üzerindeki etkilerini belirlemesine yardım eder. Bu, Bill'in iş arkadaşları ve patronlarına kızmasının bir geçmişi olduğunu gösterir, bu nedenle kariyer gelişimi engellenir. Bill temeldeki (Başarısızlık ve Cezalandırıcılık) şemalarını ve uyumsuz baş etme biçimini (öfkeli davranarak aşırı telafi) anlayınca Eliot gerçeklik testine yönelir. Bill'in öfkeli davranışının etkileri ile ilgili kendini ifşa eder: Bill bu şekilde davrandığında Eliot, Bill'den kendisini uzaklaştırmak istedi.

Terapi ilişkisi içerisinde doğal olarak tetiklendiğinden şemaları analiz ederek hastalar, şemalarını nasıl sürdürdüklerinin ve terapi dışındaki yaşamlarında zorluklara nasıl zemin hazırladıklarının içgörüsünü elde ederler.

Terapistler şema aktivasyonunu önceden tahmin edebilirler ve hastalara ne yapacaklarını öğretebilirler. Terapist tatile gittiğinde hastanın Terk Edilme şemasının tetiklenebileceğini kolaylıkla önceden görebilir. Bu tür bilgi, terapistin hastanın ilerdeki korkularına yönelmesini ve hastanın sağlıklı bir baş etme tepkisi geliştirmesine yardım sağlar. Örneğin; terapist ve hasta terapist yokluğunda hastanın okuması için bir flaş kart oluşturabilirler.

Aynı şekilde Boyun Eğicilik şeması olan bir hasta terapistin talimatlarına uymaya isteksiz olabilir. Terapist, sonunda bu imkanı hazırlayabilir ve ev ödevleri ve seans çalışmaları konuları gibi talimatlar yerine hastaya önerilerde bulunur. Hastaya yol göstermek yerine terapist hastadan ev ödevi tasarlamasını ve alıştırma seçmesini ister.

Değişim Evresinde Sınırlı Ebeveynlik

Sınırlı ebeveynlik, özellikle Ayrılma ve Reddedilme alanında şemalara sahip olan hastalar için değerlidir. Bunlar, çocukluklarında istismara uğramış, terk edilmiş, duygusal olarak yoksun bırakılmış, reddedilmiş hastalardır. Travma ne kadar

ciddiyse, terapinin yeniden ebeveynlik yönü o kadar önemli olur. Bununla birlikte diğer alanlardaki şemalara sahip hastalar ayrıca sınırlı ebeveynlikten faydalanırlar. Bu hastalarla birlikte sınırlı ebeveynlik; özerklik, gerçekçi sınırlar, kendini ifade, karşılıklılık ve kendiliğindenlik gibi konular üzerine odaklanır.

Yeniden ebeveynlik, terapistin etik ve profesyonel sınırlar içerisinde, kaybolmuş duygusal deneyimlerin bir tahminini sunmasıyla "sınırlıdır". Terapist, gerçekten ebeveyn olmaya çalışmaz ya da hastayı çocuksu bağımlılığına geriletmez. Bunun yerine sınırlı yeniden ebeveynlik, hastanın belirli Erken Dönem Uyumsuz Şemalarını iyileştirmek için tasarlanmış, bir hastayla istikrarlı bir etkileşim biçimidir.

Hastaya yeniden ebeveynlik biçimi uyarlamak için terapist, hastanın gelişimsel düzeyini dikkate alma ihtiyacı duyar. BKB olan hastalar daha çocuksu ihtiyaçlara sahiptir. Nesne sürekliliğini kaybederek ilave randevular biçiminde ya da seanslar arasında telefonla arayarak sık sık ekstra bağlantıya ihtiyaç duyarlar. Terapistler, hastanın ihtiyaçlarını kendi sınırları ve sağlıklı sınır koyma modeli içerisinde dengelemelidir. 9. Bölümde sınır koymayı daha fazla ele alacağız.

Empatik yüzleştirme gibi sınırlı ebeveynlik, terapist tarafından özgün bir kendini ifşayı içerir. Yardımcı olması için kendini ifşa, samimi ve gerçekçi olmalıdır. Örneğin Kusurluluk şeması olan bir hastayı övmek, terapistin hastadaki otomatik olarak takdir ettiği gerçekçi olumlu niteliğe dayalıysa yeniden ebeveynlik uygundur. Bazen saldırgan ve negatif hastalarla terapistin olumlu nitelikleri bulması zordur. Bu tür örneklerde anlamı ileten bir açıklama, şemaya karşı koyabilir. Güvensiz bir hastaya yapılan böyle bir açıklama örneğin şöyle olabilir; "güvende hissettiğinde sana yakınlaşmama izin veriyorsun." Böylece terapist, hasta için başkalarına yakınlaşmanın ne kadar zor olduğunu kabul eder fakat hastanın "gerçek

benliğini" değil kaçınma biçimi olarak hastanın tedbirliliğini açıklar.

Terapistin kendini ifşa etmesinin bir başka tipi, eğer çok kişisel değilse hastanın sorularına doğrudan cevap vermektir. Örneğin; Güvensizlik/Suistimal Edilme şeması olan bir hasta, terapistin kayıt tutması ile ilgili bilgilenmek ister. Terapist, sorgulamak ya da yorumlamak yerine doğrudan cevap verir. Bu vakadaki sınırlı ebeveynlik, dosyasının içeriği ile ilgili hastayla samimi olmayı içerir.

Başka bir vakada Kusurluluk şeması olan bir hasta, terapistin ofisinde bir ölçeği olduğunu fark eder ve neden diye sorar. Terapist, onun yeme bozukluğu olan hastaları tedavi ettiği yanıtını verir. Onları her gün tartmak yerine (bir günde birkaç defa) bu hastalar sadece haftalık terapi seanslarında tartılmaya karar vermişlerdir. Hasta, "Bana şişman olduğumu söylemeye çalıştığınızı düşündüm" yanıtını verir. Terapist tarafından doğrudan verilen yanıt, hastanın güven duygusunu arttırır. Terapist, dolaylı yoldan negatif mesajlar göndermiyordur.

Aksine, Bağımlılık şeması olan hastalar, kendileri için karar verecceklerinde terapistin fikirlerini sorma eğilimindedir. Bu durumda terapist, sınırlı ebeveynlikle empatik yüzleştirmeyi birleştirir ve cevaplamayı nazik bir şekilde geri çevirir. Terapist, örneğin "kendin için karar verme kaygısı hissettiğini biliyorum. Bağımlılık şeman kendin için bazı şeyleri çözme çabalarını engelliyor fakat bunu yapabilirsin. Ne yapacağını sana söylemek yerine cevabını kendin bulman için seni destekleyeceğim."

Terapislerin, onların işlerinin terapi ilişkisinde hastanın şemalarını aktive etmekten kaçınma olmadığını hatırlamaları önemlidir. Bunu yapmaktan kaçınması özellikle kırılgan hastalarla çalışırken muhtemelen imkânsızdır. Terapistin görevi, tetiklendiklerinde hastaların şemaları üzerinde çalışmaktır. Terapist meydana gelen şeyin önemini minimize etmekten çok,

şemaların aktivasyonunu hastanın psikolojik gelişim potansiyelini maksimize etme fırsatı olarak kullanır.

Sınırlı ebeveynlik, deneysel çalışma boyunca özellikle hayal kurma ile birleştirilir. Terapist, "Sağlıklı Erişkin" olarak hastanın hayaline girdiğinde, çocukluğunda ihtiyaç duyduğu, fakat ebeveynlerinden karşılayamadığı şeyleri yüksek sesle söylemesine izin verir o zaman terapist, yeniden ebeveynlik yapar. Terapist, bir ebeveynin onları tedavi edebilmesinin farklı yolları olduğunu hastalara öğretir. Çocuklar gibi onların giderilmemiş ihtiyaçları vardır ve diğer ebeveynler onların ihtiyaçlarını giderebilirler. Öncelikle hayaldeki Sağlıklı Erişkini model alarak ve sonra da hastaları Sağlıklı Erişkin olarak vazife görmesi için hayal kurmaya sokarak terapist, hastaların içilerindeki çocuğa yeniden ebeveynlik yapmaları için onları eğitir.

Erken Dönem Uyumsuz Şemaların her biri için belirli sınırlı yeniden ebeveynlik stratejileri hazırladık. Stratejiler, genelde şemaları karakterize eden baş etme biçimlerini göz önünde bulundururlar. Sınırlı ebeveynlik stratejileri terapi ilişkisi içerisinde şemaya kısmi antidot sağlaması için tasarlanmıştır.

1. *Terk Edilme/İstikrarsızlık.* Terapist, geçici istikrar kaynağı olur ve sonunda terapi dışında başka istikrarlı ilişkiler bulması için hastaya yardım eder. Terapist, hastayı terk etmesinin ne kadar olası olduğu ile ilgili çarpıtmaları düzeltir. Terapist, hastanın terapistin ayrılışını, tatile çıkışını ve kapatma ya da kendine zarar verici davranması anlamına gelmeyen bulunmayışını kabullenmesine yardım eder.

2. *Güvensizlik/Suistimal Edilme.* Terapist, hastaya tamamıyla güven verici, dürüst ve samimi olmalıdır. Terapist, düzenli bir şekilde güven ve samimiyet ile ilgili sorular sorar, hastanın kendisine yönelik olumsuz duygularını tartışır. Terapist seanslarda uyanıklık ile ilgili sorular sorar. Hastanın güvenini inşa etmek için terapist gerektiğinde deneysel çalışmayı erteler ve travmatik anıların üzerinden yavaş yavaş ilerler.

3. *Duygusal Yoksunluk.* Terapist, sıcaklık, empati, rehberlikle bir ilgi atmosferi sağlar. Terapist, duygusal ihtiyaçlarını talep etmesi ve duygusal ihtiyaçları olmasının hakkı olduğunu hissetmesi için hastayı cesaretlendirir. Terapist, hastanın sessiz kalmadan ya da çarpışmadan yoksunluk duygusunu ifade etmesine yardım eder. Terapist, hastanın terapistin sınırlamalarını kabullenmesini ve ulaşılabilir bir ilgiye minnet duyarken bazı yoksunluklara tahammül etmesi konusunda yardım eder.

4. *Kusurluluk.* Terapist, kabul edicidir, eleştirel değildir. Terapist, hastanın kusurlarına rağmen hasta ile ilgilenir. Terapist, hasta ile minör zayıflığı paylaşarak kusurlu olmayı amaçlar. Terapist yapmacık bir şekilde görünmeden mümkün olduğu kadar çok iltifat eder.

5. *Sosyal İzolasyon.* Terapist, hasta ve terapistin benzer olduğu ve uyum farklılıkları olduğu biçimleri vurgular.

6. *Bağımlılık/Yetersizlik.* Terapist, hastaların terapiste bağımlı bir rol üstlenme girişimine karşı çıkar. Terapist, hastanın kendi kararlarını almasını cesaretlendirir. Terapist, hastanın doğru karar vermesini ve gelişimini över.

7. *Hastalık ya da Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık.* Terapist, hastanın dünyada hareket etmesinin tehlikeliliği ile ilgili güvence için terapiste bel bağlamasından aşama aşama hastayı vazgeçirir. Terapist, hastanın fobik durumları ve korkunç hastalıkları idare edebilmesinde sakinleştirici güven ifade eder.

8. *Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik.* Terapist, hastanın ne çok uzak ne de çok yakın olan uygun sınırlar tayin etmesini sağlar. Terapist, hastanın ayrı bir benlik duygusu geliştirmesini teşvik eder.

9. *Başarısızlık.* Terapist, hastanın okul ya da iş başarısını destekler. Terapist, düzen sağlar ve sınırlamalar koyar.

10. *Hak Görme.* Terapist, hastanın incinebilir yönünü destekler ve hastanın hak görme yönünü pekiştirmez. Terapist, empatik olarak hak görme ile yüzleştirir ve sınırlar belirler. Terapist, statü ya da güç yerine duygusal bağlantılılığı destekler.

11. *Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin.* Terapist, sınırları oluşturmada katıdır. Terapist, uygun özdenetim ve özdisiplin oluşturur ve bu yetenekleri adım adım geliştirdiği için hastayı ödüllendirir.

12. *Boyun Eğicilik.* Terapist, kontrolcü değildir ve nispeten yönlendirmez. O, terapi amaçları, tedavi teknikleri ve ev ödevleri ile ilgili hastanın seçimler yapmasını teşvik eder. Terapist, saygılı ya da isyankâr davranışa dikkat çeker ve hastanın öfkesini fark etmesine, bunu açığa çıkarmasına sonra da bunu uygun bir şekilde ifade etmeyi öğrenmesine yardım eder.

13. *Kendini Feda.* Terapistler, hastaların uygun sınırlamalar oluşturmasına ve kendi haklarını ve ihtiyaçlarını öne çıkarmasına yardım eder. Terapist hastayı terapiste güvenmesi için cesaretlendirir böylelikle hastanın bağımlılık ihtiyaçlarını onaylar. Terapist, empatik yüzleştirmeli örüntüye işaret ederek hastayı terapistle ilgilenmekten vazgeçirir.

14. *Olumsuzluk/Karamsarlık.* Terapist, hastanın olumsuz yönü, kendisi ise olumlu yönü oynamaktan kaçınır. Bunun yerine terapist, hastanın hem olumlu hem olumsuz yönü oynamasını ister. Terapist, sağlıklı bir iyimserlik oluşturur.

15. *Duygusal Baskılama.* Terapist, hastanın seanslarda, kendiliğinden duygulanımını ifade etmesini özendirir. Terapist, uygun duygulanım ifadesine model olur.

16. *Yüksek Standartlar.* Terapist, terapiye ve kendi yaşamlarına olan yaklaşımlarında dengeli standartlar modellerler. Sürekli bir ciddiyet atmosferi sürdürmekten çok terapist, hastaları şakacılıklarından dolayı ödüllendirir. Terapist, "yapılmış

şeyleri elde etmek" yerine terapi ilişkisine değer verir ve kusurlu davranışı teşvik eder.

17. *Cezalandırıcılık.* Terapist, hastaya ve kendine yönelik affedici bir davranış üstlenir ve hastanın başkalarını affetmesini onaylar.

18. *Onay Arayıcılık.* Terapist, statü, görünüm ya da zenginlik gibi yüzeysel kazanım üzerine hastanın çekirdek benliğini vurgular.

Aynı hasta davranışı, temeldeki şemaya bağlı olarak farklı terapist tepkileri gerektirir. Aşağıdaki senaryo, bir örnektir:

Genç yaşlarda bir kadın hasta terapi seanslarına defalarca geç kalır (yani seans bitimine sadece 10 dakika kala gelmiştir).

Hasta *Güvensizlik/Suistimal* edilme şemasına sahipse ve geç kalıyorsa bunun nedeni terapistin onu istismar edeceğinden korkuyor olduğudur, o zaman yeniden ebeveynlik, "İstismar Edilen Çocuk" ile empatiyi ve güven duyması için çocuk moduna yardım etmeyi gerektirir. Terapist, "seansa gelmenin senin için zor olduğunu biliyorum ki alttan alta benden korkuyorsun. Bu şekilde hissetmen için nedenin olduğunu da biliyorum, çünkü sen çocukken güvendiğin insanlar sana bu şekilde davrandı. Gelebildiğine memnunum, yavaş yavaş tüm seansa katılman için bana yeteri kadar güvenebileceğini umuyorum."

Eğer hasta *Terk Edilme/İstikrarsızlık* şemasına sahipse ve geç kalıyorsa bunun nedeni terapiste bağlanmaktan, onu kaçınılmaz bir şekilde kaybetmekten korktuğundandır. Yeniden ebeveynlik, terapötik ilişkinin sürekliliği ile ilgili Terk Edilen Çocuğa güven vermeyi içerir. Terapist şöyle diyebilir; "geç kaldığın için sana kızdığımı düşündüğü biliyorum. Kızmadığımı ve geç kalma nedenin çocukluğunla baş etmek zorunda kalman olduğunu bildiğimi anlamını istiyorum. Geç kalsan bile seninle bir bağ kurduğumu hissediyorum."

Eğer hasta *Duygusal Yoksunluk* şemasına sahipse ve hak görmenin aşırı telafi duygusunun bir sonucu olarak geç kalı-

yorsa o zaman yeniden ebeveynlik, Yoksun Bırakılmış Çocuk ile empati kurarak meydana gelir ki o da zaman zaman seansın bitmesine ısrar ederek tam bir seanslık desteği kaybedecektir. Terapist şunu söyleyebilir; "geç kaldığına üzüldüm ve sadece birkaç dakikayı birlikte geçireceğiz. Sana bunun hakkındaki duygularını ifade etme fırsatı vermek istiyorum. Seansın geri kalanında bunun hakkında konuşalım."

Eğer hastanın *Kusurluluk* şeması varsa ve terapistin "gerçek" benliğini göreceği ve onu küçümseyeceği korkusuyla geç kalırsa o zaman yeniden ebeveynlik, Reddedilen Çocukla ve terapistin onun geç kalıp kalmadığını kabullenmesiyle empati kurmayı içerir. Terapist şunu diyebilir; "Senin için zor olmasına rağmen geldiğin için teşekkür etmek istiyorum. Geç kalsan bile seni ve ilişkimizin değerini kabul ettiğimi bilmen benim için önemli."

Eğer hasta *Başarısızlık* şemasına sahipse ve terapide başarısız olacağından emin olup geç kalıyorsa o zaman yeniden ebeveynlik, altta yatan başarısızlık beklentisiyle empati kurmayı içerir fakat davranışın sonuçlarıyla yüzleştirmeyi içermez. Terapist şunu diyebilir; "geçmişte senin için birçok şey işe yaramadığından terapinin işe yarayacağına inanmanın senin için çok zor olduğunu biliyorum. Fakat zamanında geldiğinde olacaklara kıyasla gelmediğinde ne olacağına bakalım."

Eğer hasta *Bağımlılık/Yetersizlik* şemasına sahipse ve planlayamayıp kendini idare edemediğinden geç kalıyorsa o zaman yeniden ebeveynlik dayanıklılık inşa etme ve beceri öğrenmeyi içerir. Terapist şunu diyebilir; "burada olmakla neyi doğru yaptığına, nerede yanlış yaptığına bakalım. Gelecek hafta buraya zamanında nasıl geleceğini birlikte planlayabiliriz."

Eğer hasta *Kendini Feda* şemasına sahipse ve terapiye gelirken bir tanıdıkla yolda karşılaştığından ve kaçıp kurtulamadığından geç kalıyorsa o zaman yeniden ebeveynlik, kendini feda hastasına olumsuz sonuçları göstermekle ve girişkenlik becerisi oluşturmakla kurulur. Terapist şunu diyebilir; "Bu görüşme içerisinde kalmak terapi seansının büyük bir kısmına mal olmaktadır ve hiçbir şey elde edemezsin. Görüşmeyi nasıl kurtarabileceğimiz üzerinde duralım. Bunun hakkında biraz hayal kurmak ister misin? Gözlerini kapa ve arkadaşınla buluştuğun ve görüşmede sıkıştığın bir hayal kur."

Hastanın temeldeki şemalarını bilmek terapistin çok etkili bir şekilde hastaya yeniden ebeveynlik yapmasına yardım eder.

ÖZET

Şema terapide terapist-hasta ilişkisi, şema değerlendirmesi ve değişiminin gerekli bir yönüdür. Terapötik ilişkinin iki özelliği, şema terapinin simgeselliğidir: Empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik. Empatik yüzleştirme, değişim ihtiyacıyla yüzleştirirken aynı anda hastanın şemaları ile ilgili anlamı ifade eder. Sınırlı ebeveynlik, hastanın çocukluğunun giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarının sınırlı bir şekilde tatminidir.

Değerlendirme ve Eğitim Evresinde terapi ilişkisi, etkili bir hasta eğitimi ve şema değerlendirme yoludur. Terapist, dayanışma inşa eder, vaka kavramsallaştırmayı formüle eder, hangi sınırlı yeniden ebeveynlik biçimlerinin hasta için uygun olduğuna karar verir ve terapistin kendi şema ve baş etme biçimlerinin terapi sürecini engelleme olasılığı olup olmadığını belirler.

Empatik yüzleştirme ve sınırlı ebeveynlik birleşir ve Değişim Evresinin bilişsel, deneysel ve davranışsal örüntü bozma düzeyleri boyunca değişir. Terapist, hastanın şemalarını ve baş etme biçimlerine uygun yeniden ebeveynlik biçimlerini adapte eder. Kişinin şemalarının ve baş etme biçimlerinin kendilik bilgisi, terapistin hastaya en faydalı tutum içinde yeniden ebeveynlik üzerinde odaklı kalmasına yardım eder.

7

DETAYLI ŞEMA TEDAVİ STRATEJİLERİ

Bu bölümde şemanın kliniksel sunumu, tedavi amaçları, vurguladığımız stratejiler ve özel problemleri içeren 18 şemanın her birini ayrı ayrı ele alacağız. Ayrıca bilişsel, deneysel ve davranışsal stratejileri içeren belirli tedavi stratejileri ve terapi ilişkisinin yönlerini sunacağız.

Stratejilerin örneğin; hayali diyaloglarının yürütülmesi ya da açığa çıkarma egzersizlerinin tasarlanması gibi nasıl uygulanacağı üzerine açıklamalar dâhil etmedik. Okuyucuların bu stratejileri önceki bölümde zaten öğrendiklerini varsayıyoruz. Bunun yerine her bir şemaya tedavi stratejilerini nasıl uyarlayacağımızı tanımlamaktayız.

AYRILMA VE REDDEDİLME ALANI

Terk Edilme

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, sürekli kendilerine en yakın insanları kaybetmeyi beklerler. Bu insanların kendilerini terk edeceklerine, hasta olup öleceklerine, başka birisi için kendilerini bırakacaklarına, önceden kestirilemez davrandıklarına ya da bir şekilde

aniden ortadan kaybolacaklarına inanırlar. O yüzden daima korku içinde yaşarlar ve birisinin yaşamlarından çıkmak üzere olduğunun herhangi bir işareti için tetiktedirler.

Gerçek ya da algılanan bir kayıp olduğunda, insanları kaybetme ile ilgili kronik anksiyete, üzüntü ve depresyon, onları terk eden insanlara öfke en yaygın duygulardır. (Daha şiddetli biçimlerde bu duygular, dehşet, keder ve öfkedir.) Bazı hastalar, insanlardan kısa bir süre için ayrıldıklarında bile üzgün olurlar. Genel davranışlar önem verilen başkalarına yapışma, sahiplenici ve kontrolcü olma, onları terk edenleri suçlama, kıskançlık, rakipleriyle rekabetçiliği içerir ki hepsi de başkasının ayrılmasını engellemek içindir. Terk Edilme şemalı bazı hastalar, önlenemez kaybetme acısı öngörüsünü deneyimlemekten kaçınmak için yakın ilişkilerden tümüyle kaçınırlar. (Bu şemalı bir hastaya sevdiği kadına neden bir söz veremediği sorulduğunda cevabı; "ya ölürse" idi.) Şema devamlılığı sürecine uygun olarak bu hastalar, genelde onları terk etme olasılığı yüksek olan bağımsız ya da elde edilemez partnerler gibi istikrarsız kişileri önem verdikleri kişiler olarak seçerler. Genelde bu partnerlerle güçlü bir kimyaya sahiptirler ve genelde obsesif bir şekilde aşık olurlar.

Terk Edilme şeması genelde diğer şemalarla bağlantılıdır. Boyun Eğicilik şeması ile bağlantılı olabilirler. Hastalar, başka insanların istediklerini yapmazlarsa onların kendilerini terk edeceklerine inanırlar. Bağımlılık/Yetersizlik şeması ile bağlantılı olabilirler. Hastalar, diğer kişiler terk ederse kendi dünyalarında fonksiyonlarını kaybedeceklerdir. Son olarak Terk Edilme şeması, Kusurluluk şeması ile bağlantılı olabilir. Hastalar, diğer kişilerin ne şekilde kusurlu olduklarını bulacaklarına ve onları bırakacaklarına inanırlar.

Tedavi Amaçları

Tedavinin bir amacı, hastanın ilişkilerinin istikrarı ile ilgili daha gerçekçi olmalarına yardım etmektir. Terk Edilme şeması için başarılı bir şekilde tedavi edilen hastalar artık tüm zamanlarını önem verdikleri güvenilir kişilerin ortadan kaybolmak üzere oldukları hakında endişe ederek geçirmezler. Nesne ilişkileri açısından önem verdikleri kişileri istikrarlı nesneler olarak içselleştirmeyi öğrenirler. Diğer kişilerin onları terk edeceklerinin işareti olarak davranışları yanlış anlama ve abartma olasılıkları daha azalır.

Bağlantılı şemaları, aynı zamanda azalır. Çünkü daha az boyun eğici, bağımlı ya da kusurlu hissettiklerinden terk edilme önceden alışıldığı kadar korkutucu değildir. İlişkilerde daha güvenli hissederler bu nedenle yapışmak, kontrol etmek ya da manipüle etmek zorunda kalmazlar. Daha az öfkelidirler. Onlar için devamlı orda olan önem verdikleri kişileri seçerler ve artık yakın ilişkilerden kaçınmazlar. Bu şemalı hastalarda ilerlemenin diğer bir işareti anksiyete ya da depresyon olmadan ve doğrudan doğruya başkalarıyla temas ve bağlantı kurma zorunluluğu olmadan geniş zaman dilimlerinde yalnız kalabilmeleridir.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Terk Edilme şeması ağırlaştıkça, tedavi için terapi ilişkisinin önemi artar. BKB olan hastalar, genelde çekirdek şemalarının biri olan, Terk Edilmeye sahiptirler ve bu yüzden terapi ilişkisi iyileştirmenin birincil kaynağıdır. Yaklaşımımıza göre terapist, geçici ebeveyn figürü olur -hastanın dünyaya cesaret edebilmesini ve başka istikrarlı bağları biçimlendirebilmesini sağlayan bir temel. Öncelikle hasta, terapi ilişkisi içerisinde şemanın üstesinden gelmeyi öğrenir sonra bu öğrendiğini terapi dışında önem verdiği başkalarına geçirir. "Sınırlı yeniden ebeveynlik" aracılığıyla terapist, hastaya istikrar sağlar ve hasta terapisti gittikçe istikrarlı bir nesne olarak kabul etmeyi öğrenir. Mod çalışması, özellikle faydalıdır (bkz. 9. Bölüm). Empatik yüzleştirme aracılığıyla terapist, hastanın sürekli terapistin kendisini terk etmek üzere olduğu çarpıtılmış duygusunu iyileştirir. Terapist, hastanın yıkım ya da aşırı tepki olmadan terapistin ayrılışı, tatile çıkışı ya da bulunmazlığını ka-

bul etmesine yardım eder. Sonunda terapist, hastanın birincil ilişki olarak terapistle yer değiştirecek birini bulmasına yardım eder -terk etmeyecek istikrarlı biri- böylece hasta, ebediyen istikrarlı bir nesne olması için terapiste bağımlı kalmaz.

Bilişsel stratejiler, hastanın diğer insanların sonunda ayrılacağı, öleceği ya da beklenmeyen davranışlarda bulunacağı abartılı bakışını değiştirmeye odaklanır. Hastalar, önem verdikleri kişilerden geçici ayrılmaları felaketleştirmeyi durdurmayı öğrenir. Ayrıca bilişsel stratejiler, hastanın önem verdiği kişilerin her zaman var ve tümüyle kalıcı olacaklarına dair gerçek dışı beklentilerini değiştirmeye odaklanır. Hastalar, diğer insanların sınır koyma ve ayrı bir ortam oluşturmaya hakları olduğunu kabul etmeyi öğrenirler. Bilişsel stratejiler, hastanın partnerin her zaman orada olduğundan emin olmaya obsesif bir şekilde odaklanmasını azaltmaya çalışır. Son olarak bilişsel stratejiler, diğer şemalara bağlı bilişlere yönelir -örneğin; diğer insanların onlardan yapmasını istediklerini yapmaya zorunlu oldukları ya da başkalarının onları terk edeceği; yetersiz oldukları, diğer insanların onlarla ilgilenmesine ihtiyaç duydukları ya da kusurlu oldukları ve diğer insanların kaçınılmaz bir şekilde bunları görüp ayrılacakları görüşünü değiştirmek gibi.

Deneysel stratejiler açısından hastalar, çocukluktaki terk edilme deneyimlerini ya da istikrarsızlığı hayal kurmada tekrar yaşarlar. Hastalar, onları terk eden ya da bazen olan bazen olmayan istikrarsız ebeveynlerin anılarını hayal kurma aracılığıyla yeniden deneyimlerler. Terapist, hayale girer ve çocuk için güvenilir bir figür olur. Terapist, sorumsuzca hareket eden ebeveyne öfkesini ifade eder ve Terk Edilen Çocuğu rahatlatır. Sonra terapist Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer ve aynısını yapar. Onları terk eden ebeveyne öfkesini ifade eder ve Terk Edilen çocuğu rahatlatır. Böylece hastalar gittikçe hayallerinde Sağlıklı Erişkin olarak görev alabilirler.

Davranışsal olarak hastalar, sözlerini tutma becerisine sahip partnerler seçmeye odaklanırlar. Ayrıca kıskanç, yapışmacı, öfkeli ve kontrolcü davranışlarla partnerlerini zorlamayı bırakmayı öğrenirler. Adım adım yalnız kalmaya dayanmayı öğrenirler. İstikrar için şema yönelimli çekime karşı koyarak istikrarsız ilişkilerden hızlı bir şekilde uzaklaşmayı ve istikrarlı ilişkilerde daha rahat olmayı öğrenirler. Ayrıca bağlı şemaları iyileştirirler: Diğer insanların onları kontrol etmesine izin vermeyi bırakırlar. Günlük sorunları ele almada daha becerikli olmayı öğrenirler ya da daha az kusurlu hissetmeye çalışırlar.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Terk Edilme, terapist seansı sonlandırma, tatile çıkma ya da randevu zamanını değiştirme gibi bir ayrılma yaşadığında bu genelde terapide bir sorun ortaya çıkarır. Şema tetiklenir ve hasta korku duyar ya da öfkelenir. Bu durumlar, hastanın şemada gelişme göstermesi için mükemmel bir fırsat olur. Terapist, empatik yüzleştirme aracılığıyla hastanın bunu yapmasına yardım eder: Hastanın neden bu kadar korktuğunu terapist anlamasına rağmen, ayrılırlarken terapistin yine de hastayla ilişkili olduğu ve terapistin hastaya tekrar döneceği ve onu göreceği bir hakikattir.

Alternatif olarak hastalar, terapistin onları bırakmayacağından emin olmak için terapide oldukça itaatkar olabilirler. Onlar "iyi hastadırlar" fakat otantik değildirler. Hastalar, sürekli güvence arayarak ya da yeniden bağlantı kurmak için seanslar arasında arayarak terapisti bunaltabilirler. Kaçınmacı hastalar, seansları kaçırabilirler, düzenli bir temelde ilerlemeye isteksiz olabilirler ya da terapiden zamanından önce ayrılabilirler, çünkü terapiste bağlanmayı istemezler. Terk Edilme şemalı hastalar, terapisti örneğin; terapiyi bırakmakla tehdit ederek ya da terapisti bırakmayı istemekle suçlayarak tekrar tekrar sınayabilirler. Borderline bozukluğu olan hastaların tedavisi üzerine olan bölümümüzde bu konuyu detaylı bir şekilde ele alacağız (bkz. 9. Bölüm). Kısaca terapist, sınır koy-

ma ve empatik yüzleştirme kombinasyonuyla probleme yaklaşır.

Diğer risk, Terk Edilme şeması olan hastalar, diğer insanlarla istikrarlı ve birincil bağlantılar kurmak yerine terapisti yaşamlarında sürekli merkezi bir figür haline getirebilirler. Hasta asla terapiye son vermez, fakat terapistin istikrarlı bir bağlantı oluşturması için müsaade etmeye devam eder. Terapiste bağımlı olma, şemaya sağlıksız çözüm getirir. Terapinin nihai amacı, dış dünyada hastanın duygusal ihtiyaçlarını giderebileceği başkalarıyla bağlantı kumasıdır.

Güvensizlik/Suistimal Edilme

Şemanın Genel Sunumu

Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalı hastalar, başkalarının yalan söylemesini, yönlendirmesini, aldatmasını ya da onlara avantaj sağlamalarını ve şemanın en aşırı biçiminde olmalarını, hastayı istismar etmeye ve utandırmaya çabalamalarını beklerler. Bu hastalar başka insanların açık ve dürüst olabileceğine ve gerçekten ilgilendiklerine inanmazlar. Bunun yerine şüphe duyarlar ve korunurlar. Bazen diğer insanların bile bile onlara zarar vermek istediklerine inanırlar. En iyi ihtimalle insanların sadece kendileriyle ilgileniyor olduklarını ve ihtiyaç duyduklarını almak için başkalarına zarar vermeye uğraşmadıklarını düşünürler. En kötü ihtimalle insanların, art niyetli, sadist olduğuna ve başkalarına zarar vermekten mutlu olduklarına inanırlar. Aşırı biçimde bu şemaya sahip hastalar, başka insanların onlara tecavüz etmek ve cinsel olarak suistimal etmek istediklerine inanırlar. (Isaac Bashevis Singer "*Shosha*" kitabında soykırım üzerine yazmıştı -Güvensizlik ve Suistimal Edilme şemasının kitlesel dışa vurumu: "Dünya, bir mezbaha ve genel evdir".[1])

Bu yüzden bu şemaya sahip hastalar, yakınlıktan kaçınma eğilimindedirler. İçlerindeki duygu ve düşünceleri paylaşmazlar ya da başkalarına çok fazla yakınlaşmazlar ve bazı durumlarda önleyici saldırı şeklinde diğer insanları aldatma ya da istismar etmeye kadar ileri giderler. ("Onlar beni ele geçirmeden önce ben onları ele geçireceğim.") Genel olarak konuşursak, tipik davranışları, kurban olma ve istismar edilme davranışlarını içerir. Bazı hastalar, başkalarına yönelik istismarcı davranışlarda bulunurken bazı hastalar da istismarcı partnerler seçerler ve kendilerinin fiziksel, cinsel ya da duygusal olarak istismar edilmesine izin verirler. Bazı hastalar, diğer istismar edilmiş insanların kurtarıcısı olurlar ya da istismarcı olarak algıladıkları insanlara karşı öfke ifade ederler. Bu şemaya sahip hastalar, genelde paranoid gibi görünürler: Sürekli testler hazırlarlar ve diğer insanların güven duymaya layık olup olmadıklarını belirlemek için kanıt toplarlar.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, Güvensizlik/Suistimal Edilme hastalarının, bazı insanlar güvenilmezken diğer pek çok insanın da güvenilir olduğunu fark etmelerine yardım etmektir. Onlara en iyi yaşam biçiminin, istismarcı insanlardan mümkün olduğu kadar uzaklaşmak olduğunu, gerektiğinde onlara karşı koymalarını ve özel yaşamlarında güvenilir insanlara sahip olmaya odaklanmalarını öğretiriz.

Güvensizlik/Suistimal Edilme şemalarını iyileştiren hastalar, güvenilir insanlarla güvenilmezleri birbirinden ayırt etmeyi öğrenmişlerdir. Güvenilirliğin bir spektrumu olduğunu öğrenirler: İnsanlar, mükemmel olmak zorunda olmayan güvene değer verirler; yine de "yeteri kadar güvenilir" olmak zorundadırlar. Hastalar, güvenilir insanlarla farklı şekilde davranmayı öğrenirler. Onları suçsuz görmeyi kabul ederler. Daha az şüphelenirler ve korunurlar. Test hazırlamayı bırakırlar ve artık aldatılmayı beklemediklerinden başkalarını aldatmazlar. Hastalar, partnerleri ya da yakın arkadaşları olan bireylerle daha güvenilir olurlar. Pek çok sır paylaşırlar ve incinebilir olmayı isterler. Sonunda açık davranırlarsa güvenilir insanların karşılığında onlara genellikle iyi davranacaklarını görürler.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Çocukluk istismarı ile meşgul olunurken terapi ilişkisi, terapinin başarısı için çok önemlidir. Çocukluk istismarı deneyiminin çekirdeğinde, dehşet, savunmasızlık ve izolasyon duyguları vardır. İdeal olarak terapist hastaya bu duygular için antidot sağlar. Terapi deneyiminin çekirdeğinde, güvenlik, güçlendirme ve yeniden bağlantı kurma duyguları vardır.

Küçük yaşta çocukken istismar edilen hastalarla terapist, duygusal güvenlik kurmaya çalışmalıdır. Amaç, istismar öyküsünü anlatmaları için hastalara güvenli bir ortam sağlamaktır. Pek çok istismar yaşamış kimse, hikâyelerini anlatmakla ilgili yoğun bir şekilde ikilemdedirler. Hastanın bir kısmı ne olduğunu tartışmak isterken diğer kısmı bunu sakl'amak ister. Bu hastaların çoğu ikisi arasında gidip gelirler, tıpkı travma sonrası stres bozukluğunun yaygın bir özelliği olan ezilme ve uyuşma duyguları arasında gidip gelmeleri gibi. Terapinin sonuna dek pek çok hastanın sırlarının açılmış, tartışılmış ve anlaşılmış olacağını umarız. (Terapist, asla meydana gelmemiş olabilen istismar anılarını, hafifçe zorlamaktan ya da zorlama hissi vermekten kaçınmak için bu süreç boyunca dikkatli olur.)

Bilişsel olarak terapist, hastanın istismara aşırı tetikte olma halini azaltmaya yardım eder. Hastalar, güvenilirlik spektrumunu fark etmeyi öğrenirler. İlaveten hastalar, değersizlik gibi oldukça yaygın olan kendilerine bakışlarını ve istismar için kendilerini suçlamayı değiştirmeye çalışırlar (Güvensizlik/Suistimal Edilme ve Kusurluluk Şemalarının karışımı). İstismarcı için bahaneler uydurmayı bırakır ve suçu ait olduğu yere yükler.

Deneysel olarak hastalar, hayal kurma yoluyla çocukluk istismar anılarını yeniden yaşarlar. Bu genelde üzücü bir süreç olduğundan hastalar buna girişmeden önce birçok hazırlığa ve zamana ihtiyaç duyarlar. Terapist, hasta hazır olana dek bekler. Öfke boşaltma, deneysel çalışmada öncelikli öneme sahiptir. Hastaların mevcut yaşamlarındaki insanlara ya da kendilerine sürekli öfke duymaktansa çocuklukları sırasında onları istismar eden insanlara öfke boşaltmaları özellikle önemlidir. Çocukluk istismarının hayalinde hastalar o zamanda boğuldukları duyguların tümünü ifade ederler. Terapist, İstismar Edilen Çocuğu korumak ve rahatlatmak, suç işleyene karşı koymak için istismar hayaline katılır. Bu, hastanın güvenilir ve etkili bir bakıcı olarak terapisti içselleştirmesine yardımcı olur. Sonunda hasta Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer ve aynısını yapar, suç işleyene karşı koyar, çocuğu korur ve rahatlatır. Hastalar ayrıca hayalde, istismarcıdan uzak güvenli bir mekan bulmaya çalışırlar. Bu mekan, hastanın geçmişiyle ya da terapist ve hastanın birlikte oluşturdukları belki de güzel bir doğa manzarası ya da sakinleştirici ışıklar ve renklerle kurulan bir hayal olabilir. Son olarak hastalar, kendilerini önem verdikleri güvenilir kişilerle açık ve otantik olarak hayal ederler. Bir kez daha tekrarlarsak tedavinin atılımı, öncelikle geçmişte öfkeyi hak eden insanlar ile bugün hak etmeyen insanlar arasında keskin bir ayrım ortaya koymasına yardım etmek, sonra da mevcut yaşamında ona iyi davranan insanlara iyi davranırken geçmişte bunu hak eden insanlara yönelik öfkesini terapi seanslarında dışa vurmasını sağlamaktır.

Davranışsal olarak hastalar dürüst insanlara güvenmeyi adım adım öğrenirler. Önem verdikleri kişilerle uygun bir şekilde yakınlık düzeyini arttırırlar. Uygun olduklarında sırlarını ve istismar anılarını partnerleriyle ya da yakın arkadaşlarıyla paylaşırlar. İstismar edilenler için destek grubuna katılmayı düşünürler. İstismarcı olmayan partnerleri seçerler. Hastalar, başkalarına kötü davranmayı bırakırlar ve istismarcı insanlara sınır koyarlar. Diğer insanlar hata yaptıklarında daha az cezalandırıcı olurlar. İlişkilerden kaçınmak, yalnız kalmak ya da yakın karşılaşmadan kaçınmak ve insanlardan duygusal olarak uzak kalmak yerine insanlarla yakınlaşmaya ve samimi olmaya çalışırlar. Başka insanların onlara zarar vermek için yaptıkları şeylerle ilgili skor tutmayı ve kanıt toplamayı bırakırlar. Başka

insanların güvenilir olup olmadığına bakmak için ilişkilerinde sürekli sınamayı bırakırlar. Diğer insanlardan faydalanmayı bırakırlar bu başkalarının nazik tepki vermesini sağlar.

Hastanın yakın ilişkileri, tedavinin önemli bir ağırlığını teşkil eder. (Diğer insanların güvenilir olduğunu varsayarak) sevgili, arkadaş ya da çalışma arkadaşı gibi önem verdikleri kişilere daha uygun davranmayı ve daha güvenilir olmayı öğrenirler. Hastalar seans dışında yaşamlarında hem tercihlerinde hem de güvenlerinde daha seçici olurlar. Terapiye partneri getirmek de faydalı olabilir. Böylece terapist, hastanın partnerini nasıl yanlış anladığının örneklerini hastaya verebilir. Bu şemalı bazı hastalar, başkalarına ciddi bir şekilde zarar verecek kadar istismarcı olurlar. Bu hastalar, terapistin ahlaki bir model olarak hizmet etmesine ve sınır koymasına ihtiyaç duyar. Başkalarına kötü davranmayı bırakması için hastaları kazanmak, önemli bir davranışsal amaçtır.

Terapi ilişkisi açısından terapist, hasta ile mümkün olduğu kadar dürüst ve samimi olmaya çalışır. Hastanın terapistle ilgili sahip olduğu olumsuz duyguları tartışarak düzenli biçimde güven konularıyla ilgili soru sorar. Terapist başarılı bir güven inşa ederken yavaşça hareket eder ve deneysel çalışmayı geciktirir. Hastanın güçlenmesi, bu şema tedavisinin temel prensibidir. Terapist, istismarla bozulmuş güçlü, aktif ve becerikli benlik duygusunu iyileştirmeyi amaçlar. Terapist, bağımsızlığı teşvik eder ve tedavi süreci üzerine hastaya geniş bir kontrol ölçeği verir.

İstismar, birey ve diğer insanlar arasında sınır koyar. Kişi sıradan insan ilişkilerinin dünyasını ayırır ve kâbusa çevirir. Suistimal sırasında kurban, tamamen yalnız hisseder ve bittikten sonra başkalarından kopuk ve uzak hisseder. Mevcut ilişkilerin gerçek dünyası, belirsiz ve gerçek dışı görünürken suçluyla olan ilişki anıları keskin ve açıktır. (Sylvia Plath, *Sırça Fanus*'ta şöyle yazmıştır: "Sırça fanusta boş ve ölü bir bebek gibi kalmış kişiye göre dünyanın kendisi kötü rüyadır".[2]) Terapist, istismar edilenler ile insanlığın geri kalanı arasında bir arabulucudur: O, hastanın sıradan dünyaya yeniden bağlantı kurma aracı olarak hizmet eder. Terapistle ilişki kurarak hasta insanlığın geri kalanına sembolik bir şekilde yeniden bağlanır.

Alice Miller'dan bir terim uyarlarsak terapist, hastanın istismar deneyimine "aydınlatıcı tanık" olmaya çalışır.[3] Hasta hikayesini anlatırken terapist, güçlü ve eleştirel olmayan bir görünüşle dinler. Terapist, her ne olduysa travmanın duygusal yükünü paylaşmayı amaçlar. Bazen terapist, hastanın aşırı koşullar altında incinebilirliğine ve bütüncül olamayışına ya da suçlunun kötülük kapasitesine şahit olmalıdır. Ayrıca pek çok istismar yaşayan kişi, ahlaki sorunlarla mücadele eder. Onlar, suistimal sırasında hissettikleri ve yaptıkları ile ilgili utanç ve suçluluk duygusundan kurtulamazlar. Başlarına gelen şeydeki kendi sorumluluklarını anlamak ve kendi yönetimlerinin adil ve ahlaki yargısına ulaşmak isterler. Terapistin rolü, yanıtlar vermek değil, (gidişat boyunca olumsuz çarpıtmaları düzeltmek ve) hastanın kendi cevaplarını bulması için güvenli ortam hazırlamaktır.

"Sınırlı yeniden ebeveynlikle" terapist, hasta ile kişisel bir bağlantı kurmaya çalışır. Şahsi olmayan bir uzman olarak bağlantı kurmak yerine terapist, hasta ile ilgilenen ve hastanın güvenebileceği gerçek bir kişidir. Terapistin hasta ile yakın duygusal bir bağ kurmaya çalışması, terapistin, terapist-hasta ilişkisinin sınırlarını aşması anlamına gelmez. Bunun yerine ilişkinin sınırları hem terapist hem de hastanın iyileşme çalışmasına girişmesi için güvenli bir yer sağlar. Bu sınırlar içerisinde kalmak, terapist için istismar edilenlerle çalışırken gereklidir. Çünkü çalışma, duygusal olarak mahvedici olabilir. Suistimal yaşayanları tedavi etmek, insandaki kötülük potansiyeliyle ve dünyadaki insan kırılganlığıyla ilgili karanlık gerçekle yüzleşmektir.

Travma yaşayanların tedavisinin kendisi travma edici olabilir. Bazen terapistler, hastanın duyduğu korku, öfke ve acı

duygularının aynısını deneyimlemeye başlar. Terapistler, ani düşünceler, kâbuslar ya da geri dönüşler gibi travma sonrası stres semptomları deneyimleyebilirler.[4] Terapistler, hastaların çaresizlik ve umutsuzluk duygularına maruz kalabilirler. Bu duyguların ve semptomların tamamına yakalandığında bir terapist, terapist-hasta ilişkisinin sınırlarını aşmaya ve hastanın "kurtarıcısı" olmaya kalkışabilir. Bununla birlikte bu bir hata olacaktır: Sınırların aşılmasında terapist, hastanın savunmasız olduğunu belirtip tükenmiş ve kızgın olma riskine girer. (2. Bölümde ele aldığımız gibi Şema terapi, "genel" terapi-hasta sınırlarını aşar. Bununla birlikte sınırlı yeniden ebeveynlik sağlamak için genel sınırları biraz aşmamıza rağmen hastanın zarar göreceği bir biçimde sınırları çiğnememeye dikkat ederiz. Örneğin; travma yaşayanlara açık bir rahatlama sağlarken ilerlemelerini istemek yerine travmatik materyal üzerinde daha hızlı çalışmak için onları zorlamayız.)

Şiddetli durumlarda Güvensizlik/Suistimal Edilme hastalarının terapiste güvenmeleri yani onun zarar vermeyeceğine, aldatmayacağına, utandırmayacağına, istismar etmeyeceğine ya da onlara yalan söylemeyeceğine güvenmek uzun bir zaman alabilir. Uzun terapi süreci, hastaların terapistin amaçlarını yanlış anlama, önemli gerçekleri sır olarak tutma ve dayanıksızlıktan kaçınma yollarını keşfetmesini sağlamaya ayrılır. Amaç, hastaların terapisti güvenebilecekleri biri olarak, belki de yaşamlarında hem iyi hem güçlü olan ilk yakın kişi olarak içselleştirmeleridir.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Güvensizlik/Suistimal Edilme şeması, erken dönem çocukluk travmasının dışında gelişmişse genelde tedavi edilmesi uzun süre alır - genelde ise sadece Terk Edilme şemasının tedavisi uzun sürer. Zaman zaman hasar, hastanın açmak ve değiştirmek için yeteri kadar terapiste güvenemeyeceği derecede çok ciddidir. Terapist ne yaparsa yapsın hasta, terapistin davranışını kötü niyetli gibi görecek ya da altında olumsuz

motifi yansıtacak biçimde çarpıtarak alacaktır. Hasta güçlü telafi edici davranışlara sahipse bu şemanın üstesinden gelmek çok zor olabilir.

Daha az şiddetli düzeyde hastalar, terapistin not tutmasını istemeyebilir, formları doldurmada isteksiz olabilir ya da önemli bilgiyi saklayabilirler. Çünkü materyalin bir şekilde kendilerine karşı kullanılacağından korkarlar. Terapistin, mümkün olduğu kadar bu talepleri giderebileceğine inanıyoruz, aynı zamanda bunlar şema devamlılığı örnekleri olarak onlara dikkat çekerler.

Duygusal Yoksunluk

Şemanın Genel Sunumu

Bu, hastaların çoğunlukla sahip olduklarını fark etmemelerine rağmen muhtemelen mesleğimizde tedavi ettiğimiz en yaygın şemadır. Bu şemayla hastalar çoğu kez yalnızlık, acı ve üzüntü hissederek tedaviye gelirler, fakat çoğu zaman nedenini bilmezler ya da sonradan Duygusal Yoksunluk şemasıyla ilgili olduğu ispatlanan belirsiz, açık olmayan semptomlar gösterirler. Bu hastalar, diğer insanların -terapistler de dahil- ilgi, anlayış ve kendilerini korumasını beklemezler. Duygusal olarak yoksundurlar ve yeteri kadar duygulanım ve samimiyet, ilgi ya da derin hisler almadıklarını hissederler. Onlara güç ve rehberlik verebilecek hiç kimsenin olmadığını hissedebilirler. Bu tür hastalar, yanlış anlaşıldıklarını ve dünyada yalnız kaldıklarını düşünürler. Aşkın aldatıcı olduğunu, kestirilemez ya da boş olduğunu düşünürler.

Önceden bahsettiğimiz gibi üç tür yoksunluk vardır: Onlara bakacak, özen gösterecek, dokunma ya da kucağına alma gibi fiziksel ilgi gösterecek kimsenin olmadığını hisseden hastalarda *ilgi* yoksunluğu; kim olduğunu ve nasıl hissettiğini anlamaya çabalayacak ya da gerçekten dinleyecek bir kimsenin olmadığını hissedenlerde *empati* yoksunluğu; onlara yol gösterecek ve koruyacak kimsenin olmadığını hissedenlerde *ko-*

runma yoksunluğu (genelde başkaları için çok fazla koruyuculuk ve kılavuzluk göstermesine rağmen). Duygusal Yoksunluk şeması, genelde Kendini Feda şemasına bağlıdır. Kendini Feda şemasına sahip pek çok hasta, aynı zamanda duygusal olarak yoksundur.

Bu hastalar tarafından gösterilen genel davranışlar, duygusal olarak ihtiyaç duydukları şeyleri önem verdikleri kişilerden istememe, sevgi ya da rahatlık arzularını ifade edememe; başkalarına soru sormaya odaklanma, fakat kendisi için az şey söyleme, temelde hissettiğinden daha güçlü hareket etme ve duygusal ihtiyaçları yokmuş gibi hareket ederek yoksunluğu farklı şekillerde pekiştirmeyi içerir. Çünkü bu hastalar, duygusal destek beklemezler. Talep etmezler bu nedenle genelde elde edemezler.

Duygusal Yoksunluk şemalı hastalarda gördüğümüz diğer bir eğilim, duygusal olamayan ya da duygusallık gösteremeyenleri önemli kişiler olarak seçerler. Çoğunlukla soğuk, mesafeli, benmerkezci, yoksun kişileri seçerler o nedenle duygusal olarak onları yoksunlaştırmaları olasıdır. Daha kaçınmacı olan diğer hastalar, yalnızlığı seven kişilerdir. Başkalarından herhangi bir şey almayı beklemediklerinden yakın ilişkilerden kaçınırlar. Ya mesafeli ilişkilerde kalırlar ya da ilişkilerden tamamıyla kaçınırlar.

Duygusal yoksunlukları için aşırı telafide bulunan hastalar, ihtiyaçları giderilmediğinde aşırı talepkar olma eğilimindedirler ve öfkeli olurlar. Bu hastalar, bazen narsisisttirler: Çocuklar gibi hem yüz bulup hem de yoksun olduklarından ihtiyaçlarını gidermek için güçlü hak görme duyguları geliştirmişlerdir. Herhangi bir şey elde etmek için taleplerinde son derece kararlı olmaları gerektiğine inanırlar. Duygusal Yoksunluk şemalı hastaların çok az bir kısmı, çocukken farklı biçimlerde yüz bulma gösterirler: Açık biçimde şımarırlar, normal davranış kurallarını izleme gereği duymazlar ya da bazı yetenek ve becerilere tapınırlar fakat içten sevgi göstermezler.

Bu şemaya sahip hastaların küçük bir dilimindeki diğer bir eğilim, aşırı muhtaç olmadır. Bazı hastalar, yapışmacı ya da savunmasız hatta histriyonik olarak karşılaştıkları pek çok ihtiyacı şiddetli bir şekilde ifade ederler. Onların dikkatini ve ilgisini çekecek insanları elde etmenin ikincil/sekonder kazançlarının yanında bir çok fiziksel şikayetleri -yani psikomatik semptomları- vardır (bu fonksiyon, neredeyse her zaman farkındalıklarının dışında olmasına rağmen böyledir).

Tedavi Amaçları

Tedavinin başlıca amacı, hastanın duygusal ihtiyaçlarını fark etmesine yardım etmektir. Giderilmemiş duygusal ihtiyaçlara sahip olmalarını hatta bazı şeylerin yanlış olduğunu fark etmemelerini oldukça doğal görürler. Diğer amaç, hastaların duygusal ihtiyaçlarının doğal ve gerçek olduğunu kabul etmelerini sağlamaktır. Her çocuk, bakım, empati ve korunmaya ihtiyaç duyar, erişkin olarak da bunlara ihtiyaç duyar. Hastalar uygun insanları nasıl seçeceklerini ve uygun bir şekilde ihtiyaç duyduklarını istemeyi öğrenebilirlerse o zaman başka insanlar onlara duygusal olarak karşılık vereceklerdir. Bu, özünde diğer insanların mahrum kalıyor olduğu anlamına gelmez. Bu hastaların, ya kendilerini karşılamayacak insanlar seçmelerine yol açan ya da ihtiyaçlarını giderebilecek insanlardan vazgeçiren davranışlar öğrendikleri anlamına gelir.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Bu şemanın çocukluk temellerini inceleme üzerine güçlü bir vurgu yapılmaktadır. Terapist, hastanın çocuklukta giderilmemiş duygusal ihtiyaçlarını fark etmesine yardım etmek için deneysel çalışma kullanır. Pek çok hastada eksik bazı şeylerin semptomları olsa bile eksikleri fark etmezler. Hayal kurma çalışması aracılığıyla hastalar, kendilerinin Yalnız Çocuk kısmıyla temasa geçer ve bu modu mevcut problemlere bağlarlar. Hayal kurmada yoksun bırakan ailesine öfke ve acılarını ifade ederler. Çocuklukta giderilmemiş duygusal ihtiyaç-

ların tümünü ve her birini karşılamak için ebeveynlerinden yapmalarını istediklerini listelerler. Terapist, çocukluk hayallerine Yalnız Çocuğu rahatlatan ve yardım eden Sağlıklı Erişkin olarak girer. Sonra hasta hayale Sağlıklı Erişkin olarak girer ve Yalnız Çocuğu rahatlatır ve yardım eder. Hastalar, ev ödevi için ebeveynlerine hayal kurma çalışmasıyla ortaya çıkan yoksunluk ile ilgili bir mektup yazarlar.

Ayrılma ve Reddedilme alanındaki şemaların çoğunda olduğu gibi terapi ilişkisi şema tedavisinin merkezindedir. (Genellikle hasta-terapi ilişkisine daha az, hastanın dış ilişkilerine daha fazla dayalı olmayı içeren Sosyal İzolasyon şeması hariç.) Terapi ilişkisi, genelde bu hastaların kendilerine bakacak, anlayacak ve yol gösterecek birisine izin verdikleri ilk ortamdır. "Sınırlı yeniden ebeveynlik" aracılığıyla terapist, onların duygusal yoksunluklarına kısmi bir antidot sağlar. Pek çok duygusal ihtiyacın giderildiği sıcak, empatik ve koruyucu bir ortam. Eğer terapist, ilgilenir ve hastaya yeniden ebeveynlik ederse o zaman hastanın yoksunluk duygusu yatışacaktır. Terk Edilme şemasındaki gibi terapi ilişkisi, hastaya sonradan terapi dışındaki yaşamlarında başkalarına yönlendirebileceği bir model sağlar (bir "düzeltici duygusal deneyim"[5]). Terk Edilme şemasındaki gibi hastanın yakın ilişkisine önemli bir vurgu vardır. Terapist ve hasta dikkatli bir şekilde hastanın önem verdiği kişilerle ilişkilerini inceler. Hastalar, uygun partner ve yakın arkadaşlar seçme, kendi ihtiyaçlarını tespit etme ve uygun biçimlerde bu ihtiyaçlara sahip olmayı isteme üzerine çalışırlar.

Bilişsel olarak terapist, hastanın, önem verdiği kişilerin bencil ya da yoksunlaştırıcı hareket ediyor oldukları abartılı duygusunu değiştirmesine yardım eder. Aşırı tepki vermeyi tetikleyen "siyah ya da beyaz" düşünme karşıtlığına göre hasta yoksunluk derecelerini ayırt etmeyi öğrenir -yani iki karşı kutup yerine bir süreklilik görmeyi öğrenir. Diğer insanlar, verdikleri üzerine sınır koymalarına rağmen yine de hasta ile ilgilenirler. Hastalar, mevcut ilişkilerinde giderilmemiş duygusal ihtiyaçları tespit ederler.

Davranışsal olarak hastalar, ilgili partnerler ve arkadaşlar seçmeyi öğrenirler. Partnerlerinden duygusal ihtiyaçlarını uygun biçimlerde gidermeyi ve önem verdikleri kişilerden ilgi görmeyi isterler. Hastalar yakınlıktan kaçınmayı bırakırlar. Başkaları tarafından ihmal edildiklerini hissettiklerinde hafif düzeydeki yoksunluk, geri çekilme ya da izolasyona aşırı öfke ile tepki vermeyi bırakırlar.

Terapi ilişkisinde terapist, duygusal ilişkiyi kanıtlamak için (hastanın bir kartla doğum günlerini hatırlama gibi) özel girişimlerde bulunarak dikkat, empati ve rehberlik yanında bir ilgi atmosferi sağlar. Terapist, hastanın aşırı tepki vermeden ya da sessiz kalmadan yoksunluk duygularını ifade etmesine yardım eder. Hasta, terapistin sağladığı ilgiyi takdir ederken sınırlamalarını kabul etmeyi ve bazı yoksunlukları tolere etmeyi öğrenir. Terapist, hastanın erken dönem yoksunluk anılarıyla terapi ilişkisindeki duyguları bağlamasına ve deneysel olarak bu anılar üzerinde çalışmasına yardım eder.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En yaygın problem bu şemalı hastaların, sıklıkla bunun farkında olmamalarıdır. Duygusal Yoksunluk, buna sahip olduğunu bilmeyen insanlarla çalıştığımız en yaygın üç şemadan biridir (ki diğerleri Boyun Eğicilik ve Kusurluluk şemalarıdır). Giderilmiş duygusal ihtiyaçlara asla sahip olamadıklarından hastalar, giderilmemiş duygusal ihtiyaçları olduğunu fark etmezler. Böylelikle bir yandan depresyon, yalnızlık ya da fiziksel semptomlar diğer yandan ilgi, empati ve korunma arasında hastanın bağlantı kurmasına yardım etmek çok önemlidir. Hastaların, *Hayatını Yeniden Keşfet*[6] kitabının Duygusal Yoksunluk bölümünü okumalarının kendilerinin şemayı tanımalarına yardım edebileceğine inanıyoruz. Bazı nitelikleri tespit edebilirler ya da yoksun bırakan ebeveyni tanımlayabilirler.

Bu şemalı hastalar genelde duygusal ihtiyaçların doğruluğunu inkar ederler. İhtiyaçların önemli ya da yararlı olduğunu inkâr ederler, güçlü insanların ihtiyaçları olmadığına inanırlar. Hem terapistten hem de dış dünyada önem verilen kişilerden bağ ve sevgi isteyenlerin içinde bir Yalnız Çocuk olduğunu kabul etmenin sorun olduğunu, ihtiyaçlarını gidermek için başkalarından istemenin zayıf ya da kötü olduğunu düşünürler.

Benzer şekilde, hastalar önem verdikleri kişilerin, onların neye ihtiyaç duyduklarını bilmeleri gerektiğine ve istemek zorunda kalmayacaklarına inanabilirler. Bu inanışların tümü, hastanın başkalarının ihtiyaçlarını gidermesini isteyebilmesine karşı çalışır. Bu hastaların, insanın gereksinimleri olduğunu ve başkalarından onları gidermelerini istemenin sağlıklı olduğunu öğrenmeleri gerekir. Duygusal olarak incinebilirlik insan doğasıdır. Yaşamdaki amacımız, güç ve incinebilirlik arasında bir dengedir. Bu nedenle bazen güçlü oluruz bazen de incinebilir oluruz. Tek bir tarafa sahip olmak -sadece güçlü olmak- tamamen insan olmak değildir, benliğimizin çekirdek kısmını inkâr etmektir.

Kusurluluk/Utanç

Şemanın Genel Sunumu

Bu şemalı hastalar, kendilerinin kusurlu, hatalı, kalitesiz, kötü, değersiz ya da sevimsiz olduğuna inanırlar. Bu nedenle genelde kim olduklarıyla ilgili kronik utanç duygusu yaşarlar.

Kendilerinde kusurlu olarak gördükleri yönler nelerdir? Herhangi bir kişisel nitelik olabilir -çok öfkeli, çok yoksun, çok kötü, çok huysuz, çok tembel, çok budala, çok sıkıcı, çok garip, çok otoriter, çok şişman, çok zayıf, çok uzun, çok kısa ya da çok güçsüz olduklarına inanırlar. Kabul edilemez cinsel ya da saldırgan tutkulara sahip olabilirler. Varoluşlarındaki bazı şeyleri Kusurlu hissederler: Bu onların yaptıkları değil, fakat olduklarını hissettikleri şeydir. Kusurlarının ortaya çıkacağı kaçınılmaz andan korktukları için başkalarıyla ilişki kurmaktan korkarlar. Her an diğer insanlar, çekirdekteki kusurları aniden anlayabilirler ve onlar utanç duyabilirler. Bu korku özel ya da genel dünyalara etki edebilir: Bu şemalı hastalar, yakın ilişkilerinde ya da daha geniş sosyal dünyada (ya da her ikisinde de) kusurlu hissederler.

Bu şemaya sahip hastaların tipik davranışları, kendilerini değersizleştirmelerini ve başkalarının onları değersizleştirmesine izin vermelerini içerir. Bu hastalar, başkalarının kendilerine kötü davranmalarına ve sözel olarak suistimal etmelerine izin verebilirler. Genelde eleştiriye ve reddedilmeye aşırı hassasiyet gösterirler ve bunun için şemaya teslim olma ya da şemayı aşırı telafiye dayalı ya üzülmüş ve morali bozuk ya da öfkeli olarak çok güçlü tepki verirler. İçten içe problemleri için başka insanların suçlu olduğunu düşünürler. Genelde içe kapanıktırlar, kendileri ve başkaları arasında birçok karşılaştırma yapma eğilimindedirler. Diğer insanların, özellikle "kusursuz" ya da onun kusurlarını görebilenler olarak algıladıkları kişilerin, arasında emniyetsiz hissederler. Özellikle kusurlu hissettikleri alanlarda kıskanç ya da rekabetçi olabilirler ve bazen bireyler arası etkileşimleri "bir yukarı bir aşağı" dansı olarak görürler. Genelde eleştirel ve reddedici partnerler seçerler ve onları seven insanları tenkit edebilirler. (Groucho Marx, sonradan "bir üye olarak beni alabilecek bir kulübe ait olmak istemeyebilirim" dediğinde bu duygusunu ifade eder.) Büyüklük ve yüksek standartlar gibi narsisistik hastanın pek çok niteliği Kusurluluk şemasının belirtileri olabilir. Birçok durumda bu nitelikler altta yatan kusurluluk ve utanç duygularını dengelemeye hizmet eder.

Hastalar, yakın ilişki ya da sosyal ortamlardan kaçınabilirler, çünkü insanlar kusurlarını görebilirler. Gerçekte kaçınmacı kişilik bozukluğunun birincil baş etme biçimi olarak kaçınmanın, Kusurluluk şemasının yaygın bir belirtisi olduğuna inanıyoruz. Bu şema, madde bağımlılığı, yeme bozukluğu ve diğer ciddi problemlere yol açabilir.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastanın öz saygını yükseltmektir. Bu şemayı iyileştiren hastalar, sevgi ve saygıya layık olduklarına inanırlar. Kusurluluk duyguları ya yanlış anlaşılmıştır ya da abartılıdır: Özellik gerçekten bir kusur değildir ya da onların hissettiğinden çok daha az önemli olan bir sınırlamadır. Ayrıca hasta kusuru iyileştirebilir. Fakat hasta bunu düzeltemese bile bu, insan varlığı olarak değerini çürütmez. İnsan doğası kusurludur ve mükemmel değildir. Birilerini herhangi bir şekilde sevebiliriz.

Bu şemayı iyileştiren hastalar, başka insanlar arasında daha rahat eder. Çok daha az incinebilir ve korumasız hissederler ve ilişkilere girmeye daha isteklidirler. Başka insanlar onlara dikkat ettiklerinde artık kendilik bilinci duygularına çok eğilimli değildirler. Bu hastalar, diğer insanları daha az yargılayıcı ve daha kabul edici olarak görürler ve insani kusurları gerçekçi bir bakış açısı içersine sokarlar. İnsanlarla daha açık davranarak sır tutmayı ve benliğin birçok parçasını saklama çabasını bırakırlar ve başkaları onları eleştirse ve reddetse bile öz değer duygusunu sürdürebilirler. İltifatları daha doğal bir şekilde kabul ederler ve artık başka insanların kendilerine kötü bir şekilde davranmalarına izin vermezler. Daha az savunmacı oldukça, kendileri ve başka insanlarla ilgili daha az mükemmeliyetçi olurlar ve onları seven ve onlara iyi davranan partnerler seçerler. Özetle artık, Kusurluluk/Utanç şeması için teslim olma, kaçınma ya da aşırı telafi davranışları göstermezler.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Bir kez daha söylersek terapi ilişkisi, bu şema tedavisinin merkezidir. Eğer terapist hissedilen kusuru anlayarak hasta ile ilgilenebilirse o zaman hasta bunu anlayacak ve daha değerli hissedecektir. Terapistin, doğrudan olumlaması ve övmesi önemlidir ve hastanın olumlu niteliklerine işaret eder.

Bilişsel stratejiler, hastaların kendilerine kusurlu olarak bakmalarını değiştirmeyi hedefler. Hastalar, şema kanıtlarını ve karşıt kanıtları inceler ve eleştirel şema ile sağlam bir öz saygıya sahip sağlıklı yön arasında diyalog yürütürler. Kendi değerlerini vurgulamayı ve kusurlarını belirlemenin önemini azaltmayı öğrenirler. Kusurlarının çoğu doğuştan gelen değil, çocuklukta öğrendikleri değiştirilebilir davranışlardır ya da hiçbiri kusur değildir, fakat aşırı eleştirellik belirtileri gösterirler. Bu şemaya sahip çoğu hastanın gerçekten ciddi kusurları olmadığını, ancak aşırı eleştirel ya da reddedici ebeveynleri olduğunu görürüz. Hastanın kusurları olsa bile çoğu terapi ya da diğer araçlar aracılığıyla ele alınabilir; eğer yapamazlarsa hastanın onları dikkate aldığı kadar yoğun değildirler. Bilişsel teknikler, hastanın çocuklukta önem verdiği kişilerin eleştirelliğine kusurluluk ve utanç duygularını bağlamasına yardım eder. Hastanın iyi niteliklerinin listelendiği flaş kartlar, bu şemayla çok faydalıdır.

Deneysel olarak, hastaların hayal ve diyalog içerisinde eleştirel ve reddedici ebeveynlerine öfkesini boşaltması önemlidir. Terapist, ebeveynlerin hastayı eleştirip reddettiği çocukluk imgelerine girer ve terapist, hastayı yüzleştirir ve Reddedilen Çocuğu rahatlatır, korur ve över. Sonunda hastalar, kendi rollerini oynarlar: Onlar, eleştirel aileye karşı çıkan Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer ve Reddedilen Çocuğu rahatlatırlar.

Özellikle açığa çıkarma gibi davranışsal stratejiler, tedavide bilhassa kaçınmacı hastalar için önemlidir. Kusurluluk şemalı olan hastalar yakın insan ilişkisinden kaçındığı sürece kusurluluk duyguları sağlam kalır. Hastalar, yaşamlarının değerini yükseltme potansiyeline sahip bireyler arası durumlara girme üzerinde çalışırlar. Davranışsal stratejiler ayrıca hastaların bazı kabul edilmiş kusurları düzeltmelerine yardım edebilir (yani kilo kaybı, giyim biçimlerinin gelişimi, sosyal beceriler öğrenme gibi). İlaveten hastalar eleştirici yerine destekleyici önemli kişiler seçme üzerine çalışırlar. Onları seven ve kabul eden partnerler seçmeye çalışırlar.

Davranışsal olarak hastalar eleştiriye aşırı tepki göstermeyi bırakmayı öğrenirler. Birisi onlara geçerli bir eleştiride bulunduğunda uygun tepkinin eleştiriyi kabul etmek ve kendini değiştirmeye çalışmak olduğunu, herhangi birisinin geçerli olmayan bir eleştiride bulunduğunda ise uygun tepkinin diğer kişiye bakış açısını açıklama ve eleştirinin yanlış olduğunu içsel bir şekilde ifade etmeyi öğrenirler. Diğer kişiye saldırmak uygun değildir; diğer kişiye yanlış olduğunu kanıtlamak için savaşmak ya da aynı şekilde yanıt vermek gerekli değildir. Hastalar, aşırı eleştirel kişilere sınır koymayı ve kötü davranışa göz yummamayı öğrenirler. Hastalar, güvendikleri başkalarına kendini daha fazla ifşa etme üzerinde çalışırlar. Kendileri daha fazla paylaşıldıkça ve kabul edildikçe, şemanın daha iyi üstesinden gelebileceklerdir. Son olarak hastalar telafi edici davranışları azaltmaya çalışırlar. Mükemmel görünme, üstün başarı, başkalarını alçaltma ya da statü için rekabet etme ile içsel kusurluluk duygusu için aşırı telafi uğraşısını bırakırlar.

Özellikle terapistin bu türden şemalı olan hastalara yönelik kabul edici ve eleştirici olmaması önemlidir. Terapistin mükemmel gibi anlaşılmaması önemlidir. Her insan gibi terapist de hatalar yapar ve kusurları kabullenir.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Bu şemaya sahip olan pek çok hasta bunun farkında değildir. Pek çok hasta, bu şemanın sancısını hissetmek yerine kaçınma ya da aşırı telafi gösterir. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, Kusurluluk şemasına sahip olması en muhtemel gruptur ve düşük bir olasılıkla bunun farkındadırlar. Narsisistik hastalar genelde değişim üzerinde çalışmak yerine terapisti karalama ya da onunla çekişmeye saplanırlar.

Kusurluluk şeması olan hastalar, utandıklarından dolayı kendileri hakkındaki bilgiyi saklayabilirler. Bu hastalar anılarını, duygularını, arzularını ve düşüncelerini tümüyle paylaşmayı amaçlayana kadar uzun bir zaman geçebilir.

Bu şemanın değişimi zordur. Ebeveyn kaynaklı eleştiri ve reddedilme ne kadar erken ve şiddetli ise iyileşmesi o kadar daha zordur.

Sosyal İzolasyon

Şemanın Genel Sunumu

Bu şemalı hastalar, başka insanlardan farklı olduklarına inanırlar. Kendilerini pek çok grubun bir parçası olarak hissetmezler ve izole olmuş, dışarıda kalmış ya da "dışardan baktıklarını" hissederler. Farklılık duygusuyla büyüyen herhangi biri şemayı geliştirebilir. Örnekler; yetenekli insanlar, ünlü ailelerden olanlar, fiziksel olarak fazla güzel ya da çirkin insanlar, eşcinsel erkek ya da kadınlar, etnik azınlık üyeleri, alkoliklerin çocukları, travma geçirenler, fiziksel özrü olan insanlar, öksüz ya da evlat edinilenler ve arasındakiler değil ama önemli derecede üst ve alt sınıfa ait olan insanları kapsar.

Genel davranışlar, sınırda kalmayı ya da gruplardan tamamen kaçınmayı içerir. Bu hastalar, yalnız başına yapılan aktivitelerle meşgul olma eğilimindedirler: Pek çok "yalnız" bu şemaya sahiptir. Bu şemanın şiddetine dayalı olarak hasta bir alt kültürün parçası olabilir, fakat daha büyük sosyal dünyadan yabancılaşmış hissedebilir; tüm gruplardan soyutlanmış hissedebilir, ama bazı yakın ilişkilere sahiptir ya da neredeyse herkesten ayrıdır.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastaların diğer insanlardan daha az farklı olduklarını hissetmelerini sağlamaktır. Genel yapının parçası olmasalar bile diğer insanlarla benzerlikleri vardır. Bunun ötesinde aynı temel ihtiyaç ve arzularla özde hepimiz insanız. Pek çok farklılıklarımız olmasına rağmen farklı olmaktan çok benzeriz. ("Hiçbir insan benim için uzaylı değildir".[7]) Kökten dinci bir gruptaki gay bir hasta gibi hastanın muhtemelen asla uygun olmayacağı toplum kesimleri olabilir, fakat

hastanın uygun olacağı diğer yerler vardır. Hastanın kendisini, hoş karşılamayan gruplardan uzak tutması gerekir ve daha benzer ya da kabul edici insanlar bulmalıdır. Hastalar sık sık büyük yaşam değişiklikleri yapmalıdır ve bunun üstesinden gelmek için geniş ölçekli kaçınmayı yenmelidir.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Ayrılma ve Reddedilme alanındaki diğer şemalardan farklı olarak bu şema, çocukluk kökenleriyle deneysel çalışmaya daha az, hastanın akran ve gruplarla olan mevcut ilişkilerini düzeltmeye daha fazla odaklanır. Böylece bilişsel ve davranışsal stratejiler öncelik kazanırlar. Grup terapi, özellikle arkadaşlarından kaçınan bu şemalı pek çok hasta için faydalı olabilir. Hasta ne kadar izoleyse, tedavi açısından terapi ilişkisi o kadar önemlidir, çünkü hastanın yegane ilişkilerinden biri olacaktır.

Bilişsel stratejilerin amacı, hastaları gerçekten düşündükleri kadar diğer insanlardan farklı olmadıklarına inandırmaktır. Tüm insanlarla pek çok nitelik paylaşırlar. Kendilerinde farklılık olarak gördükleri bazı nitelikler aslında evrenseldir (örneğin, cinsel ya da saldırgan fanteziler). Genel yapının parçası olmasalar bile diğer insanların onlara benzerlikleri vardır. Hastalar, diğer insanların farklılıklarının yanı sıra benzerliklerine odaklanmayı öğrenirler. Onlara benzeyen insanların alt grupları ile özdeşleşmeyi öğrenirler -farklı oldukları biçimleri paylaşan; farklı olsalar bile bir çok insanın kendilerini kabul edebileceğini öğrenirler. İnsanlarla bağlantı kurmayı ve gruplara katılmalarını engelleyen otomatik olumsuz düşüncelerle mücadele etmeyi öğrenirler.

Deneysel stratejiler, çocuklukta ve ergenlikte dışlanmış hastaların bunun neye benzediğini hatırlamalarına yardım edebilirler. (Bu şemalı bazı hastalar, çocuk olarak dışlanmazlar. Bunun yerine bazı tercih ya da ilgilerinden dolayı yalnızlığı seçerler.) Hayal kurmada hastalar, bu çocukluk deneyimlerini yeniden yaşarlar. Kendilerini dışlayan akranlarına öfke duyarlar ve yalnızlıklarını ifade ederler. Hastalar, farklı olan

insanlara yönelik sosyal yargılara karşı direnirler. (Bu, bilinç yükseltme gruplarının avantajlarından biridir: Grup üyelerine başkalarının nefretine direnmeyi öğretirler.) Hastalar, ayrıca uygun gelebilecek insanlarla olan grupları canlandırmak için hayal kurmayı kullanabilirler.

Davranışsal stratejiler, hastaların sosyal ortamlardan kaçınmalarının üstesinden gelmelerine yardım etmeye odaklanır. Amaç, hastaların gittikçe gruplara katılmaya, oradaki insanlarla bağlantı kurmaya başlaması ve arkadaşlıklar ilerletmesidir. Bu amaca yönelik çalışmak için hastalar, bir dizi ev ödevi aracılığıyla kademeli açılım uygular. Anksiyete yönetimi hastaların önemli sosyal anksiyetenin üstesinden gelmesine yardım edebilir. Sosyal beceri çalışması, bireyler arası becerilerdeki eksiklikleri düzeltme çalışmasına yardım edebilir. Gerektiğinde ilaç tedavisi, hastanın anksiyetesini azaltmak için eklenebilir.

Şüphesiz bu şemalı hastaların terapistle yakın ilişki kurdukları an önemlidir. Bununla birlikte hastalar, sosyal ortamlardan kaçınmanın üstesinden gelmek için bilişsel ve davranışsal stratejiler üzerine odaklanmadıkça terapi ilişkisi muhtemelen onlara başarılı bir şekilde yardım etmeyecektir. Bazen bu şemalı hastalar, terapiste bağlanabilirler ve yine başkalarından farklı hissetmeye devam edebilirler. Bu şemanın ciddiyetine bağlıdır: Aşırı uçtaki hastalar için terapi ilişkisi, tüm yalnızlık duygularına karşı koyabilir ve önemli olabilir. Fakat bu hastaların bireylerle bağlantı kurup gruplarla bağlantı kuramaması açısından terapi ilişkisi kendiliğinden düzeltici duygusal bir deneyim olarak özellikle değerli olmayacaktır. Grup hastayı kabul ederse grup terapi, oldukça faydalı olabilir. Bu sebepten dolayı "özel ilgi" grupları -bazı önemli biçimlerde hastaya benzer üyeleri içeren (yani alkoliklerin çocukları, enseste maruz kalanlar, aşırı kilolu hastalar için destek grupları)- oldukça değerli olabilirler.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En yaygın problem, hastaların sosyal ortamlardan ve gruplardan kaçınmanın üstesinden gelmede zorlanmalarıdır. Korktukları durumlarla yüzleşmek için hastalar, yüksek düzeydeki duygusal rahatsızlığa dayanmayı amaçlamalıdır. Bu nedenden ötürü kaçınma örüntüsü değişime direnir. Kaçınma tedavideki gelişimi engellediğinde mod çalışması, şemaya karşılık vermeye ve şemanın değişmesini isteyen benlik kısmının oluşumuna yardım eder. Örneğin hastalar, son zamanlarda uzak hissettikleri bir grup ortamının hayalini kurabilirler. Terapist grupla nasıl bütünleşeceği ile ilgili İzole Çocuk (ya da Ergene) tavsiyelerde bulunan Sağlıklı Yetişkin olarak hayale girer. Sonra hastaların kendileri, İzole Çocuğun sosyal ortamları iyice öğrenmesi ve eğlenmesi için Sağlıklı Erişkin olarak hayale girerler.

Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı

Bağımlılık/Yetersizlik

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, çocuksuluk ve savunmasızlık gösterirler. Kendi kendilerine bakamadıklarını düşünürler, hayatı yenik olarak yaşarlar ve baş etmede yetersiz olduklarına inanırlar. Şemanın iki unsuru vardır ve ilki yetersizliktir: Bu hastalar, günlük yaşamlarıyla ilgili karar ve yargılarında güven eksikliği duyarlar. Tek başlarına değişimle yüz yüze gelmekten korkarlar ve nefret ederler. Kendilerine yeni görevler veremeyeceklerini düşünürler ve başkalarının ne yapacaklarını göstermesine ihtiyaç duyduklarına inanırlar. Bu hastalar çocuklar gibi, dünyada kendi başlarına kalmak için çok erken olduğunu hissederler: Ebeveynleri olmadan ölebilirler. Şemanın aşırı biçimindeki hastalar, kendilerini besleyemeyeceklerine, giyinemeyeceklerine ve korunamayacaklarına, bir yerden bir yere gidemeyeceklerine ya da hayatın günlük, basit işlerini yerine getiremeyeceklerine inanırlar.

İkinci unsur olan bağımlılık, ilkini izler. Bu hastalar, kendi başlarına faaliyet gösteremediklerini düşündüklerinden tek seçenekleri, onlarla ilgilenecek başka kişiler bulmak ve hiç faaliyette bulunmamaktır. Kendileriyle ilgilenmesi için buldukları insanlar, genellikle ebeveynler ya da geçici ebeveynler, partnerler, kardeşler, arkadaşlar, patronlar ya da terapistlerdir. Ebeveyn figürü ya onlar için her şeyi yapar ya da her zaman her yeni adımda onların ne yapacaklarını gösterirler. Çekirdek düşünce, "beceriksizim, o nedenle başkalarına bağlıyım"dır.

Genel davranışlar, başkalarından yardım istemeyi; yeni görevler üzerinde çalışırken sürekli soru sormayı; tekrar tekrar kararlarla ilgili tavsiye aramayı; yalnız başına seyahat etmede ve kendi mali durumunu idare etmede zorlanmayı; kolayca pes etmeyi; ilave sorumlulukları (yani işte terfiyi) reddetmeyi ve yeni görevlerden kaçınmayı içerir. Araba kullanma zorluğu, şema için sık bir metafordur. Bağımlılık/Yetersizlik şemalı hastalar, genelde yalnız başına araba sürmekten korkar ve kaçınırlar: Kaybolabilirler, arabaları bozulabilir, ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Beklenmedik bazı şeyler meydana gelebilir ve bunu idare edemeyebilirler. Kendi başlarına bir çözüm bulamayabilirler. Bu nedenle onlara hem bir çözüm sunabilecek hem de problemi idare edebilecek birine ihtiyaç duyarlar.

Bu hastalar genellikle daha bağımsız ya da daha becerikli olma amacıyla terapiye gelmezler. Bunun yerine sihirli bir hap ya da onlara ne yapacaklarını söyleyecek bir uzman bulmaya gelirler. Gösterdikleri problemler, çoğunlukla anksiyete, fobik kaçınma, stres kaynaklı fiziksel problemler gibi Eksen I semptomlarıdır. Depresyonda olabilirler, çünkü kendi başlarına hayatta kalabileceklerine inanmadıklarından şemaya neden olmuş ebeveyne benzeyen bir kişi olan istismarcı, yoksun ve kontrolcü partnerin terk etmesinden korkarlar. Amaçları ge-

nelde bağımlılık ve yetersizlik çekirdek duygusunu değiştirmek yerine bu semptomları bertaraf etmektir.

Bağımlılık/Yetersizlik hastalarının küçük bir yüzdesi, bağımlılık karşıtı olarak şema için aşırı telafide bulunurlar. Alttan alta yetersiz hissetseler bile kendi başlarına her şeyi yapabileceklerini iddia ederler. Herhangi bir şey için başkasına güvenmeyi reddederler. Onlar bağımlılığın normal olduğu durumlarda bile bağımlı olmayacaktır. Zamanından önce gelişmiş olan psödomatür (sahte gelişmiş) çocuklar gibi yalnız başlarına idare ederler, fakat bunu büyük miktarda anksiyete ile yaparlar. Yeni görevler kabul ederler, kendi kararlarını kendileri verirler ve iyi faaliyette bulunabilirler, iyi kararlar verebilirler, ama içten içe daima bu defa bunu başaramayacaklarını hissederler.

Tedavi Amaçları

Tedavinin amaçları, hastanın yeterlilik duygusunu arttırmak ve başka insanlara olan bağımlılığını azaltmaktır. Hastanın yeterlilik duygusunu arttırmak genelde hem güven hem de beceri inşa etmeyi içerir; bağımlılığını azaltmak, yalnız başına iş yapmaktan kaçınmanın üstesinden gelmeyi içerir. İdeal olarak bu hastalar, diğer insanlara sağlıksız bir düzeyde güven duymayı bırakabilirler.

Bağımlılıktan vazgeçme tedavi için çok önemlidir. Terapist, hastalara bir tür tepki önleme aracılığıyla yol gösterir: Hastalar, yardım için başkalarına başvurmayı bırakırlar, kendi başlarına işleri idare ederler, hata yapmanın öğrenmelerinin yolu olduğunu kabul ederler, başarılı olana dek sürdürürler ve sonunda problemlerine kendi çözümlerini üretebildiklerini ispatlarlar. Kendilerini önemsememek yerine deneme yanılma yoluyla kendi sezgi ve yargılarına güvenmeyi öğrenebilirler.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Tedavinin bilişsel davranışçı unsuru, genellikle bu şema ile çok önemlidir. Odaklanma, hastanın bilişlerini değiştirmesine

yardım etmek, beceriler oluşturmak üzerinedir ve karar verme ile bağımsız şekilde hareket etmeye kademeli bir açılımla geçilir.

Bilişsel stratejiler, hastaların faaliyet göstermeleri için sürekli yardıma ihtiyaç duydukları görüşü değiştirmelerine yardım eder. Alışıldık teknikler kullanılır: Flaş kartlar, şema yönü ve sağlıklı yön arasında diyaloglar, karar verme için problem çözme ve olumsuz düşüncelerle mücadele etme. Terapist, başkalarına bağımlı olmanın yaşamak için cazip bir yol olduğu görüşünü sorgular. Karşılanmamış duygusal ihtiyaçların özerkliğe ve kendini ifadeye ihtiyaç duyması gibi başkalarına aşırı bağımlılığın maliyeti vardır ki bunu terapist ve hasta birlikte açıklayabilirler. Motivasyon sağlamak için bilişsel stratejiler kullanımı gereklidir çünkü şemanın üstesinden gelmek için hastalar, anksiyeteye dayanmayı kabul etmek zorunda kalacaklardır. Terapist, hastanın endişelerini azaltmak için düşükten yükseğe anksiyeteyi derecelendirir ve hastaya gevşeme, meditasyon ya da anksiyete azaltma tekniklerini öğretir.

Daha önce bahsettiğimiz gibi deneysel teknikler genellikle bu şemayla daha az önem taşır. Bazen çocukluktaki zarar verici ve aşırı korumacı ebeveyn ile hayal kurmada yüzleşmek faydalıdır. Örneğin; ebeveynlerin bu şekilde davranması ve onların bununla ilgili öfkelenmesi gibi. Hastalar ebeveynlerine öfke duyuyorsa terapist, bunu ifade etmelerine yardım eder. Bununla birlikte bu şemalı hastalar çoğunlukla ebeveynlerine öfkeli değildirler. Çünkü ebeveyn daha çok yardım etmeye çalıştığından öfkeye yönelmek zor olabilir. Bununla birlikte ebeveynlerin niyeti iyi olsa bile yaptıkları hastaların bağımsızlığına ve yeterlilik duygusuna zarar veriyordur. Ebeveyn onlar için çok fazla karar verdiğinden hastalar kendi kararlarında güven geliştirememişlerdir; ebeveyn onlar için pek çok iş yaptığından onlar temel yaşam becerilerini geliştirememişlerdir.

Terapist, hastanın şema yaratan çocukluk durumlarını hatırladığı hayal kurma seanslarını yönetir. Hasta, Yeteneksiz

Çocuğun problemlerle baş etmesine ve çözümde bulunmasına yardım eden Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer. Hasta, sağlıklı bir tepkiyi ortaya çıkaramadığında terapist, yaşam koçu gibi hareket eder. Terapist ayrıca hastanın temel yaşam becerilerinin uygulanmasını gerektiren mevcut durumların hayalini kurduğu seansları yönetir. Tekrarlarsak hasta Yetersiz Çocuğa yardım etmek için Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer. (Bu şemalı pek çok hasta, hayal kurduklarında kendilerini küçük çocuk olarak görür -büyük erişkinlerin dünyasındaki küçük çocuk.) Sağlıklı Erişkin, çocuğa "Senin küçük olduğunu ve karar almaktan çok korktuğunu biliyorum. Fakat karar vermek zorunda değilsin. Senin için kararları ben vereceyim. Sen bir çocuk olsan da ben bir yetişkinim. Karar verebilirim ve kendi kendime bir şeyler yapabilirim" der.

Tedavinin davranışsal kısmı, hastanın bağımsız faaliyetten kaçınmanın üstesinden gelmesine yardım eder. Bu, tedavinin başarısı için çok önemlidir: Eğer hastalar davranışlarını değiştiremezlerse şema ile savaşmak için yeteri kadar kanıt toplayamayacaklardır. Kaçınma, belirsiz şartlı bir korku sürdürdüğünden hastalar anksiyete uyandırıcı durumlarla yüzleşmeyi kabul edene dek şemayı iyileştiremeyeceklerdir. Terapistler hastaların kendi başlarına günlük işlerini yürüttükleri derecelendirilmiş ödevler hazırlamalarına yardım eder. En kolayından başlayarak ev ödevleri biçimindeki bu görevleri uygulamaya çalışırlar.

Terapistler, ev ödevlerini hazırlamalarına yardım etmesi için seanslar sırasında hastalarla davranışsal tekrarlamalar yürütebilir. Hastalar ortaya çıkan problemleri çözerek görevlerini başarılı bir şekilde tamamlamak için hayal kurar ya da rol yaparlar. Ev ödevlerini tamamlar tamamlamaz hastaların kendilerini ödüllendirmesi faydalıdır. Anksiyete yönetimi teknikleri -flaş kartlar, nefes alma egzersizleri, rahatlatıcı teknikler, akılcı yanıt verme-, hastaların bağımsız olarak faaliyet gösterme anksiyetesine dayanmasına yardım edebilir.

Hastadaki bağımlılık özellikle de ebeveynle yaşarken yine de büyüyorsa terapist bazen aile üyelerini tedaviye dahil eder. Aile üyeleri şema için hem problem hem çözümün önemli bir parçası olabilirler. Hasta, aile üyelerini yeteri kadar ele alabilirse o zaman terapist, onlarla bir araya gelmez. Bununla birlikte çok sık meydana geldiği gibi hasta, aile üyelerinin şemayı desteklemesini durduramıyorsa o zaman terapist müdahaleyi göz önünde bulundurur.

Terapi ilişkisinde hastaların terapiste bağımlı bir rol alma girişimlerine karşı koyma önemlidir. Bunun yerine terapist, gerektiğinde yardım ederek hastayı kendi kararlarını vermeye cesaretlendirmelidir. Terapistin, hastaların kendi kendilerine ilerleme kaydettiklerinde bunu hastalara bildirmeyi hatırlaması gerekir.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En büyük risklerden biri, hastanın şemayı yenmek yerine terapiste bağımlı hale gelmesidir. Terapist, ebeveyn figürünün rolünü yanlışlıkla üstlenir ve hastanın yaşamını yönetir. Terapistin izin verdiği bağımlılık ölçüsü, hassas bir denge hareketidir. Terapist herhangi bir bağımlılığa izin vermezse hasta muhtemelen tedavide kalmayacaktır. Gerçekçi bir şekilde terapist, biraz bağımlılığa izin vererek başlamak zorundadır ve sonra derece derece geri çekilir. Terapist, hastayı tedavide tutacak mümkün olduğunca az miktarda bağımlılığa izin vermeye çalışacaktır.

Bu şemalı hastaları tedavi etmede en büyük mücadelelerden biri, bağımsız faaliyetten kaçınmanın üstesinden gelmektir. Hastalar, uzun vadeli kazanç için kısa vadeli acıya katlanmayı kabul etmek ve dünyada erişkin olarak davranmanın anksiyetesine dayanmak zorundadır. Daha önce bahsettiğimiz gibi motivasyon oluşturma tedavinin önemli bir yönüdür. Mod çalışması, hastaların bağımsızlık ve yeterlilik isteyen sağlıklı kısmlarını güçlendirmelerine yardım edebilir. Bu, Bağım-

sızlık Arayan, işlevsiz ebeveynle ve motivasyonu engelleyen hastadaki baş etme modlarıyla diyalog yürütebilir.

Hastalık ya da Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar yaşamlarını, her an bir felaketin çıkmak üzere olduğuna inanarak geçirirler. Kötü bazı şeylerin onların kontrolünün dışında meydana gelebileceğine inanmışlardır. Aniden bir salgına yakalanacaklar; doğal bir afet olacak; bir suçun kurbanı olacak; paralarını kaybedecek ya da sinir krizi geçirecek veya delireceklerdir. Kötü bir şey meydana gelecek ve buna engel olamayacaklardır. Ağır basan duygu, alt düzey korkudan tam gelişmiş panik ataklara doğru gelişen anksiyetedir. Bu hastalar, Bağımlılık şemalı hastalar gibi günlük olayları idare etmekten korkmazlar, felaketlerden korkarlar.

Bu hastaların çoğu, şemayla baş etmek için kaçınma ya da aşırı telafiye itimat ederler. Fobik olurlar, yaşamlarını kısıtlarlar, sakinleştiriciler alırlar, sihirli düşünceyle meşgul olurlar, kompülsif ritüeller uygularlar ya da sakinleştirici, bir şişe su, herkesin güvendiği bir kişi gibi "güvenli işaretlere" bel bağlarlar. Bu davranışların tümü, kötü şeyin oluşmasını durdurma amacına sahiptir.

Tedavi Amaçları

Tedavi amaçları, hastanın felaket olasılığı düşüncelerini azaltmak ve üstesinden gelebilecekleri değerlendirmelerini arttırmaktır. İdeal olarak hastalar korkularının oldukça abartılı olduğunu fark etmeye başlarlar. Bir felaket meydana gelse bunun, yeterince üstesinden gelebileceklerdir. Tedavinin nihai amacı hastaları, şema için aşırı telafi ve kaçınmayı bırakmaya ikna etmektir ve korktukları pek çok durumla yüzleştirmektir. (Şüphesiz hastaların, şiddetli fırtınada araba sürme, kıyıdan çok uzakta okyanusta yüzme gibi gerçekten tehlikeli durumlarla yüzleşmesini teşvik etmeyiz.)

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Hastalar, şemanın çocukluk kökenlerini inceler ve yaşamları boyunca bunun örüntülerini izlerler. Şemanın maliyetlerini değerlendirirler. Hastalar, aşırı derecede korkmuyorlarsa, mevcut yaşamlarında yapabilecekleri değişiklikleri incelerler. Değişim için hasta motivasyonunu oluşturmaya harcanan zaman önemlidir. Terapist, hastanın eğlence ve kendini keşfetme fırsatlarını kaçırma gibi fobik bir yaşam tarzı sürdürmenin uzun vadeli negatif sonuçlarına; daha zengin, daha dolu bir yaşam gibi dünyada daha serbestçe hareket etmenin olumlu faydaları üzerine odaklı kalmasına yardım eder. Mod çalışması, özellikle hastanın ilerlemek isteyen durumlarla mücadele ederek Korkmuş Çocuğa yol gösterebilecek Sağlıklı Erişkin yaratmasına yardım ederek değişime direnme savaşında faydalı olur. Başarılı motivasyon olmadan hastalar, uyumsuz baş etme araçlarını bırakmanın anksiyetesine tahammül etmeye isteksizdirler. Anksiyetenin ve kaçınmanın üstesinden gelmek için bilişsel ve davranışçı stratejiler, tedavinin merkezi odağıdır.

Bilişsel stratejiler, hastaların felaketler olasılığı düşüncesini azaltmalarına ve baş etme kapasitesi düşüncesini arttırmalarına yardım eder. Hastalar, abartılmış tehlike algısına karşı koyarlar. Katastrofik (felaket beklentili) -ya da felaket beklentisini azaltıcı- düşüncelerle mücadele, onların panik atakları ve diğer anksiyete semptomlarını yönetmesine yardım eder. Bilişsel stratejiler ayrıca değişimin avantajlarını vurgulayarak hastaların motivasyon inşa etmelerine yardım ederler.

Benzer şekilde davranışsal stratejiler hastaların, sihirli ritüeller ve güvenli işaretlerinden vazgeçmelerine ve korktukları durumlarla yüz yüze gelmelerine yardım eder. Hastalar, seanslar arasında ev ödevlerinde fobik durumlara aşamalı açılım gerçekleştirirler. Bu açığa çıkarmaları hazırlamak için hastalar, seanslarda hayali tekrarlamalar kullanırlar: Kendilerinin belirli fobik durumlara girmelerinin hayalini kurarlar ve "Sağlıklı Erişkinin" yardımıyla daha iyi baş ederler. Nefes alma egzer-

sizleri, meditasyon ve flaş kart gibi anksiyete yönetimi teknikleri hastaların, bunları uygularken açığa çıkanlar ile baş etmesine yardım eder.

Deneysel stratejiler, özellikle tekrarlama için hayal kurma ve mod çalışması önemlidir. Eğer şema, bir ebeveynin içselleştirilmesiyse (şemaya model olan bir ebeveyne sahip olmak, en yaygın kökenlerden biridir) o zaman hasta hayalde bu ebeveyn ile diyalog yürütebilir. Hasta çocukluk ya da mevcut durumların hayallerine, Korkmuş Çocuğa güven vermek ve felaket vari olumsuz sonuçlarla ilgili ebeveyn ile yüzleşmek için Sağlıklı Erişkin olarak girebilir. Buna ek olarak hastalar, Sağlıklı Erişkinin fobik durumlarda güven vermek için Korkmuş Çocuğa yol göstermesinin hayalini kurabilirler.

Terapi ilişkisi bu hastaların tedavisinde önemli bir husus değildir. En önemlisi, terapistin hastaların kaçınma ve aşırı telafiye itimat etmesine yönelik bir empatik yüzleştirme tutumunu sürekli olarak benimsemesi ve hastanın daha sağlıklı bir biçimde baş edebilecek olmasını sağlamasıdır. İlaveten terapist, kabul edilebilir risk düzeylerini içeren durumları fobik olmayan biçimde görme ve idare etmenin modeli olur.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En büyük problem, hastaların kaçınma ve aşırı telafiyi bırakmaktan çok korkmalarıdır. Onlar şemanın anksiyetesine karşı bu önlemleri bırakmaya direnir. Daha önce bahsettiğimiz gibi mod çalışması hastaların daha dolu bir yaşam özlemi çeken sağlıklı kısımlarını güçlendirmelerine yardım edebilir.

Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik

Şemanın Genel Sunumu

Yapışıklık şemalı hastalar tedaviye başladıklarında gerek hastalar gerekse terapist, hastanın kimliğinin nerede başladığı ve "yapıştığı başkalarının" nerede bittiğini açık bir şekilde söyleyemediği için hastalar önem verdikleri kişilerle kaynaşmışlardır. Bu kişi, genelde bir ebeveyn ya da bir partner, kardeş ya da en iyi arkadaş gibi ebeveynsel bir figürdür. Bu şemalı hastalar, tam bireyleşme ya da normal sosyal gelişim pahasına ebeveynsel figürle yakınlık ve aşırı duygusal bağlılık hissederler. (Annesine yapışık bir hastanın, terapiste annesinin kendisini evlenmekten nasıl vazgeçirdiğini anlatması gibi: "Senin için en iyisini biliyorum oğlum. Ne de olsa seninle olan birçok kadının içini dışını biliyorum.)

Bu hastaların çoğu, başkalarının sürekli desteği olamadan ne kendilerinin ne de ebeveyn figürünün duygusal olarak ayakta kalabileceğine inanırlar. Onlar, bu ebeveyn figürü ile nerdeyse birlikte tek bir kişiymiş gibi güçlü bir bağ duyarlar. (Hastalar, başka kişilerin aklını okuyabildiklerine ya da kendileri istemeden başkalarının ne istediğini anladıklarına inanırlar.) Ebeveyn figürüyle herhangi bir sınır oluşturmanın yanlış olduğuna inanırlar ve bunu ne zaman yapsa kendini suçlu hissederler. Onlar diğer kişiye her şeyi söylerler ve diğer kişinin her şeyi söylemesini beklerler. Bu ebeveyn figürüyle kaynaşmış hissederler, yenilmiş ve boğulmuş hissedebilirler.

Şimdiye kadar ele alınan nitelikler, şemanın "Yapışıklık" kısmını gösterdi. Ayrıca hastaların genelde boşluk duygusu olarak deneyimlediği, bir bireysel kimlik eksikliği olan "Gelişmemiş Benlik" vardır. Bu hastalar, genelde eksik benlik duygusunu iletirler. Çünkü ebeveyn figürü ile bağlantılarını sürdürmek için onların kimliğine teslim olmuşlardır. Gelişmemiş benlik duygusuna sahip hastalar, sanki yönetim olmadan dünyada sürükleniyormuş gibi hissederler. Kim olduklarını bilmezler. Kendi tercihlerini biçimlendirmezler, özgün yetenekler ve kabiliyetler geliştirmezler ya da kendi doğal eğilimlerini izlemezler -doğal olarak başardıkları ya da yapmayı sevdikleri eğilimler. Aşırı durumlarda gerçekten varlıklarını sorgulayabilirler.

Şemanın "Yapışıklık" ve "Gelişmemiş Benlik" kısımları daima olmasa da birlikte hareket ederler. Hastalar yapışma ol-

madan gelişmemiş benliğe sahip olabilirler. Gelişmemiş benlik, boyun eğicilik gibi yapışma gibi başka nedenlerle gelişebilir. Örneğin çocukken hükmedilen hastalar, asla ayrı bir benlik duygusu geliştiremeyebilirler. Çünkü ebeveynlerinin talep ettikleri neyse yapmak zorundadırlar. Bununla birlikte ebeveyn ya da ebeveyn figürü ile yapışık hastalar, neredeyse her zaman bir sonuç olarak gelişmemiş benliğe sahiptirler. Görüşleri, ilgileri, seçimleri ve amaçları, birleştikleri kişinin yalnızca yansımalarıdır. Ebeveyn figürünün yaşamı kendisinden daha gerçekmiş gibi görünür: Ebeveyn figürü, yıldızdır ve onlar bir uydudur. Benzer şekilde gelişmemiş benliği olan hastalar, yapışılabilen karizmatik grup liderleri arayabilirler.

Genel davranışlar, ebeveyn figürünün davranışlarını kopyalama, onun hakkında konuşma ve düşünme, ebeveyn figürü ile sürekli bağlantıda kalma ve ebeveyn figüründen farklı tüm düşünce, duygu ve davranışları bastırmayı içerir. Hastalar, herhangi bir şekilde yapışılan kişiden ayrılmaya çabaladıklarında suçlu olduklarını düşünürler.

Tedavi Amaçları

Tedavinin ana amacı, hastaların gerçek benliklerini bastırmak ve sadece yapışılan ebeveyn figürlerinin kimliklerini benimsemek yerine kendiliğinden ve doğal benliklerini -tercihlerini, görüşlerini, kararlarını, yeteneklerini ve doğal eğilimlerini- ifade etmelerine yardım etmektir. Yapışma sorunları için başarılı bir şekilde tedavi edilen hastalar, ebeveyn figürüne sağlıksız bir derecede odaklanmazlar. Onlar kendi yaşamlarının merkezindedirler. Ebeveyn figürü ile artık kaynaşık değildirler ve kendilerinin ebeveyn figürüne ne kadar benzer ne kadar farklı olduklarının da farkındadırlar. Onlar ebeveyn figürüyle sınırlar oluştururlar ve kendi kimlik algılarına tam olarak sahip olurlar.

Yapışıklıktan kaçınma amacıyla erişkinken yakınlıktan kaçınan hastalar için tedavinin amacı, hastanın başkalarıyla ne çok uzak ne de çok yapışık bağlantı kurmasıdır.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Tedavi hastanın mevcut yaşamına yoğunlaşır. Hastanın tercihler ve doğal eğilimlerini tespit etmesine yardım edecek bilişsel ve deneysel teknikler ve gerçek benliğin hükmetmesine yardım edecek davranışsal teknikler çok önemlidir.

Bilişsel stratejiler, hastanın kendi kimliğine sahip olmak yerine ebeveyn figürüne yapışmayı tercih eden düşüncesiyle mücadele eder. Terapist ve hasta ayrı benlik gelişiminin avantaj ve dezavantajlarını inceler. Hastalar, ebeveyn figürüne ne kadar benzer ve ne kadar farklı olduklarını tespit eder. Benzerlikleri tespit etmek önemlidir: Amaç, hastaların aşırı karşıt hareket etmeleri ve ebeveyn figürüyle benzerliklerini tümden inkar etmeleri değildir. Bazen yapışmış hastalar, hiç de ebeveyn figürü gibi olmak istemediklerini söylerler ve benzerliklerin varlığını bile kabullenemezler. Yapışıklığın bu aşırı telafi biçiminde hasta ebeveyn figürünün aksine hareket eder. Ayrıca hastalar, ebeveyn figürü ile kaynaşmayı isteyen yapışıklık yönü ile bireysel kimlik geliştirmek isteyen sağlıklı yön arasında diyalog yürütür.

Deneysel olarak hastalar, hayallerinde ebeveyn figüründen ayrılma hayali kurarlar. Örneğin hastalar, çocukluklarında ebeveynlerinden farklı hissettikleri ve farklı görüşte oldukları anları yeniden yaşarlar. Gerçekten hissettiklerini söylemenin ve yapmak istediklerini yapmanın hayalini kurarlar. Geçmiş ve şimdiki ebeveyn figürlerine ne kadar farklı ve ne kadar benzer olduklarını söylediklerinin hayalini kurarlar. Bilginin ortaya çıkmasını ya da birlikte daha fazla zaman geçirmeyi reddetme gibi geçmiş ve şimdiki ebeveyn figürlerine sınır koyduklarını hayal ederler. Önce terapist ve sonra da hasta tarafından oynanan Sağlıklı Erişkin, Yapışık Çocuğun ayrılmayı gerçekleştirmesine yardım eder.

Davranışsal stratejiler, hastanın tercihlerini ve doğal eğilimlerini belirlemeye yardım eder. Hastalar, davranışsal deney biçiminde doğal olarak eğlenceli buldukları deneyimleri liste-

lemeye başlarlar. Neyle eğlendiklerini tespit etme biçimi olarak temel bedensel keyif duygusuna atıfta bulunurlar. Ev ödevi için favori müzik, filmler, kitaplar, restoranlar ya da aktiviteler listelemeleri istenebilir. Hastalar, önem verdikleri kişilerle ilgili hoşlandıkları ve hoşlanmadıklarını sıralarlar. Davranışsal stratejiler, hastaların ebeveyn figüründen farklı olduklarında bile kendi tercihlerine göre hareket etmelerine yardım eder. Üstelik davranışsal stratejiler, hastaların yapışmayı beslemeyen partner ve arkadaş seçimlerine yardım eder. Genel olarak bu şemalı hastalar, güçlü partnerler seçerler ve sonra kendilerini partnerlerin yaşamlarına bırakırlar. Partner, ebeveyn figürü olur. Hastalar, diğer yıldız partnerin yörüngesinde bir uydu olurlar.

Terapist, terapi ilişkisini düzenleyerek uygun sınırları belirler böylece ne çok birleşik ne çok uzak olur. Eğer terapist ve hasta çok birleşmişse bu, hastanın çocukluğundaki yapışıklığını yeniden yaratacaktır. Eğer çok uzaksa hasta değişim için bağlantısız ve gerekçesiz hissedecektir.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En belirgin potansiyel problem, hastanın terapiste yapışmasıdır. Bu nedenle terapist, hastanın yaşamında yeni ebeveyn figürü olur. Hasta eski ebeveyn figüründen vazgeçebilir fakat sadece terapistle diğer kişiyi yer değiştirir. Bağımlılık/Yetersizlik şemasındaki gibi terapist, tedavinin başlangıcında biraz yapışıklığa izin vermek zorunda kalabilir, fakat hastayı hızlı bir şekilde bireyleşmesi için cesaretlendirmeye başlamalıdır.

Başarısızlık

Şemanın Genel Sunumu

Başarısızlık şeması olan hastalar, kariyer, para, statü, okul, ya da spor gibi başarı alanlarında arkadaşlarına göre başarısız olduklarına inanırlar. Kendi düzeylerinde başkalarıyla karşılaştırıldığında temelde yetersiz, aptal, kabiliyetsiz, cahil ya da başarısız ve doğal olarak başarıya ulaşma yoksunu olduklarına inanırlar.

Bu hastaların genel davranışları, kendini sabote ederek ya da gönülsüzce hareket ederek şemaya teslim olmayı, görevi yapmayarak ya da erteleyerek kaçınma davranışlarını ve durmaksızın çalışma ya da aşırı başarılı olma gibi aşırı telafi davranışlarını içerir. Başarısızlık şemasını aşırı telafi edenler, kendilerinin başkaları kadar zeki ya da kabiliyetli olmadıklarına inanırlar fakat aşırı özveriyle çalışarak bunu telafi edebilirler. Çoğu kez oldukça başarılıdırlar yine de sahte hissederler. Bu hastalar, dış dünyada başarılı görünürler, fakat alttan alta başarısızlığa düşmek üzere olduklarına inanırlar.

Başarısızlık ve Yüksek Standartlar şemaları arasındaki fark önemlidir. Yüksek Standart şemalı hastalar, kendilerinin (ya da ebeveynlerinin) yüksek beklentilerini karşılamada başarısız olduklarına inanırlar, fakat aynı meslekteki ortalama bir kişiden çok daha iyi olduklarını da kabul edeceklerdir. Başarısızlık şemalı hastalar, mesleklerindeki pek çok kişiden daha kötü olduklarına inanırlar ve genelde haklıdırlar. Başarısızlık şemalı pek çok hasta, arkadaş gruplarındaki ortalama bir kişi kadar hünerli değildirler. Başarısızlık, yaşamlarında kendini gerçekleştiren kehanet olmuştur. Başarısızlık şeması ile Bağımlılık/Yetersizlik şeması arasındaki farkı görmek önemlidir ki bu şema başarıdan çok günlük faaliyetlerle ilgilidir. Başarısızlık şeması, para, statü, kariyer, spor ve okul gibi şeyleri içerir; Bağımlılık/Yetersizlik şeması, her gün kararlar almayı ve günlük yaşamda kendi sorumluluğunu üstlenmeyi içerir. Başarısızlık şeması, bağlantılı Kusurluluk şemasına yol açar. Başarı alanlarında kişi başarısız hissederek kendini kusurlu görür.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastanın beceri ve yetenek sınırları içinde akranları kadar başarılı olmasına ve hissetmesine yardım etmektir. Bu genelde üç senaryodan birini içerir. İlki, be-

ceri ve güven inşa ederek onların başarı düzeylerini arttırmaktır. İkincisi aslında potansiyellerine göre başarılıysalar başarı düzeylerinin değerini arttırmayı ya da akran grubu algılarını değiştirmeyi içerir. Üçüncü senaryo, hastalar değerli olduklarını hissederlerken, yeteneklerinde değişmez sınırlamaları kabul etmelerini kapsar.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Her hasta için Başarısızlık şemasının kökenini dikkatlice değerlendirmek önemlidir. Çünkü terapistin vurguladığı stratejiler, bu değerlendirmeye dayalı olacaktır. Bazı hastalar, kalıtsal kabiliyet ya da zekâ eksikliği nedeniyle başarısızdırlar. Bu vakalarda terapist, hastanın beceriler oluşturmasına ve gerçekçi amaçlar hazırlamasına yardım etmeye çalışır. Diğer hastalar, başarılı olmak için kabiliyet ve zekaya sahiptirler fakat asla kendilerini tamamen ortaya koymazlar. Muhtemelen yönelme eksikliği çekerler veya yanlış alanlara odaklanmaktadırlar. Bu vakalarda terapist, yönelim sağlamayı ve onların odaklarını daha doğal yetenekleri içerisindeki alanlara çevirmeyi amaçlar. Belki de hastalar, gelişimleriyle çatışan başka bir bozukluğa sahiptirler (örneğin dikkat eksikliği bozukluğu gibi), ki bu vakada terapist diğer bozukluğu tedavi etmeye ihtiyaç duyar. Muhtemelen disiplinden yoksundurlar: Başarısızlık şemalı pek çok hasta ayrıca Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şemasına sahiptir. Bu vakalarda terapistle hasta Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şeması ile savaşmak için birleşirler. Muhtemelen hastalar, kaçınmaya çok fazla çaba ve zaman harcadıkları -uyuşturucu kullanarak, alkol alarak, borsada oynayarak, internette gezinerek, kumar oynayarak, pornografi izleyerek, cinsel ilişkilere girerek- Kusurluluk ya da Duygusal Yoksunluk gibi başka bir şemadan gelen olumsuz etki akınına uğrarlar ve işlemesi için bağlılığına müdahale etmekten kaçınırlar. Böyle vakalarda tedavi temeldeki şemalar üzerine çalışmayı içerir. Probleme uygun tedaviyi tasarlamak için hastanın neden başarısız olduğunu değerlendirmek önemlidir. Pek çok vakada tedavinin bilişsel ve davranışsal yönleri önceliklidir.

Hastalar, akranlarına göre gerçekten başarısızlarsa o zaman en önemli bilişsel strateji onların *doğal* olarak beceriksiz oldukları görüşünü değiştirmek ve başarısızlığı yeniden şema devamlılığına yüklemektir. Bu hastaların başarı girişimlerinde farkında olmadan yenilmek için hareket etmeleri nedeniyle başarısız oldukları söylenemez; doğal olarak beceriksiz olduklarından dolayı da başarısız değildirler. Onların temel becerileri değil, baş etme biçimleri -şemadan kaçınma ve teslim olma biçimleri- problemdir. Hastalar, Başarısızlık şeması ve şema ile savaşmak isteyen sağlıklı yön arasında diyalog yürütürler.

Diğer bilişsel strateji, hastaların başarıları ve becerilerini vurgulamaktır. Bu şemalı hastalar genelde becerilerini bilmezlikten gelirler ve başarısızlıklarını vurgularlar. Terapist, hastalara başarılı oldukları her anı fark etmeyi öğreterek bu eğilimi düzeltmeye çalışır. Terapist ayrıca olay incelemesi gibi bilişsel teknikler kullanarak hastaların becerilerini tespit etmelerine yardım eder. Son olarak terapist, hastanın gerçekçi uzun vadeli planlar hazırlamasına yardım eder. Gerçekçi olmayan uzun vadeli amaçları olan hastalar, başarmak için beklentilerini düşürmek, farklı karşılaştırma grupları bulmak ya da farklı bir alana yönelmek zorunda kalabilirler.

Deneysel teknikler, hastaları davranışsal değişime girişmeye hazırlamada faydalı olabilir. Hayal kurmada hastalar, geçmişten gelen başarısız deneyimleri yeniden canlandırırlar ve kendilerinin cesaretini kıran insanlara öfkelerini ifade ederler. Çoğunlukla bu kişi ebeveyn, büyük kardeş ya da öğretmendir. Bunu yapmak, hastaların başarısızlığı kendi yetersizlikleri yerine başka kişilerin eleştirelliğine yüklemesine yardım eder. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalar, genelde kontrol edemedikleri davranışlar için azarlanan örnek çocuk grubudur. Ebeveynleri, onlar normal olarak öğrenemediklerinde, istemeyerek öğrenmiyor olduklarını düşünürler.

Doğal bir şekilde atletik olmayan hastaların aslında beklenen düzeyde performans gösterme becerileri yetersiz olduğunda yeteri kadar egzersiz ya da çalışma yapmadıkları söylenir. Güçleri ve sınırlarını fark etmedikleri ve kabul etmedikleri için ebeveynlere ve başkalarına kızgınlık duymak, duygusal olarak şemayı serbest bırakma sürecinin önemli bir parçasıdır.

Alternatif bir şekilde hastanın ebeveynleri, hastanın başarılı olmasını istemeyebilir. Ebeveynlerin bunun farkında olmama olasılığı bulunmasına rağmen çocuğun çok başarılı olmasını istemezler. Çocuklarının onları terk edeceğinden ya da geçeceğinden korkmaktadırlar. Ebeveynler eğer çocukları çok başarılı olursa duygusal olarak geri çekilecekleri ya da onu reddedecekleri mesajını verirler. Çocuk "başarı korkusuyla" büyür. Deneysel teknikler, hastanın bu temayı tespit etmesine ve duygusal olarak bununla bağlantı kurmasına yardım eder. Baltalayıcı Ebeveyne öfke duymak, hastanın bunun sağlıksız bir mesaj olduğunu anlamasına ve hastanın artık buna inanma ihtiyacı duymamasına yardım eder. Sağlıklı ebeveynler, başardıkları için çocuklarını cezalandırmazlar. Öfkelenmek, çok başarılı olurlarsa insanların onları reddedeceği düşüncesiyle savaşmalarına yardım edebilir. Mod çalışması hastaların, Başarısız Çocuğa yol gösterecek ve cesaretlendirecek Sağlıklı Erişkin modu geliştirmesine yardım eder. Öncelikle terapist sonra da hasta, geçmiş ve şimdiki başarılı durumların hayalinde, Sağlıklı Erişkini oynar.

Tedavinin davranışsal kısmı çoğu zaman önemlidir. Hastalar diğer alanlarda ne kadar ilerleme gösterirlerse göstersinler uyumsuz baş etme davranışlarını durduramazlarsa şema güçlü kalmaya devam edecektir. Terapist, hastanın şema için teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi davranışları ile daha uyumlu davranışlarının yer değiştirmesine yardım eder. Hastalar hedefleri hazırlar, yerine getirmek için görevleri derecelendirir ve sonra ev ödevleri olarak görevlerini yerine getirirler. Terapist hastanın ev ödevlerini tamamlamasına engel olanların üstesinden gelmesine yardım eder. Bu bir beceri problemiyse terapist,

hastanın beceriler geliştirmesine yardım eder. Eğer bir yetenek problemiyse terapist, hastanın daha uygun bir işleyişe geçmesine yardım eder. Eğer bu bir anksiyete problemiyse terapist, hastaya anksiyete yönetimini öğretir. Eğer bir öz disiplin problemiyse terapist hastanın bir disiplin yaratmasına ve geciktirmenin üstesinden gelecek bir düzen oluşturmasına yardım eder. Terapist, hastanın davranışsal tekrarlarla engellerin üstesinden gelmesini sağlayabilir. Hayal kurma ya da rol yapma teknikleri kullanarak doğal bir şekilde ortaya çıkan engeller her ne ise üzerinde çalışabilirler.

Terapi ilişkisi açısından terapist şemanın aksine olan davranışlara model olur: Terapist gerçekçi hedefler hazırlamışsa, onlara ulaşmak için durmadan çalışıyorsa, ilerde çıkacak problemlere yönelik kafa yoruyorsa, başarısızlığa rağmen ısrar ediyorsa, süreci kabul ediyorsa o zaman terapistin kendi profesyonel yaşamı, şemaya bir antidot olarak hizmet edebilir. (Terapistin profesyonel başarısı, ters etkiye sahip olabilir, hastanın terapist karşısında kendini yetersiz hissetmesine neden olabilir. Terapist, bu olasılık için tetikte olmalıdır. Anahtar, terapistin gerçek başarı durumu düzeyi olması değil işleyecek sağlıklı bir yaklaşım modeli olmasıdır.) Terapist ayrıca hastaya düzen oluşturarak, başarılarını destekleyerek, onların iyi olduklarını kabul ederek, gerçekçi beklentiler hazırlayarak ve sınırlar oluşturarak yeniden ebeveynlik yapar.

Bu Şemeya Özgü Problemler

En yaygın problem, hastaların uyumsuz baş etme davranışlarında ısrar etmeleridir. Değişimeye çabalamak yerine şema için teslim olma, kaçınma ve aşırı telafiyi sürdürürler. Hastalar, başarılı olma çabasına kendilerini tamamen vermeye isteksiz olduklarından başarısız olacaklarına oldukça inanmışlardır. Mod çalışması, hastaların şema ile savaşabilen Sağlıklı Erişkini güçlendirmesine yardım edebilir. Hayal kurmada hastalar, başarısızlığın geçmiş ve şimdiki anlarını yeniden yaşar-

lar. Sağlıklı Erişkin, Başarısız Çocuğun uyumlu bir biçimde baş etmesine yardım eder.

ZEDELENMİŞ SINIRLAR ALANI

Hak Görme-Haklı Görme/Büyüklenmecilik

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar özel hissederler. Kendilerinin başka insanlardan daha iyi olduklarına inanırlar. Seçkinlerin bir parçası olduklarını hissettiklerinden özel haklar ve ayrıcalıklar hak ettiklerini düşünürler ve sağlıklı insan etkileşimine götürecek karşılıklılık prensibine bağlı hissetmezler. Empati olmadan ya da başkalarının ihtiyaçlarını dikkate almadan kendi ihtiyaçlarını karşılamak için başkalarının davranışlarını kontrol etmeye çalışırlar. Bencillik ve büyüklenmecilik davranışlarıyla meşgul olurlar. Başkalarına olan maliyetine bakmadan istedikleri ne ise sahip olabileceklerinde, yapabileceklerinde ya da söyleyebileceklerinde ısrar ederler. Genel davranışlar, aşırı bir rekabetçilik, züppelik ve başkalarına hâkim olma, zarar verici biçimde güç öne sürme ve kendi bakış açısını başkalarına zorlamayı içerir.

Hak Görme şemalı hastaların iki türü arasında fark vardır: Bunlar "mutlak hak görenler" ve büyük hacimli kişilik bozuklukları literatüründe "narsisistik" olarak tanımlananlardır. Narsisistik hastalar, altta yatan kusurluluk ve duygusal yoksunluk duygularını aşırı telafi için hak görmeci bir tarzda davranırlar. Narsisizmden "kırılgan hak görmeci" olarak bahsederiz. Tedavinin odağı, altta yatan Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemaları üzerinedir. Sınır koyma önemlidir, fakat merkezi değildir. (Kırılgan hak görmenin nasıl tedavi edildiğini 10. Bölümde daha detaylı bir şekilde ele alacağız.)

Aksine "mutlak hak-haklı görme" hastaları basitçe çocukken şımarık ve kaprislidir, erişkinken ise bu şekilde hareket

etmeye devam eder. Hak görmeleri, temeldeki şemalar nedeniyle bir aşırı telafi değildir -yani fark edilen bir tehditle baş etme biçimi değildir. "Mutlak hak görme" türü hastalarda genelde altta yatan tedavi edilecek şemalar yoktur. Sınır koyma tedavinin merkezi kısmıdır. Bu bölümde, pek çok strateji narsisistik kişilik bozukluğu ile çalışırken bir yardımcı olarak faydalı olabilmesine rağmen "Mutlak hak görme" üzerine odaklanacağız.

Diğer hasta grubu, "bağımlı hak görme" biçiminde adlandırdığımız hastalardır -yani Bağımlılık ve Hak Görme şemalarının karışımına sahip hastalardır. Bu hastalar, kendileriyle ilgilenmesi için başkalarına bağımlı olmayı hakları olarak görürler. Başka insanların, onun günlük yiyecek, giyinme, korunma ve nakledilme ihtiyaçlarını karşılaması gerektiğine inanırlar ve diğer insanlar bunu yapmayı beceremediklerinde öfkelenirler. Bu hastaların tedavisinde terapist, Hak Görme ve Bağımlılık şemaları üzerinde eş zamanlı olarak çalışır.

Tedavi Amaçları

Hak Görme şemasının temel amacı, hastanın insan etkileşimindeki karşılıklılık prensibini kabul etmesine yardım etmektir. Bu hastalara, temel değer söz konusu olduğunda, tüm insanların eşit yaratıldığı ve eşit haklara sahip olduğu felsefesini öğretmeye çabalarız. (bu George Orwell'ın[8] okuma emrini değiştiren *Hayvan Çiftliğ*indeki hak gören hayvanlarına benzemez; Tüm hayvanlar eşit yaratılmıştır, fakat bazıları diğerlerinden daha eşittir.") Tüm insanlar eşit değerdedir: Bir kişi, diğerine göre kendiliğinden daha değerli olamaz ve özel bir davranışa hakkı yoktur. Sağlıklı bireyler, başkalarına hükmetmezler ve zorbalık yapmazlar. Bunun yerine başkalarının ihtiyaçlarına ve haklarına saygı gösterirler, ayrıca başkalarına zarar vermeyecek kadar isteklerini en iyi biçimde kontrol etmeye çalışırlar ve zamanın çoğunda makul sosyal normları takip ederler.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Hastaların değişim motivasyonunu sürdürmesine yardım etmek için terapist, devamlı Hak Görme şemasının tüm dezavantajlarını vurgular. Sık sık bu hastalar, bilerek terapiye gelmezler. Onları birisi zorladığında ya da hak görmelerinin bazı olumsuz sonuçları ile yüzleştiklerinde -iş kaybı, evliliklerinin dağılması, onlarla konuşmayı bırakan çocuklar ya da boşluk ve yalnızlık duyguları hissettiklerinde- terapiye gelirler. Yakın bir kayıp ile ilgili içten bir acı deneyimliyor olabilirler. Terapist, acılara neyin sebep olduğunu ve terapiye neden geldiklerini bulur ve bu hastaları terapide tutmak için bunları koz olarak kullanır. Esas itibariyle terapist şunu söyler; "Hak görmeni bırakmazsan, değişmeye istekli değilsen insanlar senden intikam almaya ya da terk etmeye devam edecekler ve sen mutsuz hissetmeye devam edeceksin." Terapist, değişime istekli değillerse hastalara sonuçların ne olduğunu hatırlatmaya çalışır.

Bireylerarası ilişkiler ve terapi ilişkisi üzerinde çalışmak, en önemli tedavi stratejisidir. Terapist, güçlerini başkaları üzerinde kötüye kullandıklarında yapacakları zararı fark etmeleri için hastaların başkaları için empati ve kaygı hissetmelerini teşvik eder. Öfke yönetimi ve girişkenlik çalışması gibi bilişsel davranışçı stratejiler de aynı derecede önemlidir. Böylece hasta başkalarına aşırı saldırgan yaklaşımı, daha girişken yaklaşım ile değiştirmeyi öğrenebilir. Eğer hasta partneriyle bir aşk ilişkisi içerisindeyse o zaman bazı terapi seanslarına partnerini getirmek faydalı olur. Terapist o zaman hastanın hak gördüğü davranışı bırakması ve partnerin sınır belirlemesine yardım etmesi için çiftle çalışabilir. Böylelikle her biri diğerinin ihtiyaçlarıyla kendisinin ihtiyaçlarını belirler.

Bu şemaya sahip hastalar, yaşamlarını seçici bir şekilde neye sahip olduklarına odaklanarak ve kusurlarını küçülterek geçirirler. Kendi güç ve zayıflıklarının gerçekçi bir algısına sahip değildirler. Normal insan zaaflarına ve sınırlamalarına sahip

olduklarını hepimiz gibi anlamaz ve kabul etmezler. Terapist, hem güçlerine hem de zayıflıklarına bakarak, hastaların kendilerine daha gerçekçi bir bakış geliştirmelerine yardım etmek için bilişsel stratejiler kullanır. Buna ek olarak hastaların kendilerini özel haklara sahip ve benzersiz görmeleriyle mücadele etmek için bilişsel stratejiler kullanır. Hak gören hastalar, diğer herkes gibi aynı kuralları izlemeyi öğrenmek zorundadır. İnsanlara eşit olarak saygılı bir biçimde davranmak zorundadır. Terapist ve hasta, hastanın hak gördüğü biçimde davrandığı ve olumsuz sonuçlar deneyimlediği geçmiş olaylara bakarlar.

Terapist, hastaların çocukluklarında ebeveynlerinin aşırı müsamahalı davranışlarını kabullenmelerini ifade etmelerine yardım etmek için deneysel stratejiler kullanır. Terapist, Hak Gören Çocuğun empatik olarak karşısına çıkan ve karşılılık ilkesini öğreten Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer. Sonunda hastalar, kendilerinin Sağlıklı Erişkin modu olarak hayale katılırlar.

Terapist, terapi ilişkisinde hak görme davranışını izler ve empatik yüzleştirme aracılığıyla her durumla yüzleştirir. Hasta ne zaman zorba ve küçültücü bir şekilde davransa ya da öfkelerini uygunsuz bir şekilde ne zaman ifade etse terapist sınır belirleyerek yeniden ebeveynlik yapar. Terapist, hastalar kusurlarını kabul ettiklerinde, diğer insanları eşit olarak gördüklerinde ya da aşağılık duygusu deneyimlediklerinde onlara destek olmak için terapi ilişkisini kullanır. Terapist, hastalar başkaları için empati duyguları ifade ettiklerinde onlara övgüde bulunur; zararlı dürtülerini dizginlediklerinde ve mantıksız öfkelerini zapt ettiklerinde onları onaylar. Son olarak terapist, hastaları, kendilerini ve başkalarını yargılarken statü ve diğer yüzeysel nitelikler üzerinde aşırı vurgulama yapmaktan vazgeçirir.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Tek muhtemel zorluk, hastanın değişim motivasyonunu sürdürmesine yardım etmektir. Hak görmeci hastaların

önemli bir kısmı, terapiyi iyi olmadan önce bırakırlar. Çünkü büyük ölçüde ikincil amaç bu şemanın beraberinde yürür. İstediklerini elde etmek iyi hissettirir. Hastaların neden değişmesi gerekir? Terapist, hasta için hak görme ya da büyüklenmeci olmanın zarar veren yönleri olduğunu göstermek zorundadır. Sonra terapist, şemanın olumsuz sonuçlarıyla ilgili devamlı hatırlatma yapmak zorundadır.

Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin

Şemanın Genel Sunumu

Bu şemaya sahip hastalar genelde iki nitelikten yoksundurlar: (1) Özdenetim -kişinin duyguları ve dürtülerini uygun bir şekilde zaptetme becerisi- ve (2) özdisiplin -görevleri başaracak kadar uzun engelleme ve sıkıntıya dayanma becerisi-. Bu hastalar, duygularını ve dürtülerini uygun bir şekilde zaptedemezler. Hem kişisel hem de çalışma yaşamlarında uzun vadeli hedeflere ulaşmak uğruna kısa vadeli tatmini geciktirmede yaygın bir zorluk sergilerler. Deneyimlerinden -davranışlarının olumsuz sonuçlarından- yeterli derecede ders almadıkları görülür. Yeterli bir özdenetim ya da özdisiplini ne denyimlemişlerdir ne de deneyimleyeceklerdir. (*Postcards from the Edge*'de Carrie Fisher,[9] "Anlık tatmindeki sorun, yeteri kadar hızlı olmamasıdır" diye yazdığında bu duyarlılığı yakalamıştı.")

Bu şemanın spektrumunun/yelpazesinin en ucunda küçük çocuklarını çok kötü bir şekilde büyütüyor gibi görünen hastalar vardır. Şemanın daha ılımlı biçimlerinde hastalar, rahatsızlıktan kaçınmaya abartılı bir vurgu gösterirler. Birçok acı, anlaşmazlık, yüzleşme, sorumluluk ve aşırı çabadan -kişisel tatmin ya da bütünlük pahasına olsa bile- kaçınmayı tercih ederler.

Dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, düzensizlik, sıkıcı ya da rutin işlerde devam etmede isteksizlik, duyguların şiddetli ifadeleri, öfke nöbeti ya da histeri, geç kalma alışkanlığı ya da güvensizlik tipik davranışlardır. Bu davranışların tümünde, uzun vadeli amaçlar pahasına ortak kısa vadeli doyum arayışı vardır.

Şema öncelikle madde kullanıcılarına ya da bağımlılarına uygulanmaz. Madde kullanımı, genelde beraber oluşmasına rağmen bu şemanın özünde değildir. Kendilerindeki -uyuşturucu, alkol bağımlılığı, aşırı yeme, kumar oynama, kompulsif seks gibi- bağımlılık davranışları bu şemanın derecesini ölçen şeyler değildir. Bağımlılıklar, biriyle değil başka pek çok şema ile baş etme biçimi olabilir: Herhangi bir şemanın acısından kaçınma biçimi olabilir. Bundan başka bu şema birçok durum üzerine kendilerini kontrol etme ve disipline etmekte zorlanan hastalara uygulanır. Onlar, sadece bağımlı davranışlarda değil yaşamlarının pek çok alanında duyguları ve dürtülerine sınır koymada ve çeşitli alanlarda, geniş özdenetim problemleri gösterirler.

Her çocuğun dürtüsel bir mod ile doğduğuna inanıyoruz. Her insanın doğal bir parçası da dürtüselliği yeterli derecede kontrol altına alma ve uyumsuz olan özdisiplini öğrenme başarısızlığıdır. Çocuklar doğal olarak denetimsiz ve disiplinsizdir. Bir bütün olarak toplum ve aile içindeki deneyimler aracılığıyla nasıl daha kontrollü ve disiplinli olacağımızı öğreniriz. Uzun vadeli amaçlara ulaşmak için Dürtüsel Çocuğu zaptedebilen Sağlıklı Erişkini içselleştiririz. Bazen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bir diğer problem, çocuğun bunun üstesinden gelmesini zorlaştırır.

Çoğu kez bu şemayı destekleyen belirsiz inançlar ve duygular yoktur. Bu şemalı hastanın şunu söylemesine pek rastlanmaz; "Tüm duygularımı ifade etmekte haklıyım" ya da "dürtüsel hareket etmem gerek". Bunun yerine hastalar şemaları kontrollerinin dışındaki varlık olarak deneyimler. Şema, diğer şemaların olduğu gibi ego uyumlu değildir. Bu şema ile gördüğümüz pek çok hasta, daha fazla özdenetimli ve daha özdisiplinli olmak istemektedir: Çabalamaya devam ederler, fakat uzun süre çabalarını sürdürebilecek gibi görünmezler.

Dürtüsel mod, ayrıca kişinin kendiliğinden ve ketlenmemiş olabildiği moddur. Bu moddaki kişi oynayabilir, aydınlatıcı olabilir, eğlenebilir. Modun olumlu bir yönü vardır, fakat aşırı olduğunda -kişiliğin diğer yönleri tarafından dengelenmediğinde- maliyet faydayı aşar ve mod kişiye zarar verici olur.

Tedavi Amaçları

Temel amaç, hastanın uzun vadeli hedefler uğruna kısa vadeli tatminden vazgeçmenin değerini fark etmesini sağlamaktır. Kişinin duygularından ya da hemen tatmin edici olanı yapmaktan vazgeçmesinin faydaları, kariyer geliştirmedeki bedellere, başarı, başka insanlarla anlaşma ve düşük özgüvene değmez.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Bilişsel davranışçı tedavi teknikleri, neredeyse her zaman bu şema ile en faydalı stratejilerdir. Terapist, hastanın özdenetim ve özdisiplin çalışmasına yardım eder. Temel düşünce, *dürtü ve eylem arasındadır; hastalar arada düşünmeyi öğrenmek zorundadır*. Harekete geçmeden *önce* dürtülere boyun eğmenin sonuçlarını enine boyuna düşünmeyi öğrenmek zorundadırlar.

Ev ödevlerinde hastalar, organize olmak, sıkıcı ve rutin işleri yapmak, vaktinde olmak, düzen uygulamak, engellenmeye tahammül etmek, aşırı duygu ve dürtüleri sınırlamak gibi bir dizi sıralı görevi yerine getirir. Hastalar, sadece bir kısmı zor olan basit görevlerle başlar. Sınırlı bir zamanda bunları yapmak için kendilerini zorlarlar, sonra zamanın miktarı yavaş yavaş artar. Hastalar, zaman aşımı, özdenetim teknikleri (meditasyon, rahatlama, distraksiyon), kendilerini kontrol etmelerini gerektiren gerekçeleri listeleyen flaş kartlar ve bunu yapmak için kullandığımız metotlar gibi duygularını kontrol etmelerine yardım edecek teknikleri öğrenirler. Terapi seanslarında hastalar, özdenetim ve kendilik kontrolü egzersizi için hayal kurmada davranışsal tekrarlama ya da rol yapma kullanabilirler. Dış yaşamlarında özdenetim ve özdisiplini başarılı

bir şekilde kullandıklarında kendileri karşılık alabilirler. Karşılıklar, kendini kabul etme, kendine özel etkinlik ya da hediye sunma ya da boş zaman içerir.

Ara sıra, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şeması, daha öncelikli olabilen diğer şema ile bağlantılıdır. Bu vakada terapist, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin şemasının yanı sıra daha merkezi şemaya yönelmelidir. Örneğin bazen hasta uzun süreyle duygularını çok fazla bastırdığından şema patlak verir. Bu genelde Boyun Eğicilik şemasıyla meydana gelir. Uzun süreli bir zaman sürecinde Boyun Eğicilik şemalı hastalar, öfke hissettiklerinde bunu ifade etmezler. Yavaş yavaş öfkelerini biriktirirler ve sonra aniden kontrol dışı bir biçimde patlarlar. Hastalar, sürekli pasiflik ve aniden saldırganlığa hazır olma arasında değişken bir örüntü gösterirler. Çoğunlukla temelde Boyun Eğicilik şemasına sahiptirler (Boyun Eğiciliği daha sonraki bölümde inceleyeceğiz). Eğer hastalar, ihtiyaçları ve duygularını uygun bir anda ifade etmeyi öğrenebilirlerse o zaman öfke arka planda oluşmayacaktır. Hastalar ihtiyaçlarını ve duygularını ne kadar az bastırırsa, dürtüsel davranma olasılığı o kadar azalır.

Bazı deneysel teknikler faydalıdır. Hastalar, yetersiz özdenetim ya da özdisiplin gösterdikleri geçmiş ve mevcut sahnelerin hayalini kurabilir. Önce terapist sonra da hasta, Disiplinsiz Çocuğun özdenetimini kullanmasına yardım eden Sağlıklı Erişkin olarak hayale girer. Yetersiz Özdenetim ve Özdisiplin diğer bir şemaya bağlı olduğunda terapist, hastanın temeldeki şemayla savaşmasına yardım etmek için deneysel teknikleri kullanabilir. Bu özellikle Borderlin Kişilik Bozukluğu olan hastalarda önemlidir. Boyun Eğicilik şemaları nedeniyle bu hastalar, ihtiyaçları ve duygularını ifade etmeye izin verilmediğini düşünürler. Bunu her yaptıklarında Cezalandırıcı Ebeveyni içselleştirerek cezalandırılmayı hak ettiklerini düşünürler. İhtiyaçlarını ve duygularını tekrar ve tekrar bastırırlar. Zaman ilerledikçe kontrol altına alabildiklerinin ötesinde ihtiyaçlar ve duygular ortaya çıkar ve sonra bu hastalar onları ifade etmek

için Öfkeli Çocuk moduna girer. Birden öfkeli ve dürtüsel olurlar. Bu meydana geldiğinde terapistin genel yaklaşımı, hastanın tamamen boşaltmasına izin vermek, empati kurmak ve sonra gerçeklik testidir.

Terapi ilişkisinde terapistin, kararlı olması ve bu hastalara sınır koyması önemlidir. Bu, özellikle bir çocuk olarak şemanın kökenini yeteri kadar sınırlayamıyorsa doğrudur. Bu şema sahibi bazı hastalar, "kapı mandalı/ihmal edilmiş çocuklardı". Ebeveynler çalışıyor olduklarından ve onlar yalnız kaldıklarından onları disipline edecek kimse yoktu. Çocukluktaki ebeveyn ilgisinin eksikliği, şemanın kökeni olduğunda terapist, hastaya aktif bir şekilde yeniden ebeveynlikte bulunarak kısmi bir antidot sağlayabilir. Terapist, seanslara geç kalma ve ev ödevlerini tamamlayamama gibi davranışlar için sonuçlar hazırlar.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Bazen şemanın, biyolojiye dayalı olduğu görülür ve terapinin tek başına değişmesi çok zordur, örneğin; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu gibi bir öğrenme problemine sahip hastalarda olduğu gibi. Eğer şema biyolojik temelliyse o zaman hastalar, daha fazla motive olup daha fazla çaba harcasalar bile yeterli bir özdenetim ve özdisiplin geliştirmeyebilirler. Uygulamada şemanın mizaca ne kadar bağlı olduğu ve çocukluktaki yetersiz sınırlamalarla ne kadar ilgili olduğu açık değildir. İlaçla tedavinin, terapiye belli bir katılım olmasına rağmen zorlu şema savaşında ısrarcı olan hastalar için dikkate alınması gerekir.

BAŞKALARINA YÖNELİMLİLİK ALANI

Boyun Eğicilik

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, başka insanların kendilerine hükmetmesine izin verir. Cezalandırılma ya da terk edilme tehdidinden dolayı mecbur hissettiklerinden başkalarının kontrolüne teslim olurlar. İki biçimi vardır: İlki, hastanın kendi arzularını bastırıp başka insanların taleplerini izlediği *ihtiyaçların* boyun eğmesi. İkincisi; hastaların başkaların onlardan intikam alacağı korkusundan duygularını (temelde öfke) bastırdığı *duyguların* boyun eğmesi. Şema, kişinin kendi ihtiyaçlarının ve duygularının başka insanlar için geçerli ve önemli olmadığı algısını içerir. Şema neredeyse daima öfke birikimine yol açar ki bu da pasif-agresif davranış, kontrol edilemeyen öfke patlamaları, psikosomatik semptomlar, duygulanımdan uzaklaşma, rol yapma ve madde bağımlılığı gibi uyumsuz semptomlar gösterir.

Bu şemaya sahip hastalar, genellikle şemaya teslim olma baş etme biçimini gösterirler: Aşırı derecede itaatkârdırlar ve tuzağa düşme duygusuna hassasiyet gösterirler. Korkmuş, rahatsız ve güçsüz hissederler. Kendilerini otorite figürlerinin insafına bırakmış biçimde yaşarlar. Otorite figürleri çok güçlü ve dayanıklıdırlar. Bu nedenle hastalar onlara boyun eğmek zorunda kalır. Şema önemli bir korku düzeyini içerir. Özünde hastalar, ihtiyaçlarını ve duygularını ifade ederlerse bazı kötü şeylerin olacağından korkarlar. Önemli biri, onlara yönelik öfke duyacak, terk edecek, cezalandıracak, reddedecek ya da eleştirecektir. Bu hastalar, ihtiyaçlarını ve duygularını bastırmaları gerektiğini hissettiklerinden değil onları bastırmak zorunda olduklarını hissettiklerinden bastırırlar. Boyun eğicilik, içselleştirilmiş bir değere ya da başkalarına yardım etme tutkusuna dayalı değildir. Bunun yerine intikam duygusuna dayalıdır. Bunun aksine, Kendini Feda, Duygusal Yoksunluk ve Yüksek Standartlar şemalarının hepsi, hastaların kişisel ihtiyaç ve duyguları ifade etmelerinin doğru olmadığına dair içselleştirilmiş bir değere sahip olmaları konusunda benzerlik gösterirler: İhtiyaçları ve duyguları ifade etmenin bir şekilde yanlış ya da kötü olduğuna inanırlar. Bu nedenle bunu yaptıklarında utanç ya da suçluluk duyarlar. Diğer üç şemaya sahip olan hastalar, başkaları tarafından kontrol edildiklerini düşünmezler. İçsel bir kontrol odağına sahiptirler. Öte yandan Boyun

Eğicilik şemalı hastalar, dışsal kontrol odağına sahiptirler. Doğru ya da yanlış olduğunu ya da bir şekilde cezalandırılacaklarını düşünseler de otorite figürüne boyun eğmek zorunda hissederler.

Çoğunlukla bu şema, kaçınmacı davranışa yol açar. Hastalar, diğer insanların onları kontrol edebileceği durumlardan ya da tuzağa düşebilecekleri durumlardan kaçınırlar. Bazı hastalar, romantik ilişkileri klostrofobik ya da tuzağa düşürücü olarak deneyimlediklerinden bu ilişkilere bağlanmaktan kaçınırlar. Şema, itaatsizlik ve karşı çıkma gibi aşırı telafiye yol açabilir. İsyankârlık, boyun eğiciliğin en yaygın aşırı telafi biçimidir.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastaların ihtiyaçlara ve duygulara sahip olmanın ve onları ifade etmenin kendi hakları olduğunu görmelerini sağlamaktır. Genellikle yaşamak için en iyi yol, ihtiyaç ve duyguları ifade etmeyerek sonuna dek beklemek yerine oluştuğu anda uygun bir şekilde onları ifade etmektir. Hastalar, kendilerini uygun bir şekilde ifade ettikleri sürece ihtiyaç ve duyguları ifade etmek sağlıklıdır ve genellikle bunu yaptıklarında sağlıklı insanlar onlara misilleme yapmayacaklardır. İhtiyaç ve duyguları ifade ettiklerinde onlara sürekli olarak misilleme yapan insanlar, yakın ilişki kurmak için seçilecek yararlı insanlar değildir. Hastaları, normal ihtiyaç ve duygularını ifade etmelerine izin veren insanlarla ilişkiler aramaya ve böyle davranmayan insanlarla ilişkilerden kaçınmaya teşvik ederiz.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Dört tedavi stratejisinin tamamı -yani bilişsel, deneysel, davranışsal ve terapi ilişkisi şemalarının tümü- bu şemanın tedavisinde önemlidir.

Bilişsel stratejiler açısından boyun eğen hastalar, önem verdikleri kişilere uygun bir şekilde ihtiyaç ve duyguları ifade etmenin sonuçları ile ilgili gerçekçi olmayan olumsuz beklentilere sahiptir. Kanıtı inceleyerek ve davranışsal deneyler tasarlayarak hastalar, beklentilerinin abartılı olduğunu öğrenirler. Bundan başka hastaların davranış ve duygularını uygun bir şekilde ifade ettiklerinde sağlıklı bir tavır içerisinde hareket etmeyi öğrenmeleri önemlidir -ebeveynleri onların çocukken yaptıklarından dolayı kötü olduklarını ifade etseler bile.

Deneysel stratejiler, oldukça önemlidir. Hayalde hastalar, öfkelerini ifade ederler, kontrolcü ebeveynlerine ve otorite figürlerine karşı hak iddia ederler. Çoğunlukla bu şemalı hastalar özellikle boyun eğdikleri ebeveyne yönelik öfkelerini ifade etme sorunu yaşarlar. Terapistin, hastalar hayalde ya da rol yapma egzersizlerinde serbestçe öfkesilerini çıkarana dek deneysel çalışmada ısrar etmesi gerekir. İfade edilen öfke şemanın üstesinden gelmek için çok önemlidir. Hastalar öfke ile temasa geçip bunu hayalde ve rol yapma egzersizlerinde (bilhassa kontrolcü ebeveynlerde) ortaya koydukça, günlük yaşamlarında şema ile savaşabilmeleri artacaktır. Bu öfkeyi ifade etmenin amacı, yalnızca açığa vurma değil ayrıca kendilerinin dayanmaları için güçlü hissetmelerini sağlamaktır. Öfke, neredeyse daima boyun eğicilikle birlikte giden pasiflikle savaşmak için motivasyon ve ivme sağlar.

Hastaların, nispeten kontrolcü olmayan partnerler seçmelerine yardım etmek hayati bir davranış stratejisidir. Genellikle boyun eğici insanlar, kontrolcü partnerleri kendilerine çekerler. Eşit bir ilişkiye sahip olmak isteyen bir partnere bir çekim hissediyorlarsa bu idealdir. Bununla birlikte çoğunlukla bu hastaların, kontrolcü herhangi birini seçmeleri olasıdır -böylelikle onlar "şema kimyası" elde edebilirler. Partnerin, hastaların ihtiyaçları ve duygularını ifade edememesinin, çok da kontrolünde olmadığını düşünüyoruz. Partner eğer biraz kimya yaratmada yeteri kadar hükmediciyse fakat hastanın ihtiyaç ve duygularını dikkate almayı amaçlıyorsa o zaman bu, şemaya bir çözüm sağlayabilir. İlişkiyi sürdürmek için kimya olması yeterlidir, fakat aynı zamanda hastanın sağlıklı bir hayat sürdürmesi için şemanın iyileşmesi yeterli değildir. Hasta-

lar bunun yanında kontrolcü olmayan arkadaşlar seçmeye çalışırlar. Girişkenlik teknikleri, hastaların partnerlerine ve başkalarına ihtiyaç ve duygularını ileri sürmeyi öğrenmelerine yardım eder.

Şemanın bir sonucu olarak gelişmemiş bir benlik var olduğunda -hastalar başkalarının ihtiyaç ve tercihlerine, kendi ihtiyaç ve tercihlerini bilmeyecek kadar ısrarlı bir şekilde hizmet ediyorlarsa- o zaman hastalar, bireyleşmeye çalışabilirler. Deneysel ve bilişsel-davranışçı teknikler, hastanın doğal eğilimleri ve onları etkileyen egzersizleri tespit etmeye yardım edebilir. Örneğin hastalar, ihtiyaç ve tercihlerini bastırdıkları durumları yeniden oluşturmak için hayal kurma çalışması yapabilirler. Hayallerde hastalar, yapmak istedikleri ve ihtiyaç duydukları şeyleri yüksek sesle söyleyebilirler. Sonuçları hayal edebilirler. Hastalar, terapi seanslarında ihtiyaçları ve tercihlerini başkalarına ifade etme rolü oynayabilirler ve sonra ev ödevleri içerisinde onları ifade edebilirler.

Pek çok boyun eğici hasta başlangıçta terapisti kontrolcü ve hükmetmek isteyen otorite figürü olarak algılarlar. Terapist kontrolcü olmadığında bile onu böyle algılarlar. Yeniden ebeveynlik düşüncesinden hareketle terapistin aşırı yönlendirici olmak yerine daha alttan alması önemlidir. Terapist mümkün olduğu kadar yönlendirici olmamayı, hastanın tedavisi boyunca seçimler yapmasına izin vermeyi amaçlar: Yönelmek istedikleri problemler, öğrenmek istedikleri teknikler ve yürütmek istedikleri ev ödevleri. Terapist ayrıca empatik yüzleştirme ile hastanın uyumlu bir davranış görmesine dikkat eder. Son olarak terapist ilerlerken kırılma noktasına gelmeden önce hastaların terapiste yönelik öfkelerini fark etmelerine ve ifade etmelerine yardım eder.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Hastalar ihtiyaç ve duygularını ifade etme deneyi uygularken genelde onlar bunu kusurlu bir şekilde yaparlar. Başlangıçta seslerinin yeteri kadar duyulabilmesi için kendilerini öne

sürmede başarısız olabilirler ya da çok agresif olup aşırı bir karşıtlık gösterebilirler. Terapist hastaların ihtiyaçlarını ve duygularını dışa vurma ya da bastırma arasında doğru dengeyi bulmalarının biraz zaman alacağını önceden kestirmelerine yardım eder ve bunun için onları sert bir şekilde yargılamaması gerekir.

Boyun eğici hastalar duygularını ve ihtiyaçlarını ilk kez ifade etmeye çabaladıklarında genellikle şu gibi şeyler söylerler: "Fakat ne istediğimi bilmiyorum. Ne hissettiğimi bilmiyorum." Boyun Eğiciliğin, Gelişmemiş Benlik şemasına bağlandığı bu gibi durumlarda terapist, hastaların istek ve duygularını nasıl ifade edeceklerini göstererek benlik duygusu gelişimine yardım edebilir. Hayal kurma egzersizleri, hastaların duygularını incelemelerine yardım edebilir. Son olarak eğer boyun eğmeye karşı direnmeye ve içe odaklanmaya devam ederlerse birçok hasta isteklerini ve duygularını fark etmeye başlarlar.

Bazı terapistler, boyun eğici hastaların uyumlu bir tutum gösterilmesinden hoşlandıklarından farkında olmadan boyun eğiciliği destekleyebilirler. İyi bir hasta için boyun eğici hasta hatası yapmak kolaydır. Her ikisi de itaatkârlıktır. Bununla birlikte boyun eğici hastalar için aşırı itaatkâr olma sağlıklı değildir. Bu, boyun eğme şemasını iyileştirmek yerine sürekli kılar.

Bunun pek çok vakada tedavi için nispeten daha kolay bir şema olduğunu görüyoruz. Klinik olarak boyun eğme problemlerinde yüksek oranda bir başarıya sahibiz.

Kendini Feda

Şemanın Genel Sunumu

Boyun Eğicilik şemasındakiler gibi bu hastalar, kendi ihtiyaçları pahasına başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı bir yoğunluk gösterirler. Bununla birlikte Boyun Eğicilik şemasına benzemeyen bu hastalar, gönüllü biçimde kendilerini feda

ederler. Bunu yaparlar, çünkü yaşanan acıdan diğer insanları korumak, doğru olduğuna inandıklarını yapmak, bencillik ya da suçluluk duygusundan kaçınmak, yoksun olarak gördüğü ve önem verdiği kişilerle bağlantılarını sürdürmek isterler. Kendini Feda şeması genelde üstün bir empatik mizaç - başkalarının acısına akut bir hassasiyet- olduğuna inanmamızdan kaynaklanır. Bazı insanlar, acıyı engelleme ve azaltmaya oldukça motive olduklarından başkalarının ruhsal acısını hissederler. Başka insanların acı çekmesine neden olabilecek şeylere izin vermezler ya da yapmayı istemezler. Kendini feda genellikle başkalarına aşırı sorumluluk duygusunu içerir. Böylelikle bağımlılık kavramıyla kesişir.

Baş ağrısı, gastrointestinal problemler, kronik acı ya da bitkinlik gibi psikosomatik semptomlara sahip olmak bu şemalı hastalarda yaygın görülür. Fiziksel semptomlar, bilinçli bir farkındalık olmadan ya da doğrudan istemek zorunda kalmadan kendilerine dikkat çekmeyi sağlayabilir. Eğer "gerçekten hastalarsa" başkalarına ilgi göstermeyi azaltma ya da ilgisini kabul etme izni olarak düşünürler. Bu semptomlar, çok verip karşılığında çok az alarak yaratılan stresin doğrudan bir sonucu olabilir.

Bu şemaya sahip hastalar, beraberinde neredeyse daima Duygusal Yoksunluk şemasına sahiptirler. Başkalarının ihtiyaçlarını karşılarlar, fakat kendilerininkini gidermezler. Görünürde kendini feda ortaya çıkar, fakat alttan alta derin bir duygusal yoksunluk hissederler. Bazen fedakârlık nesnelerine öfke duyarlar. Bu şemalı hastalar genellikle çok fazla vererek sonunda kendilerine zarar verirler.

Çoğunlukla bu hastalar, başkalarından hiçbir şey beklemediklerine inanırlar, fakat bir şeyler olup başkaları da aynı karşılığı vermediğinde kızgın hissederler. Öfke, bu şema ile kaçınılmazdır. Fakat yüksek derecede kendini feda eden ve etrafında karşılık göstermeyen insanlara sahip hastalar, genellikle en azından biraz kızgınlık deneyimlerler.

Önceki bölümde Boyun Eğme şemasında bahsettiğimiz gibi kendini feda ve boyun eğme arasındaki ayrım çok önemlidir. Hastalar Boyun Eğme şemasına sahip olduklarında dışsal sonuçların korkusundan dolayı kendi ihtiyaçlarına teslim olurlar. Başka insanların onlara karşılık vereceğinden ya da onları reddedeceğinden korkarlar. Kendini Feda şemasıyla hastalar içsel bir anlam ya da standardın ötesinde kendi ihtiyaçlarına teslim olurlar. (Kohlberg'in[10] ahlaki gelişim süreçlerine göre Kendini Feda, Boyun Eğiciliğe göre daha yüksek bir ahlaki gelişim düzeyi gösterir.) Boyun eğen hastalar kendilerini başkalarının kontrolü altında deneyimlerler; Kendini feda eden hastalar, kendileri gönüllü seçimler yaparak yaşarlar.

Ayrıca bu iki şemanın kökenleri farklıdır. İki şema kesişmesine rağmen kökenleri neredeyse karşıttır. Boyun Eğicilik şemasının kökeni, ekseriyetle hükmedici ve kontrol edici ebeveyndir. Kendini Feda şemasında ise ebeveyn, çoğunlukla yetersiz, yoksun, çocuksu, aciz, hasta ya da depresiftir. Böylelikle öncekiler çok güçlü bir ebeveyn ile etkileşime girerken sonrakiler çok zayıf ya da hasta bir ebeveynle etkileşime girer. Erişkinliğinde kendini Feda şeması geliştiren bir çocuk için genç yaşlardan itibaren "ebeveynli çocuk" rolünü üstüne alması ayrıca yaygındır.[11]

Kendini Feda şemalı hastalar, genellikle kendileri hakkında konuşmak yerine başkalarını dinlemek, başka insanlara ilgi göstermek, kendileri için bir şeyler yaparken zorluk yaşamak, başka insanların ilgisine odaklanmak, ilgi kendileri üzerine yoğunlaştığında rahatsızlık hissetmek ve bir şeyler istediklerinde doğrudan sormak yerine dolaylı yoldan hareket etmek gibi davranışlar gösterirler. (Hastalarımızdan biri kendini feda edici annesiyle ilgili aşağıdaki hikâyeyi anlatmıştı: "Bir sabah kahve yapıyordum. Annem, mutfağa girdi ve bir fincan isteyip istemediğini sordum. 'Yok, sana zahmet olmasın' dedi. Ben de 'zahmet olmaz' dedim. 'bırak da senin için bir kahve yapayım'. Annem 'hayır, hayır' dedi." Hasta sadece bir kahve

yapmıştı. Hasta bitirdiğinde annesi 'yani bana da bir kahve yapamadın mı?' dedi.)

Ayrıca bu şemada ikincil bir kazanç vardır. Şema olumlu yönlere sahiptir ve sadece sağlıksız bir dereceye ulaştığında patolojiktir. Hastalar, kendilerini bakıcı olarak görmekten gurur duyabilirler. Fedakâr bir şekilde davranarak iyi olduklarını, ahlaken erdemli biçimde davrandıklarını düşünebilirler. (Aksine bazen şema asla yeterli niteliğe sahip değildir. Bu nedenle kendini feda edenler ne kadar yaparlarsa yapsınlar, yeterli olmadıklarından yine de suçlu hissederler.) İkincil kazancın diğer potansiyel kaynağı, şemanın başka insanları onlara çekebilmeleridir. Pek çok insan kendini feda edenlerin yardımı ve empatisinden haz alır. Bu şemalı hastaların genelde pek çok arkadaşı vardır, bu ilişkilerde kendi ihtiyaçlarının karşılanmamasına rağmen.

Aşırı telafici davranışlar açısından uzun süreli kendini fedadan sonra bazı hastalar, ani aşırı öfke gösterirler. Öfkeli olurlar ve diğer insanlara fedakârlık yapmayı tamamen keserler. Kendini feda edenler takdir görmediklerini hissettiklerinde bazen diğer kişiye söylenerek öç alırlar. "Bir daha sana hiçbir şey vermeyeceğim." Kendini Feda şemalı bir hasta, annesi öldükten sonra terapist olanları tanımlarken aşağıdaki olayla ilişkilendirir: Yaşı çok gençtir ve yemek pişirmekte, temizlik yapmakta ve babası için çamaşır yıkamaktadır. Bir gün ütü yaparken babası içeriye girer ve şöyle der "bundan böyle gömleklerimi askıya asarken düğmelerini ilikle." Hasta ütü yapmayı bırakır, odadan çıkar, babası için tekrar asla temizlik yapmaz, yemek pişirmez ve çamaşır yıkamaz. "Kendi elbiselerimi yıkadım ve onun yerdeki yığınını orada bıraktım" ile noktalanır.

Tedavi Amaçları

Temel amaç, Kendini Feda şemalı hastaların, ihtiyaçlarını karşılaması için tüm insanlarla eşit haklara sahip olduğunu öğretmektir. Bu hastalar, kendilerini başkalarından daha güçlü

görseler bile gerçekte çoğu, duygusal olarak yoksundur. Kendilerini kurban ederler ve karşılığında kendi ihtiyaçlarını asla elde edemezler. Bunun yanında -kendilerini yardım etmeye adadıkları bir çok "daha zayıf" insanların yoksun olmaları gibi yoksundurlar. Birincil fark, Kendini Feda şeması olan hastaların, kendi ihtiyaçlarını en azından bilinçsizce deneyimlemedikleridir. Kendini Feda etmeyi sürdürmek için genellikle kendi ihtiyaçlarını engellemeye çalışırlar.

Tedavinin en önemli amacı, Kendini Feda şemalı hastaların farkında olmasalar bile giderilmemiş ihtiyaçlara sahip olduğunu ve diğer herkes gibi ihtiyaçlarını karşılamaya hakları olduğunu fark etmelerine yardım etmektir. Şemanın getirdikleri ikincil kazanç olmasına rağmen bu hastalar, kendini feda için yüksek bir bedel öderler. Onlar derinden ihtiyaç duydukları bazı şeyleri elde edemezler, ki bu da diğer insanlar tarafından ilgi görmektir.

Tedavinin diğer amacı, hastanın aşırı sorumluluk duygusunu azaltmaktır. Terapist, hastalara genelde onların başkalarının kırılganlığını ve savunmasızlığını abarttığını gösterir. Pek çok başka insan hastanın düşündüğü kadar savunmasız ve kırılgan değildir. Hasta daha az fedakârlık gösterdiğinde diğer kişi yine iyi olacaktır. Pek çok durumda diğer kişi, hasta daha az fedakârlık gösterirse yıkılmayacak ve çekilmez bir acı yaşamayacaktır.

Tedavinin diğer amacı, hastanın alakalı duygusal yoksunluğunu iyileştirmektir. Terapist, hastaların kendi ihtiyaçlarına bakması, başka insanların ihtiyaçlarını gidermeyi bırakması, ne istiyorsa daha doğrudan söylemeye ve zamanının çoğunda güçlü görünmek yerine daha incinebilir olmasını teşvik eder.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Dört değişim elemanı bu şemada önemlidir. Bilişsel stratejiler açısından terapist, hastanın başkalarına yönelik abartılı kırılganlık ve yoksunluk algılamalarını sınamasını sağlar. İlave-

ten terapist, hastaların kendi ihtiyaçlarının farkındalığını arttırmalarına yardım eder. İdeal olarak hastalar, uzun süredir giderilmemiş ihtiyaçları -ilgi, anlayış, korunma ve yol gösterme- olduğunu fark ederler. Başkalarına özen gösterirler, fakat başkalarının onlarla ilgilenmesine izin vermezler.

Ayrıca terapist, hastaların, temelinde kendini fedanın olduğu diğer şemaları fark etmelerini sağlar. Önceden bahsettiğimiz gibi Kendini Feda şemalı hastalar, neredeyse daima temelde bir derece duygusal yoksunluğa sahiptirler. Kusurluluk diğer yaygın, bağlantılı şemadır: Bu hastalar, "daha az değerli" hissettiklerinden dolayı "daha fazla fedakârlık gösterirler." Terk Edilme şema ile bağlantılı olabilir: Hastalar, diğer kişinin kendilerini terk etmesini engellemek için kendilerini feda ederler. Bağımlılık, bağlantılı bir şema olabilir: Ebeveyn figürünün onlarla bağlantılı ve ilgili kalacağından hasta kendini feda eder. Onay Arayıcılık, bağlantılı bir şema olabilir: Hastalar, onaylanma ve tanınma elde etmek için başkalarına ilgi gösterirler.

Terapist, "alacak-verecek oranının" dengesizliğini vurgularlar: Hastaların yaşamlarında önem verdikleri kişilerden aldıklarıyla verdiklerinin oranı. Eşitler arası sağlıklı bir ilişkide her kişinin verdiği ve aldığı zaman içerisinde yaklaşık olarak eşit olması gerekir. Bu denge, ilişkinin her bir ayrı yönünde ortaya çıkmak zorunda değildir, fakat bir bütün olarak ilişkide ortaya çıkmak zorundadır. Her kişi kendi yeteneklerine göre verir ve alır. Dengenin geneli, yaklaşık bir şekilde eşittir. Alma verme oranındaki önemli bir dengesizlik, hastalar için genellikle sağlıksızdır. (İstisnalar, ebeveynler ve çocuklar gibi eşit olmayanların ilişkileridir. Çocukları için kendini feda eden hastaların, kendini feda şemasına sahip olmaları gerekmez. Şemaya sahip olmak için hastalar, genel kalıbın bir parçası olarak pek çok ilişki karşısında fedakârlık etmek zorunda kalırlar.)

Deneysel olarak terapist, hem çocuklukta hem de mevcut yaşamlarında hastaların duygusal yoksunluğunun farkına varmalarına yardım eder. Hastalar, giderilmemiş duygusal ihtiyaçları ile ilgili üzüntü ve öfke ifade ederler. Hayalde onları yoksun bırakan ebeveyn ile yüzleşirler -yetiştirmedikleri, dinlemedikleri, korumadıkları ya da yol göstermedikleri benmerkezci, yoksun ya da depresif ebeveynler ile. Ebeveynli çocuk olmakla ilgili öfkelerini ifade ederler: Ebeveyn açısından kasti olmasa bile bu role girmeleri doğru değildir. Hastalar, kayıp çocukluklarını kabul ederler. Hayalde mevcut yaşamlarında onları yoksun bırakan önem verdikleri kişilere yönelik öfkelerini ifade ederler ve gereksinimlerini söylerler.

Davranışsal olarak hastalar, ihtiyaçlarını daha doğrudan gidermek için istemeyi ve güçlü olmak yerine daha savunmasız bir izlenim bırakmayı öğrenirler. Onlar, zayıf ve yoksun yerine güçlü ve ilgili partnerler seçmeyi öğrenirler. (Bu şemalı hastalar, kendilerine eşit şekilde davranabilecek partnerler yerine madde bağımlılığı olanlar, bunalımlı ya da bağımlı kişiler gibi genelde zayıf ve yoksun partnerler çekerler.) Ayrıca hastalar, başkalarına ne kadar verebileceklerinin sınırını belirlemeyi öğrenirler.

Diğer şemalara sahip hastalar için sağlıksız olabilecek bir tedavi stratejisi, Kendini Feda şemalı hastalar için çok faydalı olabilir. Hastalar, önem verdikleri kişilere ne kadar alıp verdiklerine dikkat ederler. Onlar için ne kadar şey yapıyorlar, ne kadar dinliyorlar, her biriyle ne kadar ilgileniyor ve karşılığında ne elde ediyorlar? Denge bozulduğunda -bu genelde Kendini Feda şeması hastaları için olduğundan- daha eşit bir denge kurmayı amaçlayabilir. Daha az verebilir, daha fazla isteyebilir.

Bir anlamda bu şema, Hak Görme şemasının bir karşıtıdır. Hak Görme şeması, benmerkezcilik içerir; Kendini Feda şeması, öteki-merkezcilik içerir. Bu iki şema ilişkilerde birbirlerine uygundur. Bu şemalardan birine sahip hastalar, genelde

diğerine sahip bir partnere düşer. Diğer yaygın bir kombinasyon, Kendini Feda şemalı bir partner ile Bağımlı Hak Görme partnerininkidir. Kendini Feda edici, hak gören partneri için her şeyi yapar. Terapi, bu çiftlerin her birinin daha sağlıklı bir orta alana çekilmelerine yardım edebilir.

Psikoterapistin şemalarını dikkate aldığımızda Kendini Feda, en yaygınlardan biridir (diğeri Duygusal Yoksunluktur). Ruh sağlığı alanında pek çok profesyonel için Kendini Feda şeması, çalışmalarını belirlemeye onları motive eden bir faktördür. Terapist ve hastanın her ikiside şemaya sahipse potansiyel problem, terapistin kasıtsızca çok fazla kendini feda edici davranışa model olmasıdır. Her iki terapi ilişkisinde ve yaşamlarının diğer bölgeleri ele alındığında terapist verici olmasına rağmen bunu göstermez, kendini inkar etmez. Terapistin ilişkilerde ihtiyaçları ve hakları vardır ve onları uygun bir şekilde öne sürer.

Terapistlerin, bu şemalı hastalara çok ilgi göstermeleri önemlidir. Çünkü ebeveynleri ve başkaları tarafından çok az ilgi görmüşlerdir. Kendini feda edici hasta terapistle ilgilenmeye kalkarsa terapist, empatik yüzleştirme aracılığıyla davranış örüntüsüne işaret eder. Terapist hastayı mümkün olduğu kadar kendisine güvenmesi için isteklendirir. Bu hastaların bazıları, başka insanlara asla güvenmezler. Terapist, hastanın bağımlılık ihtiyacını kabul eder ve hastayı daha erişkin gibi ve güçlü hareket etmeyi bırakması ve bunun yerine daha incinebilir hatta arada sırada daha çocuksu olmasını ister.

Bu Şemeya Özgü Problemler

Yüksek kültürel ve dinsel değerin kendini feda üzerine kurulu olması bir problemdir. Bundan başka kendini feda normal sınırlar içerisinde işlevsiz bir şema değildir. Bunun yerine kendini feda belirli bir dereceye kadar sağlıklıdır. Aşırı olduğunda işlevsiz olur. Hastanın uyumsuz şeması olması için kendini feda etmesinin problemlere neden olması gerekir. Semptomlar ya da ilişkilerde mutsuzluk yaratıyor olmalıdır.

Kendisini sıkıntı olarak gösterdiği bazı biçimler olmalıdır: Öfke oluşur, hasta psikomatik şikayetler yaşar, duygusal yoksunluk hisseder ya da duygusal acı çeker.

Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, çekirdek duygusal ihtiyaçlarını giderme ve doğal eğilimlerini ifade etme pahasına diğer insanlardan onaylama ya da kabul elde etmeye aşırı bir önem verir. Alışılmış bir şekilde kendi reaksiyonları yerine başkalarının reaksiyonları üzerine odaklandıklarından istikrarlı, içe yönelimli bir benlik duygusu geliştiremez.

İki alt türü vardır. İlk tür, onay arar ve herkesin onu sevmesini ister; kabul edilmek/tanınmak ve uygun görülmek ister. İkinci tip, takdir ister, alkış ve beğenilmek ister. İkincisi, çoğunlukla narsisistik hastalardır. Başkalarının onayını elde etmenin araçları olarak statü, görünüm, para ya da başarı üzerinde çok dururlar. Her iki tür de, kendileri hakkında iyi hissetmek için onay ve kabul alma üzerine görünürde odaklanır. Kendine saygı duygusu, kendi değeri ve doğal eğilimleri yerine başka insanların reaksiyonlarına dayalıdır. Bu şemalı genç bir kadın hasta şunu söyledi: "Bilirsiniz, muhteşem bir yaşama sahipmiş gibi görünen kadınlar sokakta nasıl görünür? Yaşamları gerçekten berbat olabilir fakat yürürken onları gördüğünüzde sadece her şeyin mükemmel olduğunu düşünürsünüz. Ben sık sık şunu düşünürüm; seçmek zorunda kalsaydım gerçekten sahip olduğumdan daha muhteşem bir yaşama sahipmiş gibi görünmeyi tercih ederim."

Alice Miller[12] *Çocukluk Mahkumları* kitabında onay arama konusu üzerine yazmıştır. Sunduğu pek çok vaka, bu şemanın narsisistik ucundaki bireylerdir. Çocukken onay almak için çabalamayı öğrendiler çünkü ebeveynleri onları bunu yapmaları için cesaretlendirdi ya da zorladı. Ebeveynler, temsili tatmin elde ettiler, fakat çocuklar gerçek benliklerinden -çekirdek

duygusal ihtiyaçlarından ve doğal eğilimlerinden- gittikçe ayrık büyüdüler.

Miller'ın kitabındaki konular, hem Duygusal Yoksunluk hem de Onay Arayıcılık şemalarıdır. Onay Arayıcılık her zaman olmasa da genelde Duygusal Yoksunluk şemasına bağlıdır. Bununla birlikte bazı hastalar, hem ilgi hem de onay arayıcıdır. Pek çok ailede ebeveynler çocuk odaklı ve sevecendir. Fakat aynı zamanda dış görünümle oldukça ilgilidir. Bu ailelerden gelen çocuklar sevgi görürler fakat istikrarlı, içe yönelimli Kendilik duygusu geliştirmezler. Kendilik duyguları diğer insanların yanıtlarına dayalıdır. Gelişmemiş ya da sahte kendiliklere sahiptirler, fakat gerçek kendilikleri bu değildir. Narsisistik hastalar, bu şemanın aşırı ucundadır, fakat kendini ifadenin zararına rağmen onay ve tanınma arayan hastaların psikolojik olarak daha sağlıklı olduğu birçok daha ılımlı biçimleri vardır.

Genel davranışlar, onay almak için insanları sevindirme ya da ılımlı olmayı içerir. Bazı Onay Arayıcılar, onay almak için kendilerine itaatkâr rolü verirler. Diğer bireyler, onların etrafında rahatsız hissedebilirler, çünkü memnun etmeye fazla istekli görünürler. Genel davranışları, başkalarının onayını elde etmek için görünüm, para, statü, kazanım ya da başarıya bir hayli dayalı konum içerir. Tanınmayı arayanlar, övgü almaya can atarlar ya da kibirli görünüp başarıları ile ilgili övünürler. Alternatif olarak daha hoş görünür ve gurur kaynaklarını beslek için sohbeti belli etmeden manipüle ederler.

Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık, onay arayıcılık davranışıyla sonuçlanabilen diğer şemalardan farklıdır. Hastalar, onay arayıcı davranış gösterdiklerinde davranışın bunun mu yoksa başka bir şemanın mı parçası olduğunu belirleyen motivasyondur. Onay Arayıcı hastalar, dışsal bir onay elde etmeye çabalarken Onay Arayıcılık, Yüksek Standartlar şemalı hastaların bir takım içselleştirilmiş değeri karşılamaya çalıştığı Yüksek Standartlar şemasından farklıdır (Çocuklar, ebeveynleri

benzer görünse bile). Onay Arayıcılık korkuya dayalı değilken Boyun Eğicilik korkuya dayalıdır. Boyun Eğicilik şeması ile hastalar, onay arayıcı şekilde hareket ederler, çünkü onay istemek için değil cezalandırma ya da terk edilmeden korkarlar. Onay Arayıcılık şeması, Kendini Feda şemasından farklı, yoksun ya da kırılgan olarak algıladığı başkalarına yardım etme tutkusuna dayalı değildir. Eğer hastalar başka insanlara zarar vermek istemediklerinden dolayı onay arayıcı biçimde hareket ediyorlarsa o zaman Kendini Feda şemasına sahiptirler. Onay Arayıcılık şeması, Hak Görme/Büyüklenmecilik şemasından farklıdır, çünkü bunlar başkalarından üstün hissetmek için kendini abartmaya kalkışmaz. Eğer hastalar, güç elde etme, özel davranış ya da kontrol aracı olarak onay arayıcı biçimde hareket ediyorlarsa o zaman Hak Görme şemasına sahiptirler.

Pek çok Onay Arayıcı, büyük ihtimalle "insanlar beni onaylarsa ya da beğenirlerse beni kabul edeceklerdir." "Diğer kişiler bana onay verirse faydalı olurum" ya da "Beni beğenmeleri için insanları elde edebilsem bana dikkat göstereceklerdir" gibi şartlı inanışları kabul edeceklerdir. Bu olasılık altında yaşarlar: Kendileriyle ilgili iyi hissetmek için başkalarından onay ve kabul elde etmek zorundadırlar. Böylece bu hastalar, öz saygı için başka insanların onayına bağlıdırlar.

Onay Arayıcılık şeması, her zaman olmasa da sık sık Kusurluluk, Duygusal Yoksunluk ya da Sosyal İzolasyon gibi başka bir şemanın aşırı telafi biçimidir. Pek çok hasta diğer sorunları aşırı telafi için bu şemayı kullanmasına rağmen, bu şemalı pek çok diğer hasta bu biçimde yetiştiklerinden dolayı basit bir şekilde onay ve tanınma ararlar. Ebeveynler, çocuğun asıl ihtiyaçları ve doğal eğilimlerine dayalı olmayan bunun yerine çevre kültürün değerlerine dayalı amaçlar ve beklentiler hazırlarlar.

Onay Arayıcılığın hem sağlıklı hem de uyumsuz biçimleri vardır. Bu şema, politika ve eğlence gibi birçok alanda bulunan başarılı insanlarda oldukça yaygındır. Bu hastaların pek

çoğu, onaylama ya da tanınma elde edeceklerini sezmede başarılıdırlar ve kendilerini çekici kılmak ya da insanları etkilemek için bukalemun gibi davranışlarını adapte edebilirler.

Tedavi Amaçları

Temel amaç, hastaların onay arayıcı, sahte benliklerinden farklı gerçek bir kendiliğe sahip olduklarını fark etmeleridir. Yaşamlarını onaylanma ya da tanınma elde etme uğruna duygularını ya da doğal eğilimlerini bastırarak geçirirler. Gerçek kendilikleri bastırıldığından ve onay arayıcı kendilikleri yaşamlarını yönlendirdiğinden çekirdek duygusal ihtiyaçları karşılanmaz. Gerçek kendilik ifadesi ile kendine karşı gerçek olma karşılaştırıldığında başka insanların onayı sadece memnuniyetin yüzeysel ve geçici biçimini sağlar. Burada teorimizin felsefi varsayımını açıklıyoruz: İnsanlar gerçek duygularını ifade ettiklerinde ve doğal eğilimleri üzerinde hareket ettiklerinde çok mutludurlar ve tatmin olmuşlardır. Bu şemalı pek çok hasta otantik olmanın ne anlama geldiğini bilmez. Doğal eğilimlerinin ne olduğunu onları nasıl etkileyeceklerini bilmez. Tedavinin amacı, diğer insanların onaylama ya da tanımasını elde etme üzerine daha az ve asıl değerlerine ve kim olduklarına daha fazla odaklanmalarına yardım etmektir.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Tedavinin dört bileşeni de tedavide önemli rol oynar: Bilişsel, deneysel, davranışsal ve terapi ilişkisi.

Bilişsel strateji, başkalarından onay aramaya devam etmek yerine gerçek benliğini ifade etmenin önemini hastalara göstermektedir. Onay ve tanınmayı istemek doğaldır, fakat bu tutku aşırı bir hale geldiğinde işlevsiz olur. Hastalar, şemanın avantaj ve dezavantajlarını inceleyebilirler. Gerçekten kim olduklarını keşfetmenin ve başka insanların onayını almaya odaklanmaya devam etmeye karşı hareket etmenin avantaj ve dezavantajlarını ölçerler. Bu şekilde hastalar, şema ile savaşma kararını verebilirler. Eğer para, statü ya da popülarite vurgusuna devam ediyorlarsa o zaman yaşamdan tam olarak hoşlanmayacaklardır. Boş ve tatminsiz hissetmeye devam edeceklerdir. Onaylama ya da kabul için "ruhu satmaya" değmez. ("Yükseldiğimi düşündüm, gerçekte düşüyordum" diye ölümü düşünür, Tolstoy'un hikâyesindeki sosyal olarak yükselen Ivan Ilyitch[13]) Onaylama ya da tanınma sadece geçici bir şekilde tatmin eder. Onlar, alışkanlık yapıcı, derinden tatmin etmeyen ve kalıcı duygulardır.

Deneysel stratejiler, özellikle mod çalışması faydalı olabilir. Onay Arayıcılık, hastanın çocuklukta öğrendiği bir moddur. Terapist, hastanın Onay Arayıcı ve İncinebilir Çocuk modlarını tespit etmesine yardım eder (hasta için uygun isimler kullanarak). Hasta, ebeveynden onay aradığı çocukluk olaylarını yeniden yaşar ve Onay Arayıcı mod ile İncinebilir Çocuk arasında her birini yüksek sesle ifade ederek gidip gelir. Çocukluktaki önemli anlarda hastanin gerçekten ihtiyaç duyduğu neydi? Hissettiği, yapmak istediği, ebeveynin yapmak istediği, ebeveyn ya da diğer otorite figürünün çocuktan talep ettiği neydi? Çocuk Talepkar Ebeveyne öfkesini ifade eder ve onay arama içinde kaybolduğu çocukluk için büyük üzüntü duyar. Sağlıklı Erişkin ilk önce terapist tarafından oynanır sonra da hasta tarafından. Çocuğun Onay Aracılıkla savaşmasına yardım eder ve İncinebilir Çocuğa uygun davranır.

Hastalar, doğal eğilimlerini incelemek için davranışsal deneyler yürütebilirler. Düşünceleri ve duyguları kendileri izleyebilirler. Yaşamlarında doğal eğilimler üzerinde daha sık hareket etmek için davranış teknikleri kullanabilirler. Diğer insanların onaylamamalarına dayanmayı öğrenmek önemli bir davranışsal hedeftir. Hastalar, kendilerine kabullenme ve onaylama vermeyen diğer insanların bulunduğu durumları kabullenmeye çalışır. Onay arama bir bağımlılığa benzediği ölçüde hastalar, bağımlılığı bırakmayı, onay ve kabulden uzak kalmaya dayanmayı öğrenirler ve o zaman memnuniyetin diğer, daha sağlıklı olan biçimlerini ikame ederler. Bu süreç hastalar için özellikle başlangıçta üzücü olabilir ve terapist,

empatik yüzleştirme tutumu benimseyerek yardım eder. Davranışsal öğe, tedavinin başarısı için çok önemlidir. Eğer hastalar odaklarını başkasının ne düşündüğünden gerçekten uzaklaştıramıyorlarsa, günlük olaylarda özellikle önem verdikleriyle olan ilişkilerde kendilerine daha gerçek olamıyorlarsa o zaman diğer stratejiler sürekli bir biçimde çalışmayacaklardır.

Terapi ilişkisinde terapistin hastanın onaylanma ve tanınma elde etmeye çabalamasının örneklerini izlemesi önemlidir. Bu örüntü neredeyse daima terapide bu hastaların terapisinde ortaya çıkar. Ortaya çıktığında terapist, empatik yüzleştirme aracılığıyla davranışa işaret eder ve olumsuz reaksiyonları saklamak yerine hastanın açık ve doğrudan olmasını cesaretlendirir.

Bu Şemaya Özgü Problemler

Onay Arayıcılık şemasının, hastaya bir hayli ikincil kazanç sağlaması genellikle bir problemdir. Onaylanma ve Tanınma, etkili bireylerarası mükâfatlar getirebilir ve bu şema, sosyal olarak yüksek oranda onaylanır. Alkış alma, ünlü olma, tanınmayı başarma, başarılı olma, beğeniliyor olma, uyum sağlama -bunların hepsi için toplum içerisinde bir hayli olumlu pekiştirme mevcuttur. Terapist, hastanın bu şekilde toplumun şiddetle değer verdiği bazı şeylerle savaşmasını ve yumuşatmasını ister. Terapist ve hasta, aşırı onay ya da takdir aramanın değeri olmadığını belirlemek için birlikte çalışırlar. Bundan başka amaç, eğilimi tamamen yok etmek değil ılımlaştırmaktır. Çünkü şema kendini güncelleme ile dengelendiğinde pek çok değerli yöne sahiptir.

Bu şemaya sahip hastalar, sağlıklı bireylerle kolaylıkla karıştırılır ve terapist, genelde şema yönelimli davranışları bilmeden pekiştirir. Bu hastalar, terapistlerin onaylarını ya da takdirlerini almak için sıkı çalışırlar fakat gerçek benliklerine değil de sahte benliklerine dayalı yapıyorlarsa o zaman bu, sürece bir engeldir.

AŞIRI TETİKTE OLMA VE BASKILAMA ALANI

Olumsuzluk/Karamsarlık

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, olumsuzcu ve karamsardır. Olumlu yönleri küçümserken acı, ölüm, kayıp, hayal kırıklığı, ihanet, başarısızlık ve çatışma gibi yaşamın olumsuz yönlerine yaygın ve ömür boyu odaklanma gösterirler. Geniş çalışma düzeyinde, mali ve bireylerarası durumlarda her şeyin ciddi olarak yanlış gideceği abartılı beklentiye sahiptirler. Hastalar, yaşamlarının bir şekilde bozulmasına neden olacak feci hatalar -mali yıkım, ağır kayıp, sosyal olarak küçük düşme, kötü bir durumun içine düşme ya da kontrolünü kaybetmeye yol açabilecek hatalar- yapmaya açık olduklarını düşünürler. Böyle hatalar yapmayacaklarından emin olma uğraşısına büyük zaman harcarlar ve obsesif ruminasyona eğimlidirler. "Yapmama durumları", anksiyetedir. Kronik gerilim ve endişe tipik duygulardır, şikayet ve kararsızlık tipik davranışlardır. Bu şemalı hastaların etrafta bulunmaları zor olabilir. Çünkü kim ne derse desin olayların daima olumsuz yönlerini görürler. Bardağın daima yarısı boştur.

Tedavi stratejileri, terapistin şemanın kökenlerini nasıl kavramsallaştırdığına bağlıdır ki bu da aslında modelleme aracılığıyla öğrenilir. Bu durumda şema, hastanın ebeveynden öğrendiği olumsuzluk ve karamsarlığa yönelik depresif bir eğilim yansıtır. Hasta, bir mod olarak ebeveynin davranışlarını içselleştirir. Deneysel çalışma, özellikle şemayı bu tutum içerisine alan hastalara faydalıdır. Hayal ya da rol yapma egzersizlerinde önce terapist sonra hasta Sağlıklı Erişkin olarak bu Karamsar Ebeveynle savaşmaya çalışır. Sağlıklı Erişkin, Olumsuz Ebeveyn ile yüzleşir ve çocuğun endişelerini giderir, rahat ettirir.

Şemanın ikinci kökeni, zorluk ve kaybın çocukluk geçmişidir. Bu durumda hastalar, olumsuzcu ve karamsardır çünkü

yaşamın erken dönemlerinde çok fazla sıkıntı çekmişlerdir. Bu, üstesinden gelmek için çok zor bir kökendir. Bu hastalar, genelde genç bir yaşta gençliğin doğal iyimserliğini kaybederler. Dokuz yaşında bir çocukken babasını kaybetmiş bir hasta yıllar önce şunu demişti; "Kötü şeylerin meydana gelmeyebileceğini bana söylemeye çalışma çünkü olabileceğini biliyorum." Bu hastaların çoğu, geçmiş kayıpları için üzülme ihtiyacı duyar. Kişisel talihsizlikleri şemanın kökeniyse tedavi stratejilerinin tamamı önemlidir. Bilişsel teknikler, hastaların geçmişteki olayların, gelecekteki olumsuz olayların ortaya çıkacağını göstermeyeceğini anlamasına yardım edebilir. Deneysel teknikler, hastaların travmatik çocukluk kayıpları ile ilgili öfke ve kederini ifade etmesine yardım edebilir. Davranış teknikleri, hastaların mevcut yaşamlarında endişelenmeye daha az, zevk almaya daha çok zaman harcamasını sağlayabilir. Terapi ilişkisinde terapist, hastanın kayıpları için empati ifade eder fakat ayrıca model olur ve iyimser tutum ve davranışları ödüllendirir.

Alternatif olarak, şema Duygusal Yoksunluk şeması için aşırı telafi olabilir. Hasta, ilgi ve sempati elde etmek adına yakınır. Bu durumda terapist, şema yönelimli yakınmayı pekiştirmemeye dikkat ederken hastaya yeniden ebeveynlik ve ilgi göstererek temeldeki yoksunluğu tedavi eder. Örneğin terapist, hastanın temeldeki duygusal yoksunluk duygularını yatıştırmak yerine odaklanarak hastanın karamsar yorumlarının içeriğine aldırmaz. Adım adım hasta önce terapistle sonra terapi dışında önem verdikleri kişilerle duygusal ihtiyaçları gidermenin sağlıklı yollarını öğrenir.

Bazı hastalar için şemanın, muhtemelen obsesif kompulsif bozukluk ya da distimik bozuklukla ilgili olarak biyolojik bileşeni ve kökeni olabilir. Bu hastalara ilaç tedavi denemesi faydalı olabilir.

Tedavi Amaçları

Temel amaç, hastanın geleceğe daha objektif ve pozitif şekilde bakmasını sağlamaktır. Bazı araştırmalar, en sağlıklı yolun yaşama "aldatıcı bir parıltıyla" bakmak olduğunu önerir.[14] Bu da gerçekçilikten biraz daha olumlu olarak bakmaktır. Olumsuz bir bakış, sağlıklı ya da uyumlu olarak görünmez. Genel olarak konuşursak belki de bunun nedeni şudur ki bir kimse işlerin yanlış gideceğini ve bunun kesin olduğunu beklerse diğeri çok iyi hissetmez. Kötü bir hayal kurmak için çok fazla yardımcı değildir. Muhtemelen, her şeyin daha iyiye gitmesini bekleme daha sağlıklı bir yaşama götürür -kişinin beklentilerinin sürekli hayal kırıklıkları yaratan gerçekliğe aykırı olmadığı sürece.

Bu şema ile pek çok hastanın, dertsiz ve iyimser olmasını gerçekçi olarak beklemiyoruz; fakat en azından aşırı olumsuz bir konumdan daha ılımlı bir konuma geçebilirler. Bu şemalı hastaların gelişiminin bazı işaretleri, daha az sıklıkta endişe etmesi, daha olumlu bir bakışa sahip olması, sürekli kötü bir sonuç görmesi ve gelecekle ilgili obsesif bir şekilde düşünmesidir. Artık yanlış yapmaktan kaçınmaya obsesif bir şekilde odaklanmaz. Bunun yerine yanlıştan kaçınmak için makul bir çaba gösterir ve duygusal ihtiyaçlarını gidermeye ve doğal eğilimlerini izlemeye odaklanır.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Deneysel stratejiler ve terapi ilişkisinin aynı derecede faydalı olabilmesine rağmen bilişsel ve davranışsal stratejiler, genellikle tedavinin temel kısımlarıdır.

Pek çok bilişsel teknik bu şema ile faydalı olabilir: Bilişsel bozuklukları tespit etme, kanıtları inceleme, alternatifler üretme, flaş kart kullanma, şema yönelimli ve sağlıklı yön arasında diyalog yürütme. Terapist, hastaların gelecekle ilgili tahminlerde bulunmasını ve olumsuz beklentilerin seyrek bir şekilde nasıl gerçek olacağını keşfetmesine yardım eder. Hastalar olumsuz, karamsar düşüncelerini kendileri izler ve yaşamlarına mantık ve deneysel kanıta dayalı daha objektif bir şekilde bakmaya çalışır. Olumsuzlukları abartmayı bırakmayı ve yaşamlarındaki olumlular üzerine daha fazla odaklanmayı

öğrenir. Hastalar, ruhsal durumlarındaki uyumlu değişikliklere önem verirler.

Hastalar, olumsuz olaylar geçmişine sahipse bilişsel teknikler, onların bu olayları analiz etmesine, bugün ve geleceği geçmişten ayırmayı öğrenmesine yardım edebilir. Eğer geçmiş, olumsuz olay kontrol edilebilirse o zaman terapist ve hasta tekrar ortaya çıkmaması için problemi düzeltmeye birlikte çalışabilirler. Eğer olay kontrol edilebilir değilse o zaman olay geleceği etkilemez. Mantıksal olarak gelecek bir olay ile ilgili kötümser bir temel yoktur, hasta geçmişte kontrol edilemeyen olumsuz olayları deneyimlese bile.

Şema, koruyucu işlevsellik gösterirken bilişsel teknikler, hastaların hayal kırıklığına uğramamaları için olumsuz karamsar bakış açısının daha iyi sanıldığı düşünce ile mücadele etmesine yardım eder. Bu düşünce genellikle doğru değildir: Eğer hastalar, bazı şeylerin yanlış gitmesini bekliyorsa ve o yanlış gidiyorsa bununla ilgili endişelenerek daha iyi hissetmezler. Eğer bazı şeylerin doğru gitmesini bekliyorlarsa, ama bunlar yanlış gidiyorsa daha kötü olduğunu düşünmezler. Olumsuz sonuçlar bekleyerek elde ettikleri, kronik endişe ve gerginlikle günlük yaşamın bedelinin dışına çıkmazlar. Hastalar, en kötüyü farz etmenin avantaj ve dezavantajlarını listeler. Her iki konumu, ruh halleri üzerine etkilerini gözeterek tecrübe ederler.

Bazı hastalar, Borkovec'in bahsettiği "endişelenme büyüsünü" gösterir.[15] Endişelenmenin kötü şeylerin olmasını engelleyebilen büyülü bir ritüel olduğuna inanırlar. Endişelendiği sürece kötü şeyler meydana gelmeyecektir. (Bu şemalı bir hastanın söylediği gibi "endişelendiğimde hiç değilse bir şeyler yapıyorum".) Bu durum olumsuz sonuçlar üzerinde kontrol elde etme çabasının bir biçimidir. Bununla birlikte gerçekten bir çok endişe konusu, hem kontrolün ötesindedir hem de endişelenerek kontrol edilemezler. Hastalar, olumsuz, karamsar yön ile olumlu iyimser yön arasında diyalog yürütebilirler

ki bu terapi, gelişime yardım etmektedir. Bu şekilde yaşama yönelik daha olumlu bir tutum takınmanın faydalarını görmeye başlarlar.

Deneysel teknikler hastaların Mutlu Çocuk moduyla bağlantı kurmasına yardım eder. Şemanın kökeni olumsuz, karamsar ebeveyn ise hastalar, hayalde bu ebeveyn ile diyalog yürütebilirler. Sağlıklı Erişkin olarak öncelikle terapist, sonradan hasta, Karamsar Ebeveynin çocuğun hevesini kırdığı çocukluk hayaline katılır. Sağlıklı Erişkin Olumsuz Ebeveyn ile mücadele eder ve Endişeli Çocuğun endişelerini giderir. Çocuk olumsuz ve stresli bir varlık olduğundan Olumsuz Ebeveyne öfkesini ifade eder.

Terapist, hastanın geçmişinden gelen üzücü olaylar ile ilgili temelde yatan duygusal yoksunluk hissini ortadan kaldırmaya yardım etmek için deneysel teknikler kullanabilir. Hastalar, terapistin empati kurmasıyla birlikte hayaldeki bu olaylarla ilgili öfke ve üzüntülerini ifade ederlerse o zaman bu olayları arkalarında bırakabilirler. Çözümlenmemiş bir üzüntüye saplanıp kalmak yerine yaşamlarında tekrar ileri doğru hareket etmeye başlayabilirler. Sağlıklı Erişkin süreç boyunca hastaya yol gösterir.

Hastalar, çarpık, olumsuz davranışları sınamak için davranışsal deneyler yürütebilirler. Örneğin kötü sonuçtan korunabilirler ve ne kadar zaman doğru olduğunu ölçebilirler. Endişelenmenin daha iyi bir sonuca yol açtığı varsayımı test edebilir ya da önceden görülen olumlu ya da olumsuz sonuçların daha iyi hissettirdiği sınanabilir.

Terapistler, Olumsuzluk/Karamsarlık şemalı hastalara yanlış yapmakla ilgili aşırı ihtiyatlılıklarını azaltmak için "tepki engelleme" tekniklerini öğretebilirler. Hastalar adım adım yanlışlardan kaçınma ile ilgili daha az obsesif, yanlışları engellemek için tasarlanmış gereksiz davranışlarla daha az meşgul olmayı öğrenirler ve sonra bu değişimleri uygulamaktan sağladıkları tatmini ve memnuniyeti arttırdıklarını gözlemlerler.

Başkalarına yakınmamayı öğrenen hastalara, davranışsal ev ödevleri faydalı olabilir. Şema, Duygusal Yoksunluk şeması için bir aşırı telafi olduğunda terapist, hastalara ilişkilerdeki duygusal ihtiyaçlarını gidermek için daha doğrudan istemeyi öğretebilir. Bu olumsuzcu ve karamsar hastaların pek çoğunun -özellikle bir terapistin "yardım reddeden şikâyetçiler" diye isimlendirdiklerinin-[16] tedavi edilmesi oldukça zordur ve temelde Duygusal Yoksunluk şemasına sahiptirler. Herhangi bir bilinçli farkındalık olmadan onlara ilgi göstermesi için insanları elde etmenin aracı olarak şikayet ederler. Bu hastalarda gördüğümüz kronik şikayetin nedeni, çekirdek sorun duygusal yoksunluk olmasına rağmen akılcı ikna ve kanıta tepkisizliktir: Hastalar, pratik tavsiye ya da çözümler istediklerinden değil, ilgi ve empati elde etmek için şikayet eder. Yakınmalarının kendisini engelleyici yönü, bir süre sonra başkalarının onların şikâyetlerinden beslenmeleri ve onlardan kaçınmaları ya da sabırsız davranmaya başlamalarıdır. Bununla birlikte kısa vadede şikâyet etme, hastalara sempati ve ilgi kazandırır. Eğer hastalar şikayet etme aracılığıyla ilgi aramak yerine doğrudan talep etmeyi öğrenirlerse o zaman sağlıklı bir biçimde duygusal ihtiyaçlarını gidermeye başlayabilirler.

"Endişe sürecini" programlayarak zamanı kaygıyla geçirmeyi sınırlama, bu hastaların pek çoğuna yardım eden davranışsal stratejidir. Endişelendiklerinde fark etmeyi öğrenirler ve o zaman belirlenmiş zamana dek endişelenmeyi geciktirirler. Bu hastaların çoğu ayrıca eğlenmek için daha fazla aktiviteler programlamaktan fayda sağlarlar. Genelde bu şema ile insanlar, hazdan çok ayakta kalmaya yönlendirilmiş yaşamlara sahiptirler. Yaşam, "iyi şeyler" elde etme ile ilgili değildir -"kötü şeyleri" engelleme ile ilgilidir. Hastaların memnun edici aktiviteleri programlaması, endişelenmeye çok fazla zaman harcama eğilimine bir antidot olabilir. Depresyon tedavisindeki gibi memnun edici aktivitelerin artması, Olumsuzluk/Karamsarlık şemasının tedavisinde önemli bir unsurdur.

Daha önce bahsettiğimiz gibi bu şemalı pek çok hasta, çocukken duygusal olarak yoksun kalmıştır ve bu nedenle terapistten bir hayli ilgiye ihtiyaç duyar. Terapist, şikayetleri ya da gelecek ile ilgili olumsuz tahminleri desteklememeye dikkat ederek geçmiş olumsuz olaylar için geçerlilik sağlama üzerine odaklanabilir. Terapist mevcut olaylarla ilgili aşırı bir yakınmaya yanıt vermezken geçmiş kayıplarına ilişkin hastaya ilgi gösterebilirse hasta iyileşmeye başlayabilir. Bu "sınırlı ebeveynlik", karamsarlık ya da yakınmayı pekiştirmeden kederlenmeyi destekler.

Bu Şemaya Özgü Problemler

Bu genelde değişmesi zor bir şemadır. Çoğunlukla hastalar karamsar hissetmedikleri bir an hatırlayamazlar ve başka hislerin hayalini kuramazlar. Mod çalışması, onların endişe yığınının altında uzun süredir saklanmış Sağlıklı Çocuk modunu serbest bırakmalarına yardım edebilir. Sağlıklı Erişkin -önce terapist sonra hasta tarafından oynanan- üzücü geçmiş ve mevcut durumların hayaline girer ve Endişeli Çocuğun daha olumlu bir bakış geliştirmesine yardımcı olur.

Terapist, olumsuz düşünceleri hakkında hastalarla tartışmacı rolüne düşmemeye dikkat etmelidir. Terapistin olumlu yönü, hastanın da olumsuz yönü tekrar tekrar oynaması yerine hastanın her iki yönü de oynaması önemlidir. Terapist ve hasta karşıt yönleri üstlenirse seanslar, daha çok tartışma gibi olma eğilimindedir ve ilişki, muhalif olmaya meyilli olur. Eğer hasta her iki yönü oynarsa terapist gerektiğinde sağlıklı yönü yönetebilir. Terapist, hastanın iki modu da yani Karamsarlık ve İyimserliği tespit etmesine yardım edebilir. Sonra onlar arasında bir diyalog yürütebilir.

Hasta yakınmayla dikkat topluyorsa şema için birçok ikincil kazanç olabilir. Terapistin mümkün olduğu kadar bu olasılıkları değiştirmeye çabalaması gerekir. Terapist, hastanın yakınmalarını pekiştiren aile üyeleriyle görüşebilir ve onlara daha sağlıklı yanıtlar öğretebilir. Terapist, şikâyet ettiklerinde

güven ve umut ifadeleri yerine ödüllendirerek hastaların aldırmamayı öğrenmesine yardım edebilir.

Şema, oldukça olumsuz yaşam olaylarının geçmişinin bir sonucu olarak değişmekte zorlandığında, hastaların geçmiş kayıplar için üzüntü duyması genellikle faydalıdır. İçten üzüntü duyma, şikayet etme baskısını dindirebilir. Üzüntü duyma hastaların travmatik kayıp ya da hasar yaşadığı geçmişten, tehlikesiz ve güvenli (muhtemelen) bugünü ayırmasına yardım eder.

Daha önce söylediğimiz gibi bazı hastalar için endişelenmek, biyolojik bir unsur olabilir ve ilaç uygulaması tedavilerine potansiyel bir ilavedir. Bazen faydalı olması için anti depresan ilaçlar özellikle seçici serotonin gerialım engelleyici kullanırız.

Duygusal Baskılama

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, duygusal olarak kısıtlama gösterirler ve duygularını ifade etme ve tartışmayla ilgili oldukça baskılanmışlardır/ketlenmişlerdir. Coşkulu ve dışa vurumcu olmak yerine duygusal olarak düzdürler, spontan hareket etmek yerine öz denetimcidirler. Genellikle sıcaklık ve ilgi ifadelerini geri tutarlar ve saldırgan dürtülerini dizginlemeye çalışırlar. Bu şemalı pek çok hasta, insani etkileşimleri içerisinde yakınlık üzerinde özdenetime değer verir ve duygularını bırakırlarsa kontrolü tamamen kaybedeceklerinden korkarlar. Sonunda utanç duymaktan ya da cezalandırılma ya da terk edilme gibi başka ağır sonuçlara yol açmaktan korkarlar. Genelde aşırı kontrol, özellikle bu duygular şiddetlendiğinde hastanın çevresindeki önem verdiği kişilere kadar uzanır (hasta, önem verdiği kişilerin olumlu ya da olumsuz duyguları ifade etmesini engellemeye çalışır).

Hastalar, daha sağlıklı ifade etmeleri gereken duyguları baskılarlar/ketlerler. Bunlar, Spontan Çocuk modunun doğal eğilimleridir. Tüm çocuklar, diğer insanların haklarına saygı göstermek için duygu ve dürtülerini durdurmayı öğrenmek zorundadır. Bununla birlikte bu şemalı hastalar, aşırıya kaçarlar. Spontan Çocuğa baskı ve aşırı kontrol gösterirler ve öyle ki ne kadarının doğal ne kadarının oyun olduğunu unutmuşlardır. Hastaların aşırı kontrol edildiği en yaygın alanlar, öfke baskılama; haz, sevgi, duygulanım ve cinsel arzu gibi olumlu duyguları baskılama; rutinler ya da ritüellere aşırı bağlılık; kişinin duygularıyla ilgili tüm iletişim ya da incinebilirliğini zorlukla ifade etme ve duygusal ihtiyaçları önemsemezken mantığa aşırı önem vermedir.

Duygusal Baskılama/Ketlenme şemalı hastalar, çoğu kez obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini karşılar. Duygusal olarak kısıtlanmış olmanın yanında yakınlık ve rol yapma pahasına nezakete aşırı kaptırma eğilimindedirler. Spontan olmak yerine katı ve serttirler. Hem Duygusal Baskılama hem de Yüksek Standartlar şemalı hastaların, özellikle obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun tanı kriterlerini karşılaması olasıdır. Çünkü iki şema neredeyse tüm kriterleri içerir.

Duygusal Baskılama şeması için en yaygın köken, çocukken hastaların spontan bir şekilde duygularını gösterirlerken, ebeveynleri ve diğer otorite figürleri tarafından utandırılıyor olmasıdır. Genelde belirli kültürlerin özdenetime çok değer verme düşüncesi içerisinde bir kültürel şemadır. (Bir hasta İskandinav kalıtımının duygusal kısıtlamalarını göstermek için aşağıdaki espriyi anlattı: İskandinav bir adam karısını o kadar seviyormuş ki neredeyse ona söyleyecekmiş esprisini duydun mu?) Şema genelde ailevi bir özelliktir. Temeldeki inanç, içerde tutulması "iyiyken" duyguları göstermenin, onlar hakkında konuşmanın ya da dürtüsel olarak hareket etmenin "kötü" olduğudur. Bu şemalı hastaların, genelde özdenetimci, neşesiz ve katı oldukları görülür. İlaveten ifade edilmeyen öfke birikmesinin bir sonucu olarak çoğunlukla saldırgan ve kızgındırlar.

Duygusal Baskılama şemalı hastalar genelde duygusal ve dürtüsel olan partnerleriyle romantik bir ilişkiye girerler. Bunun nedeninin bir şekilde içerideki Spontan Çocuğun ortaya çıkmasını isteyen onların sağlıklı bir parçası olduğuna inanıyoruz. (Gösterişin yanlış olduğunu düşünen bir kadın hasta, pahalı yerlere giden ve süslü elbiseler giymeyi seven bir adamla evlenmişti: "Onunlayken, giyinip süslenmeme izin verilmiş gibi geliyor" diye açıkladı.) Baskılayan insanlar duygusal insanlarla evlendiklerinde çiftler bazen gittikçe kutuplaşırlar. Ne yazık ki bazen partnerler, önceden çekici gelen niteliklerden tek tek hoşlanmamaya başlarlar: Duygusal partner, baskılanmış olanın rezervini küçük görür. Baskılanmış partner, duygusal olanın yoğunluğunu hor görür.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastaların duygusal olarak daha dışavurumcu ve spontan olmasına yardım etmektir. Tedavi, hastaların bastırdıkları pek çok duyguyu nasıl ele alıp ifade edeceklerini öğretir. Hastalar, öfkelerini uygun bir biçimde göstermeyi, daha fazla eğlence aktivitesiyle meşgul olmayı, duygularını ifade etmeyi ve duyguları hakkında konuşmayı öğrenirler. Akılcı olduğu derecede duygularına değer vermeyi ve çevrelerindeki insanları kontrol etmeyi, başkalarını normal duygularını ifade ettiklerinden dolayı küçük düşürmeyi, kendi duyguları ile ilgili utanç duymayı bırakmayı öğrenirler. Bunun yerine kendilerinin ve başkalarının daha duygusal dışavurumcu olmasına izin verirler.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Davranışsal ve deneysel tedavi stratejileri, muhtemelen çok önemlidir. Davranış stratejileri, hastayı önem verdiği kişilerle hem olumlu hem olumsuz duyguları ele alıp ifade etmeye yöneltir. Biraz eğitim faydalıdır; aksi halde bilişsel stratejiler genelde çok faydalı değildir -hastanın zaten akılcılığa aşırı değer vermesini pekiştirir.

Deneysel çalışma, hastaların duygulara erişmesini mümkün kılar. Çocukluk hayallerinde Sağlıklı Erişkin, hastanın çocukken bastırdığı duyguları Baskılanmış/Ketlenmiş Çocuğun ifade etmesine yardım eder. Önce terapist sonra hasta, Sağlıklı Erişkin rolünü oynar. Sağlıklı Erişkin, Baskılayıcı Ebeveyn ile yüzleşir ve çocuğu öfke ya da sevgi gibi duygularını ifade etmesi için cesaretlendirir. Mevcut ve gelecek durumların hayalinde Sağlıklı Erişkin hastanın duygularını açık bir şekilde telaffuz etmesine ve ayrıca diğer insanları duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmesine yardım eder.

Terapi ilişkisi, Duygusal Baskılama/Ketlenme şemasını iyileştirmede oldukça faydalı olabilir. Genelde daha dışavurumcu ve daha duygusal olan terapist, hastaya yeniden ebeveynlik yapabilir ve bir model sağlayabilir. (Bununla birlikte oldukça akılcı baskılanmış terapist, bilinçsizce şemayı güçlendirir). Yeniden ebeveynlik, zaman zaman ciddi havayı kırmak için eğlence olsun diye seansta spontan bazı şeyler yapmayı içerir (yani şaka yapma, önemsiz konular tartışma, dedikodu yapma). En önemlisi terapist, hastanın duygularını tutması yerine dışa vurmasını destekler. Eğer hasta terapistle ilgili güçlü duygulara sahipse o zaman terapist, hastanın bunu yüksek sesle ifade etmesi için cesaretlendirir.

Bilişsel stratejiler, hastanın daha duygusal olmanın avantajlarını kabullenmesine yardım eder ve böylelikle şema ile savaşma kararı alabilir. Terapist, ya hep ya hiç yerine duygusal spektrum üzerinde bir denge ararken şema ile savaşma süreci sunar. Amaç, hastaların diğer uca geçmesi ve dürtüsel olarak duygusal olması değildir bunun yerine amaç, hastanın ara bir konuma ulaşmasıdır.

Son olarak bilişsel stratejiler, hastaların duygularını ifade etmelerinin sonuçlarını değerlendirmesine yardım edebilir. Bu şemalı hastalar, duygularını ifade ederlerse kötü şeylerin meydana gelebileceğinden korkarlar. Genelde duydukları, küçük düşecekleri ve utanç duyacakları korkusu hissederler. Yardım

edilen hastalar, ifade edilen duygularla ilgili iyi bir karar verebildiklerini görürler. Bu nedenle bunun meydana gelme olasılığı ortadan kalkar, daha rahat hissetmelerini ve denemeye istekli olmalarını sağlar.

Deneysel stratejiler, özlem, öfke, aşk ve mutluluk gibi kabul edilmiş çocukluk duygularına hastaların erişmesine ve ifade etmesine yardım eder. Hayal kurmada hastalar, önemli çocukluk durumlarını yeniden yaşar ve o anda duygularını ifade ederler. O anda ketledikleri duyguları yüksek sesle söylerler. Önce terapist sonra hasta Sağlıklı Erişkin olarak hayale katılır ve Ketlenmiş Çocuğa yardım eder. Sağlıklı Erişkin, ebeveyn figürlerinin yaptığı gibi çocuğu küçük düşürmek ya da utandırmak yerine duygularını ifade etmesi için ödüllendirir. Sağlıklı Erişkin ebeveynle yüzleşir, çocuğu teselli eder ve çocuğu kabul eder. Hasta, kayıp Spontan Çocuk ile ilgili öfke ve üzüntüsünü ifade eder.

Davranışsal rol yapma ve ev ödevlerinin potansiyel zenginliği vardır. Hastalar, diğer insanlarla olan duygularını ele alarak, hem olumlu hem olumsuz duygularını uygun bir şekilde ifade ederek, spontan oynayarak ya da olarak, eğlenmek için aktiviteler tasarlayarak egzersiz yapabilir. Bir dans sınıfına ya da deneysel cinselliğe katılabilir veya hazırlıksız bazı şeyler yapabilir. Bedeniyle saldırganlık ifade edebilir. Örneğin; rekabete dayalı bir spor yaparak ya da boks armut topuna vurarak. Eğer gerekirse terapist, zorluk açısından davranışsal görevleri derecelendirebilir böylelikle hastalar adım adım aşırı denetimi bırakır. Partnerle çalışmak faydalı olabilir. Terapist, yapıcı bir biçimde hem hastayı hem de partnerini duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirir. Son olarak hastalar, duygularını ve gerçekten ne olduğunu ifade ederlerse meydana gelecek öngörülerini yazarak olumsuz öngörülerinin testlerini hazırlarlar. Hastalar terapistle ve hayalde önemli kişilerle rol değiştirir ve ev ödevlerini uygular. Öngörüleriyle gerçek sonuçları karşılaştırır.

Terapist, uygun duygusal ifadelere hem model olur hem de teşvik eder. Grup terapi, bu şemalı pek çok hastanın duygularını başkalarına daha rahat ifade etmesi için yardım edebilir.

Bu Şemaya Özgül Problemler

İnsanlar neredeyse tüm yaşamlarını duygusal olarak baskıladıklarında farklı bir şekilde davranmaya başlamaları zordur. Duyguları ifade etme, yaparken büyük zorluklar yaşadıkları bu şemaya sahip hastalara oldukça yabancı gelir -gerçek doğaları gibi hissetmelerine oldukça karşıttır-. Mod çalışması, hastaların duygularını daha açık bir şekilde ifade edebilir ve şemayla savaşmak isteyen kendilerinin sağlıklı kısımlarına erişmesine yardım edebilir.

Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik

Şemanın Genel Sunumu

Bu şemalı hastalar, mükemmeliyetçi ve azimli olarak görünürler. Aşırı yüksek standartları gidermek için sürekli olarak çabalamak zorunda olduklarına inanırlar. Bu standartlar içselleştirilmişlerdir; o nedenle Onay Arayıcılık şemasına benzemez. Yüksek Standart şemalı hastalar, başkalarının reaksiyonlarına dayalı beklentileri ya da davranışları kolaylıkla değiştiremezler. Bu hastalar, başka insanların onayını kazanmak istediklerinden değil yapmaları gerektiğinden öncelikle standartları karşılamaya çalışırlar. Hiç kimse bilmese bile bu hastaların çoğu yine de standartları karşılamaya çalışacaktır. Hastalar, hem yüksek standartları karşılama hem de dışsal bir onay kazanma aradıkları durumlarda hem Yüksek Standartlar hem de Onay Arayıcılık şemalarına sahiptirler. Yüksek Standartlar, Onay Arayıcılık ve Hak Görme, narsisistik kişilikte en kolay keşfedilebilir şemalardır (Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarının genelde bu telafici şemaların temelinde

olmasına rağmen). İlerde Bölüm 10'da narsisistik hastaların tedavisi üzerinde duracağız.

Yüksek Standartlı hastalar tarafından deneyimlenen en tipik duygu, *baskı*dır. Bu baskı acımasızdır. Mükemmellik imkânsız olduğundan kişi sürekli çabalamak zorundadır. Tüm gayretin altında hastalar, kusurlarıyla ilgili şiddetli anksiyete duyarlar -kusur, "100" yerine "95" almaktır. Diğer yaygın duygu, hem kendisini hem başkalarını aşırı eleştiriciliğidir. Bu hastaların çoğu büyük zaman baskısı duyar. Yapacak çok iş ve çok az zaman vardır. En yaygın sonuç, bitkinliktir.

Yüksek Standartlara sahip olmak ve genelde Yüksek Standartlı kişilerle olmak zordur. (Hastalarımızdan birinin Yüksek Standartlara sahip karısıyla ilgili söyledikleri gibi; "Bu iyi değil. Bu da iyi değil. Hiçbirisi iyi değil.") Bu şemalı hastalarda diğer yaygın duygu, kızgınlıktır çünkü elde edilenler yeteri kadar hızlı ya da yeteri kadar iyi değildir. Diğer yaygın duygu, rekabetçiliktir. "A" tipi olarak sınıflandırılan pek çok hasta -kronik zaman baskısı, kızgınlık ve rekabetçilik duygusu gösterenler gibi-[17] bu şemaya sahiptir.

Genelde Yüksek Standart şemalı hastalar standartlarını uygulamak için özel alanlar içerisinde sürekli çalışırak işkoliktirler. Alanlar çeşitlenebilir: Okul, iş, görünüm, ev, atletik performans, sağlık, etik ya da kurallara bağlılık, sanatsal performans, bazı olasılıklardır. Mükemmeliyetçiliklerinde bu hastalar çoğunlukla detaylara yetersiz ilgi gösterir ve performanslarının standartlarla ne kadar alakalı olduğunu hafife alır. Yaşamın pek çok alanında gerçekçi olmayacak üstünlükte etik, kültürel ya da dinsel standartlar gibi katı kurallara sahiptirler. Düşüncelerinde neredeyse daima ya hep ya hiç anlayışı vardır: Hastalar, ya standartları tam olarak karşıladıklarına ya da başarısız olduklarına inanırlar. Nadiren başarıdan memnun olurlar çünkü mükemmel biçimde başarmak zorunda oldukları yeni görev üzerine zaten odaklanmışlardır.

Bu şemaya sahip hastalar, standartlarını genelde mükemmeliyetçi biçimde görmezler. Standartları normal görünür. Kendilerinden beklediklerini tam olarak yapıyorlardır. Uyumsuz şemaya sahip olması gibi bir nitelendirmede bulunmak için hastanın şema ile ilgili bazı önemli bozulmalara sahip olması gerekir. Bunlar yaşamda mutluluk eksikliği, sağlık problemleri, zayıf öz saygı, tatmin etmeyen arkadaş ya da iş ilişkileri ya da bazı diğer işlevsizlik biçimleridir.

Tedavi Amaçları

Tedavinin temel amacı, hastanın yüksek standartları ve aşırı eleştiriciliği azaltmasını sağlamaktır. Amaç, çifttir: Hastaların daha azını başarmaya çabalamaları ve daha az mükemmel başarmaya çalışmaları. Başarılı olarak tedavi edilen hastalar, başarı ve memnuniyet arasında yaşamlarında daha bir dengeye sahiptirler. Onlar çalışmanın yanı sıra rol yaparlar ve "zaman kaybı" ile ilgili çok fazla endişe ve bunun hakkında suçluluk duymazlar. Önemli kişilere duygusal olarak bağlanmaları zaman alır ve bazı şeylerin mükemmel olmamasına müsaade edebilirler ve yine de bunu faydalı görürler. Kendilerini ve başkalarını ne kadar az eleştirirlerse o kadar az talepkar, insani kusurları kabul edici ve kurallar hakkında daha az katı olurlar. Yüksek Standartların, elde ettiklerinden daha fazlasına mal olduğunu fark etmeye başlarlar: Biraz daha iyi bir durum yaratmaya çabalarken bir çok kötü durum yaratırlar.

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Bilişsel ve davranışsal tedavi stratejileri, genellikle çok önemlidir. Deneysel stratejiler ve terapi ilişkisi faydalı olabilmesine rağmen bu şemanın tedavisinin merkezinde değildir.

Terapist, hastaların mükemmeliyetçilikleriyle mücadele etmelerine yardım etmesi için bilişsel stratejiler kullanır. Performanslarını ya hep ya hiç fenomeni yerine zayıftan mükemmele -arasında pek çok derecelerle- bir spektrum üzerinde duruyor gibi görmeyi öğrenirler. Yüksek standartları sürdür-

menin fayda zarar analizini yaparlar: "Eğer her şeyi biraz daha az iyi yapsaydım ya da daha az şey yapsaydım fayda ve zararı ne olacaktı?" Terapist, azalan standartların avantajlarını vurgular -sağlık ve mutluluk getirecek tüm faydalar, yüksek standartların bir sonucu olarak sıkıntı çektikleri her biçim, şemanın yaşamın tadına ve önem verdikleri kişilerle olan ilişkilerine zarar verdiği tüm biçimler. Şemanın bedeli faydalarından daha büyüktür. Bu sonuç, hastaları değişmek için motive edebilen kozdur. Terapist aynı zamanda hastaların algıladıkları kusur risklerini azaltır. Kusur bir suç değildir. Hata yapmanın hastaların beklediği aşırı olumsuz sonuçları yoktur.

Yüksek Standartlar şeması, farklı tedavi içeriğiyle iki farklı kökene sahipmiş gibi görünmektedir. İlk ve daha yaygın köken, yüksek standartlı bir ebeveynin içselleştirilmesidir (Talepkar Ebeveyn modu). Köken bu olduğunda deneysel çalışmalar, hastaların kişiliğin içselleştirilmiş Talepkar Ebeveyn ile savaşabilen parçasını yaratmasına yardım eder. Bu, önce terapist tarafından sonra hasta tarafından rolü oynanan Sağlıklı Erişkindir. Hastalar, baskı ve ebeveyn standartlarının yüksek bedeli üzerine öfkelerini ifade ederler. İçselleştirilen bu standartlar pahalıya mal olur.

Yüksek Standartlar şemasının ikinci kökeni, Kusurluluk şemasının bir aşırı telafisidir: Hastalar mükemmel olmaya çalışarak kusurlu sonra da aşırı telafi olmuş hissederler. Köken bu olduğunda hastanın temeldeki Kusurluluk şemasına yardım etmek, tedavinin en önemli parçasıdır. Deneysel stratejiler, hastaların temelde yatan utanca erişmesine yardım edebilir. Kusurluluk şemasına uygulanan hayal kurma çalışmalarının tümü yararlı olur. Hastalar, mükemmeliyetçi yönlerini hayallerinde canlandırabilir. (Bir hasta kendini "Bayan Mükemmel" olarak tanımlamıştı: "Elleri belinde ve yüzünde hayal kırıklığına uğramış bir ifadeyle.") Hayalde mükemmeliyetçi mod, kenara çekilebilir ve İncinebilir Çocuğun konuşmasına izin verebilir.

Davranışsal Stratejiler, hastaların Yüksek standartlarını adım adım azaltmasına yardım edebilir. Terapist ve hasta, mükemmeliyetçiliği durdurmak için davranışsal deneyimler tasarlar -daha az yapmak ve daha az iyi yapmak için. Davranışsal deneylerin birkaç örneği; önem verdikleri kişilerle iletişim kurma ve rol yapma, daha düşük standartlar hazırlama ve onları sadık bir şekilde uygulama; görevleri isteyerek mükemmel olmayacak biçimde yapma, önemli görülen kişilerin kusurlu yine de faydalı davranışlarını övme ya da ilişkinin niteliğini yükseltme veya eğlence uğruna arkadaşları ya da aile üyelerini etkilemeyle "harcanan zaman" gibi diğer şeyleri yapmanın yanında çalışmaya ne kadar zaman harcayacaklarını programlamayı içerir. Hastalar, ödevleri yapmanın bir sonucu olarak kendi hallerini izlerler ve önem verdikleri kişilerin halleri üzerindeki etkileri keşfederler. Yeterince sıkı çalışmadıklarında hissettikleri suçlulukla savaşmayı öğrenirler. Sağlıklı Erişkin, bazı kusurlara müsaade etmeyi kabul edebilen Kusurlu Çocuğu güvence altına alır.

İdeal olarak terapist, hem terapi yaklaşımında hem de kendi yaşamlarının rolünde dengeli standartları modeller. Kendileri çok mükemmeliyetçi olan terapistler, tedavide hastanın ilerleyişine zarar verebilir. Hastanın ev ödevlerini mükemmel yapması ya da formları çok iyi doldurması gibi yüksek standartlar terapide kendini belli ettiğinde terapist, empatik yüzleştirme kullanır. Terapistin anlamasına rağmen hastaların mükemmel performans göstermek zorunda hissetmelerinin nedeni, çocukluktaki ebeveynleri tarafından bunun kendilerine iletilmiş olmasıdır, gerçekte terapist için mükemmel derecede performans gösterme zorunluluğu yoktur. Terapist, kusurlu performans göstermelerinden dolayı onları utandırmayacak ve eleştirmeyecektir. O daha çok ilişki biçimlendirmekle ilgilidir ve hastanın terapideki performansını değerlendirmek yerine hastayı iyileştirmeye çalışır ve hastanın aynı hissetmesini ister.

Bu Şemaya Özgül Problemler

En büyük engel, şemadan gelen ikincil/sekonder kazançtır: Bunu iyi yapmanın pek çok faydası vardır. Bu şemalı pek çok hasta yüksek standartları bırakmaya isteksizdir. Çünkü onlara göre faydalar bedelden çok daha ağır basmaktadır. Bunun yanında pek çok hasta standartları yerine getirmezse mahçup olma, utanma, suçluluk ve öz eleştiricilikten korkar. Olumsuz etkinin potansiyeli, standartlarını bir parça bile azalma riskine girmeye isteksiz olacak kadar yüksek görünür. Yavaş hareket etme, azalan standartların sonucunu yakından değerlendirebildiğinde bu hastalara yardım edebilir. Mod çalışması hastaların yaşamda daha büyük memnuniyet için mükemmeliyetçiliği değiştirmek isteyen sağlıklı yönü yaratmasına yardım eder.

Cezalandırıcılık

Şemanın Genel Sunumu

Bu hastalar, -kendileri dâhil- insanların yanlışları nedeniyle sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanırlar. Ahlakçı ve anlayışsız görünürler ve başka insanlarda ya da kendilerinde yanlışları bağışlamak için oldukça zorlandıkları görülür. Hata yapan insanların bağışlanmak yerine cezalandırılmayı hak ettiklerine inanırlar. Affedilmeye müsaade edilmez. Bu şemalı hastalar, hafifletici sebepleri dikkate almada isteksizlik gösterirler. İnsani kusurlara izin vermezler. İyi ya da kötü olarak gördükleri bazı şeyleri yapan bir insan için herhangi bir empati duymada zorluk yaşarlar. Bu hastaların merhamet vasıfları eksiktir.

Bu şemayı keşfetmenin en iyi yolu, ister kendileri ister başkaları hakkında konuşurlarken, biri bir hata yaptığında kullandıkları suçlayıcı, cezalandırıcı ses tonudur. Bu cezalandırıcı ses tonunun kökeni, neredeyse daima aynı ses tonunda konuşan suçlayıcı ebeveyndir. Ton, bastırılamayan aşırı cezalandırma gerekliliğini bildirir. Bu, "cehennem ateşi" vaizinin

sesidir: Acımasız, soğuk ve hakir gören. Uysallık ve merhametten yoksundur. Suçu yapan cezalandırılana dek tatmin olmayacak olan sestir. Ayrıca kişinin cezanın çok sert olmasını istediği duygusu vardır. Lewis Carroll'un[18] Alice Harikalar Diyarındaki Kupa Kraliçesi gibi her küçük kural ihlali için "kellesini vurun" diye bağırır. Şema, ayrım yapmaz ve aşırıdır.

Cezalandırıcılık genelde diğer şemalara özellikle Yüksek Standartlar ve Kusurluluk şemalarına bağlanır. Kusurluluk duygusuna açık bir şekilde karşı olduklarından hastalar yüksek standartlara sahipseler ve onları karşılamak için kendilerini cezalandırıyorsalar hem Yüksek Standartlara hem de Cezalandırıcılık şemasına sahiptirler. Yetersizlik ve bunalım duygularına açık bir şekilde karşı olduklarından ve bunun için kendilerini kusurlu hissettiklerinde ve cezalandırdıklarında hem Kusurluluk hem de Cezalandırıcılık şemasına sahiptirler. Borderline kişilik bozukluğu olan pek çok hasta, Cezalandırıcılık ve Kusurluluk şemasına sahiptir. Kusurlu hissettiklerinde kötü de hissederler ve kötü olduklarından dolayı kendilerini cezalandırmak isterler. Mod olarak Cezalandırıcı Ebeveyni içselleştirmişlerdir. Kusurlu oldukları için ailelerinin onları cezalandırdığı gibi kendilerini cezalandırırlar. Kendilerine bağırırlar, keserler, aç bırakırlar ya da başka cezalar verirler. (İlerde "Cezalandırıcı Ebeveyn" modunu BKB olan hastaların tedavisi üzerine olan 9. Bölümde ele alacağız).

Tedavi Amaçları

Temel amaç, hastaların kendileri ve başkalarına yönelik daha az cezalandırıcı ve daha fazla affedici olmalarına yardım etmektir. Terapist, başlangıçta zamanın çoğunu hastalara insanları cezalandırmanın pek bir değeri olmadığını öğretmeye ayırır. Cezalandırma, iyi davranışı ödüllendirme ya da modelleme gibi özellikle diğer metotlarla karşılaştırıldığında davranış değiştirmek için etkili bir yol değildir. Davranış değiştirmenin bir aracı olarak cezalandırmanın başarısızlığı üzerine geniş çapta işlemsel araştırma vardır.[19] Diğer araştırma otori-

ter ebeveynlik biçiminin, demokratik biçimden daha az etkili olduğunu göstermektedir. Otoriter ebeveynlik biçiminde ebeveyn, "kötü" davranışı cezalandırır. Demokratik ebeveyn biçiminde ebeveyn çocuğun davranışının neden yanlış olduğunu açıklar. Demokratik ebeveynler ebeveyni olmasa bile doğru olanı yapmaya çalışan çocuklar üretme eğilimindeyken otoriter ebeveynler, ebeveyn uzaklaşır uzaklaşmaz itaatsizlik eden çocuk üretme eğilimindedirler. Ayrıca demokratik ebeveynlerin çocukları, daha yüksek özsaygıya sahip olurlar.[20]

Hastanın birisini cezalandırma arzusunu ifade ettiği her an terapist, bir dizi soru sorar: "Kişinin amaçları iyi ya da kötü müdür? Eğer kişinin amaçları iyiyse bazı şeyler dikkate alınmaz mı? Kişiler biraz bağışlanmayı hak etmez mi? Kişinin amaçları iyiyse o zaman cezalandırma nasıl yardım edecek? Bakmak için orada olmadığınızda kişinin davranışı tekrarlama olasılığı yok mudur? Kişi bir dahaki sefer daha iyi davransa bile bunun bedeli çok yüksek değil midir? Cezalandırma, ilişkiye ve kişinin öz saygısına zarar verecektir. İstediğin bu mu?" Bu sorular, cezalandırmanın en faydalı yaklaşım olmadığını keşfetmek için hastaya yol gösterir.

Hastalar, tüm zaaf ve kusurlarında insanoğlu için empati ve bağışlama inşa etmeye yönelik çalışır. Biri beklentileri karşılamayacak yanlış ya da beceriksizlik yaptığında hafifletici koşulları dikkate almayı ve dengeli bir yanıt vermeyi öğrenirler. Eğer otorite konumundalar ise (yani diğer kişi çocuk ya da çalışansa) kişiyi cezalandırmazlar. Bunun yerine bir daha nasıl daha iyi davranacağını anlaması için kişiye yardım etmeye odaklanırlar. Cezalandırmanın, ağır ihmali olanlara ve ahlaksız niyetlilere uygulanması gerekir. Önceden söylendiği gibi "Adaletin terazisi daima merhametle sağlamlaştırılmıştır".

Tedavide Vurgulanan Stratejiler

Bilişsel stratejiler, hastaların değişim motivasyonu inşa etmesinde önemlidir. Temel strateji, eğitimseldir. Hastalar, affediciliğe karşı cezalandırmanın avantaj ve dezavantajlarını

araştırır. Hem bir kişiyi cezalandırmanın hem de daha affedici olmanın sonuçlarını listeler ve kişinin davranışına yansıtmasını teşvik eder. Avantaj ve dezavantajlarını incelemek, cezalandırmanın hatalarla etkili bir baş etme biçimi olmadığını hastanın entelektüel olarak kabul etmesine yardım eder. Hastalar, cezalandırıcı taraf ile affedici taraf arasında birbirleriyle tartıştıkları bir diyalog yürütür. Başlangıçta terapist sağlıklı yönü, hasta sağlıksız yönü, sonra da hasta diyalog içerisinde her iki yönü oynar. Şemanın maliyetinin faydadan daha fazla olduğu bilişsel düzey üzerinde inandırıcı olmak, hastanın şemayla savaşmaya karar vermesine yardım edebilir.

Çünkü şema, neredeyse daima ebeveynin Cezalandırıcılık şemasının içselleştirilmesidir. Pek çok deneysel çalışma, Cezalandırıcı ebeveyn modu ile savaşmaya ve dışsallaştırmaya odaklanır. Hastalar hayalde ebeveynin cezalandırıcı ses tonu içerisinde onlarla konuşmasını canlandırır. Ebeveynlerine şunu söylerler; "Artık seni dinlemeyeceğim. Artık sana inanmayacağım. Sen yanlışsın, benim için iyi değilsin." Cezalandırıcı ebeveyn ile hayal kurma çalışması yapmak, hastalara daha az ego uyumlu hissettirmenin ve şemadan uzaklaşmanın yolunu verir. Kendi sesleri olarak şemanın cezalandırıcı sesini duymak yerine ebeveynin sesi olarak bunu duyarlar. Hastalar kendilerine şunu söyleyebilir: Beni cezalandıran benim sesim değil, bu ebeveynimin sesi." Cezalandırma, benim için çocuklukta sağlıklı değildi ve şimdi de benim için sağlıklı değil. Artık kendime saldırmayacağım ve başka kimseyi cezalandırmayacağım, özellikle sevdiğim insanları."

Davranışsal stratejilerin amacı, hastaların kendilerini ve başkalarını suçlamaya çalıştığı durumlarda daha affedici karşılıklarda bulunmaktır. Hastalar, terapistle hayal kurma egzersizlerinde ya da rol yapmada davranışları tekrarlar sonra da ev ödevleri için davranışlar uygularlar. Terapist, gerektiğinde daha affedici yanıtlar için model olabilir. Hastalar, sonuçların kötü öngörüleriyle eşleşip eşleşmediğine önem verir. Örneğin, davranışsal deney olarak bir hasta, genç kızıyla annesi, bir haf-

ta için kızının yanlış davranışlarına verdiği yanıtları değiştirdi. Kızı yanlış davrandığında bağırmak yerine hasta, davranışın neden yanlış olduğunu sakince açıkladı. Hasta, kızının daha yanlış davranacağını düşündü fakat kızının daha az yanlış davrandığını gördü.

Terapist, terapi ilişkisini bağışlama modeli için kullanabilir. "Sınırlı ebeveynlik" yapan terapist, cezalandırma üzerine şefkat vurgusunda bulunur. Örneğin hasta ev ödevlerini unutma ya da randevu zamanını karıştırma gibi bir yanlış yaparsa terapist, hastayı azarlamaz. Bunun yerine terapist hastanın gelecekte yanlıştan nasıl kaçınacağını anlamasına yardım eder.

Bu Şemaya Özgü Problemler

Bu şema özellikle Kusurluluk şeması ile birleştiğinde değişmesi zor olabilir. Hastanın ahlaki öfke ve haksızlık duygusu çok katı olabilir. Hastanın değişim motivasyonunu sürdürmek, tedavi için anahtardır. Terapist, hastanın bireyler arası daha uyumlu ilişkiler ve artan öz saygı açısından şemanın fayda ve zararları üzerine odaklı kalmasını sağlar.

8

ŞEMA MOD ÇALIŞMASI

Birinci bölümde bahsettiğimiz gibi, mod, birey için bugün aktif olan bir takım şemalar ya da -uyumlu ya da uyumsuz- şema faaliyetlerinin uygulamalarıdır. Mod kavramını geliştirmemiz, modeli ağır bozukluklar gösteren hastalara odakladığımız doğal gelişimin bir süreciydi. Pek çok Eksen I bozukluğu olan hastalara yardım eden geleneksel bilişsel davranışçı terapiyle başladık. Bununla birlikte pek çok diğer hasta - özellikle Eksen II bozukluğu ve kronik semptomları olan hastalar- ya geniş çapta yardım alamazlar ya da Eksen I bozukluklarına yardım edilir fakat yine de dikkate değer duygusal sıkıntı ve bozuk faaliyette bulunma yaşarlar. Bu, oldukça karakteristik bir psikopatolojidir. Benzer şekilde şema terapi, bu hastaların çoğuna yardım eder fakat daha ileri bir tedavi gerektiren özellikle borderline ve narsisistik bozukluğu gibi ciddi bozukluğu olan bir grup hastayı dışarıda bırakır.

Bu ikinci grup hastaları tedavi etmek için temelde mod çalışmasını geliştirmemize rağmen artık pek çok ileri işlev hastalarında da kullanıyoruz. Bu noktada mod çalışması, şema terapinin bütünleyici bir parçası olmaktadır ve iki yaklaşımı ayrı olarak düşünmek yerine mod çalışmasını düzenli şema çalışmasına akıcı bir şekilde birleştiririz. Fark, mod çalışmasının narsisistik ya da borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda birincil yaklaşım olarak kullanılırken daha sağlıklı hastalarda

yardımcı metot olarak kullanılmasıdır. Böylelikle mod çalışması, şema çalışmasının ileri bir öğesidir, terapist engellendiğinde ve faydalı olduğu düşünüldüğünde kullanılır. Şema yönü ve sağlıklı yönü içeren iki farklı modla olan tüm diyaloglar, mod çalışmasının biçimleridir.

Bir Mod Yaklaşımını Ne Zaman Kullanabiliriz?

Şimdiye kadar tanımlanan basit şema yaklaşımları yerine klinisyen, bir mod yaklaşımını kullanmayı ne zaman seçebilir? Uygulamada hasta daha üstün bir faaliyet gösterdikçe "Standart" şema terminolojisini vurgulama olasılığımız artar (bu kitabın önceki bölümlerinde tanımlandığı gibi); hastanın bozukluğu ne kadar ciddiyse mod terminolojisi ve stratejilerini vurgulama olasılığımız o kadar artar. Orta düzeyde faaliyet gösteren hastalar için şemalar, baş etme biçimleri ve modlara başvurarak iki yaklaşımı birlikte kullanma eğilimindeyiz.

Terapi, sıkışmış gibi göründüğünde ve hastanın temeldeki şemasına kaçınma ya da aşırı telafi davranışını kıramadığımızda basit şema yaklaşımından mod yaklaşımına geçeriz. Bu, obsesif kompulsif ya da narsisistik bozukluğu olan hastalarda olduğu gibi katı, kaçınmacı ya da neredeyse sürekli aşırı telafi modunda olan hastalarla meydana gelebilir.

Hasta sıkı sıkıya öz cezalandırıcı ve öz eleştirel olduğunda bir mod yaklaşımına geçebiliriz. Bu genellikle hastayı cezalandıran ve eleştiren içselleştirilmiş işlevsiz ebeveynin belirtisidir. Klinisyen ve hasta o zaman bu Cezalandırıcı Ebeveyn moduna karşı güçlerini birleştirirler. Bu şekilde modu isimlendirme hastanın modu dışsallaştırmasına ve bunu daha ego uyumsuz hale getirmesine yardım eder.

Görünürde çözülemeyen içsel çatışmaya sahip bir hasta ile modlara geçebiliriz. Örneğin; uzun süreli bir ilişkiyi bırakıp bırakmama gibi önemli bir yaşam kararı ile ilgili karşıtlığa kilitlenmiş benliğin iki parçası. Benliğin her bir kısmı bir mod

olarak adlandırılabilir ve iki mod sonra bir diyalog kurup birbirleriyle görüşebilirler. Son olarak genelde sürekli öfkeden üzüntüye, kendini cezalandırmaya, hissizliğe değişen BKB olan hastalarda meydana geldiği gibi etki altında çok fazla değişim gösteren mod sahibi hastaları vurgulamaktayız.

Yaygın Şema Modları

Birinci bölümde bahsettiğimiz gibi dört temel mod tipini tespit ettik: Çocuk modları, Uyumsuz Baş Etme modları, İşlevsiz Ebeveyn modları ve Sağlıklı Erişkin modu. Her tip mod, belirli şemalarla ilişkilidir (Sağlıklı Erişkin ve Mutlu Çocuk dışında) ya da belirli baş etme biçimlerini dışa vurur.

Borderline ya da Narsisistik bozukluğu olan hastalarda modlar nispeten bağlantısızdır ve kişi, bir seferde tek bir mod deneyimlemeye muktedirdir. BKB olan hastalar moddan moda hızlı bir şekilde geçerler. Narsisistik kişilik bozukluğu olanlar gibi diğer hastalar daha az değişirler ve uzun süre bir modda kalabilirler. Örneğin bir aylık yaz tatilinde tüm zamanını kopuk kendini yatıştırıcı bir modda geçiren narsisistik kişilik bozukluğu olan bir hasta, yenilik ve heyecan peşinde buna karşılık işte ya da partide olan nasirsistik kişilik bozukluğu olan bir hasta tüm zamanını büyüklenmecilik modunda geçirir.

Yine de obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar gibi diğer hastalar, katı bir şekilde tek bir mod içerisine sıkışır ve neredeyse asla değişmezler. Nerede olduklarına, kim olduklarına, onlara göre neyin meydana geldiğine bakmazsak aslında aynıdırlar: Öz denetimci, katı ve mükemmeliyetçi. Değişimlerin sıklığı hastaya bireysel olarak baktığımızda önemlidir fakat bu modu tanımlayan şey değildir. Modlar belirli bir hasta için ya sık sık değişir ya da nispeten aynı kalır. Her iki aşırılık hasta için önemli problemlere yol açabilir.

Çocuk Modları

Çocuk modları, kendilerini çocuklara çok fazla benzeten Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalarda çok açıktır. Dört Çocuk modu tespit ettik: İncinebilir Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk ve Mutlu Çocuk (bkz. Tablo 8.1). Bu çocuk modlarının doğuştan geldiğine ve insanoğlunun doğuştan gelen duygusal alanı temsil ettiğine inanmaktayız. Erken dönem çocukluk ortamında meydana gelenler bir Çocuk modunu bastırabilir ya da arttırabilir. Fakat insan varlığı, bunların dördünü de ifade etme kapasitesiyle doğar.

TABLO 8.1 Çocuk Modları

Çocuk Modu	Tanım	Yaygın İlgili Şemalar
Dayanıksız Çocuk	İlgili şemalarla temas kurulduğundan disforik ya da anksiyete etkisi özellikle korku, üzüntü ve savunmasızlık deneyimler	Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal İzolasyon, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ya da Zarar Görme Karşısında İncinebilirlik, Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik, Olumsuzluk/Karamsarlık
Öfkeli Çocuk	Çekirdek şemalarla ilgili haksız davranış ya da çekirdek ihtiyaçlarının giderilmediğini algılama sonucunda doğrudan öfke ortaya koyar	Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Boyun Eğicilik (ya da bazen İncinebilir Çocuk ile ilgili şemaların herhangi biri)
Dürtüsel/ Disiplinsiz Çocuk	Sınırlar ya da başkalarının ihtiyaç ve duygularını (çekirdek ihtiyaçlarla bağlantısız) göz ardı ederek keyif için o anki arzularına göre dürtüsel hareket eder	Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin
Mutlu Çocuk	Sevgi, bağlılık, memnuniyet ve tatmin hisseder	Hiç. Şemaların aktive olmayışı.

Dayanıksız Çocuk modundaki bir hasta, korkmuş, üzgün, ezik ya da aciz görülebilir. Bu mod, hayatta kalmak için erişkinlerin ilgisine ihtiyaç duyan fakat ilgi görmeyen dünyadaki küçük bir çocuk gibidir. Çocuk ümitsizce bir ebeveyne ihtiyaç duyar ve birini almak için neredeyse her şeye dayanacaktır.

(Marilyn Monroe, İncinebilir Çocuğun savunmasızlığını yakalamıştır) İncinebilir Çocuk yarasının özgün doğası, şemaya dayalıdır: Ebeveyn, uzun bir süre çocuğu yalnız bırakır (Terk Edilen Çocuk), çocuğu aşırı şekilde döver (Suistimal Edilen Çocuk), sevgi göstermez (Yoksun Çocuk) ya da sert bir şekilde eleştirirler (Kusurlu Çocuk). Diğer şemalar, Sosyal İzolasyon, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında İncinebilirlik, Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik ve Başarısızlık, bu modla ilgili diğer şemalar olabilir. Pek çok şema, İncinebilir Çocuk modunun parçasıdır. Bu sebepten dolayı, şema çalışmasının amaçları doğrultusunda çekirdek mod olarak İncinebilir Çocuğu dikkate alırız. Son olarak bu, iyileşmesin için en fazla ilgilendiğimiz moddur.

Öfkeli Çocuk, öfkeli olur. Neredeyse tüm küçük çocuklar çekirdek ihtiyaçları giderilmediğinde belli bir noktada öfkeli olurlar. Ebeveyn çocuğu cezalandırmasına ya da yanıtlarını bastırmasına rağmen öfke, bu durumdaki küçük bir çocuk için normal bir reaksiyondur. Öfkeli Çocuk modundaki hastalar, Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Boyun Eğicilik ve diğerlerini içeren bağlantılı şemalarla ilgili haksız davranış ya da giderilmemiş ihtiyaçları fark etmeye karşılık olarak doğrudan öfkeye yönelirler. Bir şema tetiklendiğinde ve hasta terk edilme, istismar, yoksunluk ya da hükmetme hissettiğinde hasta öfkelenir ve bağırabilir, sözlü saldırabilir ya da şiddet fantezilerine ya da güdülerine sahip olabilir.

Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk, ihtiyaçlarını karşılamak için dürtüsel bir şekilde hareket eder ve başkalarının sınırlarını ya da endişelerini dikkate almadan hazzın peşinden giderler. Bu mod, doğal bir halde, ketlenmemiş, "vahşi", sorumsuz ve bağımsız çocuktur. (Peter Pan, ölümsüz çocuk, bu modun cisimleşmiş halidir.) Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk, zayıf engelleme toleransına sahiptir ve uzun vadeli amaçlar uğruna kısa vadeli kısa süreli memnuniyeti ertelemez. Bu moddaki kişi, şımarık, öfkeli, dikkatsiz, tembel, sabırsız, odaksız ya da kont-

rolsüz görülebilir. Hak Görme ve Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin ilgili şemalardır.

Mutlu Çocuk, sevgi ve mutluluk hisseder. Bu mod, Erken Dönem Uyumsuz şema ile alakalı değildir. Çünkü çocuğun çekirdek ihtiyaçları yeterli bir şekilde giderilmiştir. Mutlu Çocuk, şema aktivasyonunun sağlıksızlığını gösterir.

Uyumsuz Baş Etme Modları

Uyumsuz Baş Etme Modları, zararlı bir ortamda duygusal ihtiyaçları giderilmeden yaşama uyum sağlamak için çabalayan çocuğun girişimlerini gösterir. Bu baş etme modları, hasta küçük bir çocukken uyumludurlar fakat daha kapsamlı erişkin dünyasında genelde uyumsuzdurlar. Üç genel tipi tespit ettik. Söz Dinleyen, Kopuk Korungan ve Aşırı Telafici (bkz. Tablo 8.2). Onlar sırasıyla teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi baş etme süreçlerine uyum gösterirler.

TABLO 8.2. Uyumsuz Baş Etme Modları

Uyumsuz Baş Etme Modları	Tanım
Söz Dinleyen Mod	Teslim olma baş etme biçimini ve bağımlılığı benimser
Kopuk Korungan Mod	Duygusal geri çekilme, iletişimsizlik, izolasyon baş etme biçimini ve davranışsal kaçınma benimser
Aşırı Telafici Mod	Karşı saldırı ve kontrol baş etme biçimini benimser. İş koliklik gibi yarı uyumsal araçlar aracılığıyla aşırı telafi edebilir.

Söz Dinleyenin fonksiyonu, daha fazla yanlış davranmaktan kaçınmaktır. Kopuk Korungan ve Aşırı Telafici yani diğer iki modun fonksiyonu ise, şema patlamasıyla üretilen üzücü duygulardan kaçmaktır.

Söz Dinleyen bir baş etme biçimi olarak şemaya teslim olur. Bu moddaki hastalar, pasif ve bağımlı görünür. Terapist (ve başkaları) onlardan ne yapmalarını isterlerse onu yaparlar. Söz Dinleyen Modundaki bireyler, daha güçlü figür karşısında kendilerini savunmasız olarak görürler. Hiçbir seçeneklerinin olmadığını fakat çatışmadan kaçınmak için bu kişiyi memnun etmeye çabalamak zorunda olduklarını düşünürler. İtaatkârdırlar belki de bağlantıyı korumak ya da intikamdan kaçınmak için başkalarının kendilerini istismar, ihmal, kontrol etmelerine ya da değersizleştirmelerine izin verirler.

Kopuk Korungan Modu, baş etme biçimi olarak şemadan kaçınmayı kullanır. Baş etme biçimi, psikolojik bir geri çekilmedir. Kopuk Korungan Modundaki bireyler diğer bireylerden kopukturlar ve incinebilir olmanın acısından kendilerini korumak için duygularını kapatırlar. Mod, içerisinde sakladığı daha İncinebilir modlarla koruyucu zırh ya da duvar gibidir. Kopuk Korungan modda hastalar duygusuz ve boş hissederler. Duygusal olarak insanlara ya da aktivitelere yatırımdan kaçınmak için alaycı ve soğuk bir tutum benimseyebilirler. Davranış örnekleri, sosyal geri çekilme, aşırı kendine güven, bağımlı kendini yatıştırma, hayal kurma, kompulsif dikkat dağınıklığı ve uyarı arama.

Kopuk Korungan Mod, özellikle BKB olan karakteristik hastalarımızın çoğu için sorun teşkil eder ve değişmesi en zor moddur. Bu hastalar küçük bir çocukken Kopuk Korungan modunun gelişimi uyumlu bir stratejiydi. Çok fazla acı yaratan travmatik bir ortama düşmüşlerdi ve bu, onlar için kendilerinden uzaklaşma, kopma ve hissetmeme anlamını kazandı. Bu çocuklar, ergenliğe ilerlerken ve daha az saldırgan ya da daha az yoksun dünyaya girerlerken Kopuk Korunganı serbest bırakmak için uyumlu, dünyaya ve kendi duygularına tekrar açık hale gelirler. Fakat bu hastalar, otomatik olan Kopuk Korungan Modda olmaya alışkındırlar ve artık bundan nasıl kurtulacaklarını bilmezler. Sığınağı, bir hapishane olur.

Aşırı Telaficiler: baş etme biçimi olarak şemanın aşırı telafisini kullanırlar. Şemanın karşıtı doğruymuşçasına hareket ederler.[1] Örneğin; eğer kusurlu hissediyorlarsa başkaları için mükemmel ve üstün görünmeye çalışırlar. Eğer suçluluk duyarlarsa başkalarının üstüne atarlar. Hükmedildiğini düşünür-

lerse başkalarına zorbalık ederler. Kullanıldığını düşünürlerse başkalarını sömürmeye çalışırlar. Değersiz hissederlerse statüleri ve başarılarıyla başkalarını etkilemeye çabalarlar. Bazı aşırı telaficiler, pasif agresiftir. Gizlice intikam alırken açık biçimde ılımlı görünürler ya da geciktirme, hainlik, yerine getirmeme, sızlanma aracılığıyla gizlice karşı çıkarlar. Diğer aşırı telaficiler obsesiftir. Katı düzeni, sıkı öz denetimi ya da planlama, rutinlere aşırı bağlanma ya da aşırı tedbir aracılığıyla üst düzeyde öngörülebilirliği sürdürürler.

İşlevsiz Ebeveyn Modları

İşlevsiz Ebeveyn Modları, hastanın erken dönem yaşamında ebeveyn figürlerini içselleştirirler. Hastalar İşlevsiz Ebeveyn modundaysalar kendi ebeveynleri olurlar ve kendilerine ebeveynlerin çocukken onlara davrandığı gibi davranırlar. Genelde kendi kendine konuşmalarında ebeveynlerinin sesini üstlenirler. İşlevsiz Ebeveyn modunda hastalar, onlar çocukken ebeveynlerinin onlara yaptıkları gibi düşünürler, hissederler ve hareket ederler.

İşlevsiz Ebeveyn modunun iki yaygın tipini tespit etmiştik (bazı hastaların diğer ebeveyn modlarını da gösterebilmelerine rağmen): Cezalandırıcı (ya da Eleştirel) Ebeveyn ve Talepkar Ebeveyn (bkz. tablo 8.3). *Cezalandırıcı Ebeveyn*, çocuğu ihtiyaçlarını ifade ettiği ya da yanlış yaptığı için öfkeyle cezalandırır, eleştirir ya da kısıtlar. Cezalandırıcılık ve Kusurluluk en yaygın ilgili şemalardır. Bu mod özellikle ağır depresyon ya da BKB olan hastalarda belirgindir. BKB olan hastalar, istismar edici ebeveyn oldukları ya da kendilerini cezalandırdıkları Cezalandırıcı Ebeveyn Moduna sahiptirler. Örneğin; onların şeytan, pis ya da kötü olduklarını söylerler ve genelde kendilerini keserek cezalandırırlar. Bu modda onlar, İncinebilir Çocuklar değildirler. Bunun yerine İncinebilir Çocuğa cezalar yağdıran Cezalandırıcı Ebeveyndir. Bu yüzden bazı anlarda istismar edilen çocuk, diğer anlarda istismar eden kendi ebeveynleri olurlar.

TABLO 8.3. İşlevsiz Ebeveyn Modları

İşlevsiz Ebeveyn Modu	Tanım	İlgili yaygın şemalar
Cezalandırıcı/ Eleştirel Ebeveyn	Kendini ya da başkalarını kısıtlar, eleştirir ya da cezalandırır	Boyun Eğicilik, Cezalandırıcılık, Kusurluluk, Güvensizlik/ Suistimal Edilme
Talepkar Ebeveyn	Başkalarına yönelik yüksek beklenti ve yüksek düzey sorumluluklar hazırlar; bunlara ulaşmak için kendini ve başkalarını baskı altına alır	Yüksek Standartlar, Kendini Feda

Talepkar Ebeveyn, gerçekçi olmayan yüksek ebeveynlik beklentilerine ulaşmak için çocuğa baskı uygularlar. Kişi, "doğru" yolun mükemmel olduğunu ve "yanlış" yolun yanılabilir ya da kendiliğinden olduğunu düşünür. Genelde ilgili şemalar Yüksek Standartlar ve Kendini Fedadır. Bu mod, narsisistik ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda çok yaygındır. Hastalar, kendileri için yüksek standartlar hazırladıkları ve onları karşılamaya kendilerini güdüledikleri Talepkar Ebeveyn moduna geçerler. Bununla birlikte Talepkar Ebeveyn, muhakkak cezalandırıcı değildir: Talepkar Ebeveyn, birçok şey bekler fakat suçlamayabilir ya da cezalandırmayabilir. Çok sık şekilde çocuk ebeveynin hayal kırıklığını fark eder ve utanç duyar. Pek çok hasta hem kendileri için Yüksek Standartlar hazırladıkları ve onları karşılayamadıklarında kendilerini cezalandırdıkları Cezalandırıcı ve Talepkar Ebeveyn modlarını birleştirirler.

Sağlıklı Erişkin Modu

Bu mod, diğer modlara göre idari bir işlev gösteren benliğin sağlıklı, erişkin kısmıdır. Sağlıklı Erişkin, çocuğun temel duygusal ihtiyaçlarını gidermesine yardım eder. Etkili bir şekilde diğer modlarla çalışması için hastanın Sağlıklı Erişkin kurmak ve güçlendirmek, mod çalışmasının kapsayıcı hedefidir.

Pek çok erişkin hasta bu modun bazı versiyonlarına sahiptir fakat ondan nasıl etkilendikleri ciddi bir biçimde değişkenlik gösterir. Daha sağlıklı, daha üstün faaliyet gösteren hastalar, daha güçlü bir Sağlıklı Erişkin moduna sahiptirler; daha ciddi bozuklukları olan hastalar daha zayıf Sağlıklı Erişkin moduna sahiptirler. BKB olan hastalar neredeyse hiçbir Sağlıklı Erişkin moduna sahip değillerdir. Bu nedenle terapist, oldukça gelişmemiş olan modu büyütmeli ya da yaratımına yardım etmelidir.

İyi bir ebeveyn gibi Sağlıklı Erişkin modu, aşağıdaki üç temel fonksiyona hizmet eder.

1. İncinebilir Çocuğa bakar, onu kabul eder ve korur.
2. Karşılıklılık prensiplerine ve öz denetim prensiplerine uygun Öfkeli Çocuğa ve Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuğa sınır koyar.
3. Uyumsuz baş etme ve işlevsiz ebeveyn modları ile savaşır ya da hafifletir.

Tedavi sırasında hastalar, Sağlıklı Erişkin modunun parçası olarak terapistin davranışlarını içselleştirir. Başlangıçta terapist hastanın yapamadığı Sağlıklı Erişkin vazifesi görür. Örneğin eğer hasta kendi üzerinde Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşabilirse terapist araya girmez. Bunun yanında hasta Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşamıyorsa ve kendini savunmayıp durmadan kendisine saldırıyorsa o zaman terapist, araya girer ve hasta için Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşır. Hasta adım adım Sağlıklı Erişkin rolünü üstlenir. (Bunu "sınırlı ebeveynlik" olarak tanımlamıştık.)

Şema Mod Çalışmasında Yedi Genel Adım

Şema mod çalışmasında yedi genel adım geliştirdik. (Aşağıdaki iki bölümde borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu hastaları için tespit ettiğimiz bireysel modlarla çalışmak için bu geniş stratejileri nasıl adapte edeceğimizi ele alıyoruz.)

1. Hastanın modlarını tespit eder ve isimlendirir.
2. Kökeni ve (yararlıysa) çocukluk ya da ergenlikteki modun uyumlu değerini inceler.
3. Mevcut problemleri ve semptomları uyumsuz modlara bağlar.
4. Diğer moda erişimi engelliyorsa bir modu bırakmanın ya da değişimin avantajlarını gösterir.
5. Hayal kurma aracılığıyla İncinebilir Çocuğa ulaşır.
6. Modlar arasında diyalog yürütür. Başlangıçta terapist, Sağlıklı Erişkin modunu modeller sonra hasta bu modu oynar.
7. Hastanın terapi seansı dışında yaşamına mod çalışmasını genelleştirmesi için yardım eder.

Vaka Örneği: Annette

Annette örneği ile şema mod çalışmasının yedi adımını örnekliyoruz. Aşağıdaki parçalar, Dr. Young'ın yönettiği, Rachel isimli başka bir şema terapisti tarafından önceden tedavi edilmiş olan Annette ile görüşmeden alınmıştır. Görüşmenin o dönemlerinde Annette, 6 ay Rachel ile terapide kalmıştı.

Annette, 26 yaşında bir kadındı. Bekârdı ve resepsiyonist olarak çalıştığı Manhattan'da bir apartman dairesinde yalnız yaşıyordu. Terapiye başladığında mevcut problemleri, depresyon ve alkol bağımlılığıydı. Bir ilişkiden diğerine ve bir işten diğerine sürükleniyordu ve iş yerindeki görevleri tamamlamak için kendini disipline etme sorunu yaşıyordu.

Terapide o zamana kadar Rachel, depresyon ve alkol bağımlılığı için (Adsız Alkoliklere katılarak) bilişsel davranışçı stratejiler ile şema terapiyi birleştirerek Annette'in tedavisine yaklaşır. Rachel'in sadece sınırlı başarı kazanmıştır. Annette kendisinin diğer insanlardan duygusal olarak kopuk olduğunu ve boşlukları doldurmak, duygularını gizlemek için partilere

gittiğini ve içki kullandığını fark etmiştir. Kendilik-farkındalığı elde etmesine rağmen yine de bunalımdadır ve alkol bağımlılığı bölümlerine devam etmektedir.

Annette'i, temelde terapi çıkmaza girdiğinden mod çalışması için iyi bir aday olarak görüyoruz. Annette'in Kopuk Korungan modu herhangi bir incinebilirlik duygusunu kabul etmeyecek kadar güçlüydü. İncinebilirlik duygularına - şemalara erişebilme eksikliği, terapiyi engellemektedir. Bu, terapistin şema mod çalışması aracılığıyla ilerleyebildiği yaygın durum tipine bir örnektir. Hasta oldukça kaçınmacı ya da aşırı telaficidir ve duygusal olarak şemalara erişemez. Aşağıdaki görüşmede Dr. Young, Kopuk Korunganı kırmak ve temelde yatan İncinebilir Çocuğun şemalarına ulaşmak için mod çalışmasını kullanır.

Bu ilk parçada Annette, terapideki mevcut amaçları tanımlar.

TERAPİST: Şimdi bana terapideki amaçlarından biraz bahsedebilir misin?
ANNETTE: Mutlu olmak istiyorum. Bunalımdayım.
TERAPİST: Anlıyorum. Yani canını sıkan bu bunalım duygusu mu?
ANNETTE: Evet. Yaşam biçimimi değiştirmeye çalışıyorum.
TERAPİST: Yaşamını bunalımlı hale getiren şeyin ne olduğunu biliyor musun?
ANNETTE: Tabiî ki, şu anda biliyorum.
TERAPİST: Bundan ne öğrendin?
ANNETTE: Aslında, duygularımı nasıl göstereceğimi ve onlar hakkında nasıl konuşacağımı bilmiyorum. Ailem, onlar duygularını tartışmaz.
TERAPİST: Yani hiç biri duygularıyla gerçekten ilgilenmez.
ANNETTE: Doğru. Anneme yakınım fakat daha çok arkadaş gibi.
TERAPİST: Fakat duygularını paylaşamadığın arkadaşlar gibi mi?

ANNETTE: Doğru.
TERAPİST: Anlıyorum. Duygularını paylaşabileceğin kız arkadaşın var mı?
ANNETTE: Yok.
TERAPİST: Yok. Yani her zaman içine kapanık bir kişi mi oldun?
ANNETTE: Hı-hıh

Aslında mod dilini kullanmadan Annette depresyonunu Kopuk Korungan moduna bağlar. Bunun nedeni, bunaldığı diğer insanlardan duygusal olarak bağlantısız olmasıdır.

TERAPİST: Anlıyorum. Bahsettiğin diğer konu, kendinle ilgili iyi hissetmemen.
ANNETTE: Evet.
TERAPİST: Kendinle ilgili iyi hissetmediğin şeyler neler?
ANNETTE: Ne zaman bunalımda olsam içiyorum.
TERAPİST: Anlıyorum.
ANNETTE: Sadece kendimle ilgili iyi hissetmiyorum?
TERAPİST: İçmeyi bırakırsan kendin hakkında iyi hissedeceğini düşünüyor musun?
ANNETTE: Aslında şu anda içmiyorum fakat kendimle ilgili iyi hissetmiyorum.
TERAPİST: Peki nedir bu? Alttan alta kendinle ilgili neyin seni mutsuz ettiğini düşünüyorsun?
ANNETTE: Mesela, bilirsin ailem ve arkadaşlarım ve mesela yaşam biçimim, sadece gerçekten kusurlu.
TERAPİST: Anlıyorum.
ANNETTE: Bunu değiştirmeye ihtiyacım var.

Annette, romantik yaşamını açıklamaya devam eder. Evli bir adamla bir ilişki yaşamıştır, fakat bitirmiş ve şu anda istikrarlı ve sevecen ama onu sıkan biriyle birliktedir: "Evet, o istikrar ve normallikten hoşlanıyor ve ben ilgimi kaybediyorum."

Terapist, hastanın modlarını tespit edip isimlendirerek mod çalışmasında ilk adıma geçer.

Adım 1: Hastanın Modlarını Tespit Etme ve Etiketleme

Bu, terapistin hastanın düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını an be an gözlemlerken doğal olarak ilerleyen bir süreçtir. Terapist, hastadaki değişimleri fark eder ve her durumla ilgili modları tespit etmeye başlar. Modlar seanslarda ve hastaların sunduğu materyalde ortaya çıktığında terapist, hasta için modları adlandırmaya başlar.

Terapistin, bunları isimlendirmeden önce modun tam olarak tespit edildiğinden emin olmaya dikkat etmesi gerekir. Terapistin, o nedenle modu betimleyecek doyurucu kanıt ve örnek miktarını toplaması gerekir -hem seanslardaki modu keşfetmeyi tekrarlayarak ve hem de hastanın seans dışındaki olay tanımlamalarını dikkatlice dinleyerek. Terapist, bir modu tespit eder etmez, hazır görünüp görünmediği ile ilgili hastadan geribildirim alır. Hastaların terapist tarafından doğru bir şekilde tespit edilen modun varlığını inkar etmesi sık görülür. Nadir beklentilerle terapist, sezgiyle fark edilmeyen modları hastanın kabul etmesi için uğraşmaz. Benzer şekilde hasta, bir modu adlandırmada bütünleyici bir rol oynar. Terapide bir "karakter" olarak modun özümsenmesi, daima işbirlikçi bir süreçtir.

Terapist ve hasta, hastanın bireysel olarak kullandığı belirli stratejileri ele geçirecek her modun adını ayrı tutmak için birlikte çalışırlar. Genellikle önceden listelediğimiz modlar için kesin isimler kullanmayız. Bunun yerine bireysel duygular, düşünceler ya da davranışlara daha uyumlu modların adını bulmak için hastalarla çalışırız. Örneğin; Söz Dinleyen Modu "İyi Kız" biçiminde yeniden adlandırılabilir. Belirli bir hastayla "İncinebilir Çocuk" modundan bahsetmek yerine "Terk Edilen Çocuk" ya da "Yalnız Çocuk" modunu söyleyebiliriz. Kopuk Korungan demektense moda "İşkolik", "Duvar" ya da "Heyecan-Arayan" diyebiliriz. Aşırı Telafici yerine moda "Diktatör", "Zorba" ya da "Statü-Arayan" diyebiliriz. Hastanın mod içerisindeyken yaptıklarının ya da duyduklarının özünü yakalayacak bir isim bulmaya çalışırız.

Pek çok hasta, mod kavramı ile daha iyi ilişki kurar. Terapist hastaya "Şu anda hangi moddasın?" diye sorduğunda hasta, "Şu anda Kompulsif modundayım" ya da "Öfkeli Çocuk modundayım" diyebilir. Model, hastanın değişime etki eden durumlarının içsel deneyimini izler.

Aşağıdaki parçada terapist, Annette'in başlıca modlarını tespit etmeye ve adlandırmaya başlamasına yardım eder. Paragrafın başlangıcında Annette sıkıntı duygularını tanımlamaktadır. Terapist sıkıntının altında yatanları inceler.

TERAPİST: Yani sen tüm zamanında bir tür uyarıcı mı arzuluyorsun?

ANETTE: Hı-hıh.

TERAPİST: Her şeyin daima yeni ve farklı olmasını istiyorsun. Gerçekten sıkıldığını hissetmeye başladığında bu neye benziyor? Duyguyu hissetmek için kendine hiç yeteri kadar zaman verdin mi?

ANNETTE: Gerçekten hiper gibiyim. Yani geriliyorum. Mesela tüm hafta sonu evde kalmışım gibi.

TERAPİST: Evet hadi tüm hafta sonu evde kaldığını farzedelim.

ANNETTE: Evet. Geçen hafta sonu bunu yaptım.

TERAPİST: Neye benziyordu?

ANNETTE: Biraz depresyonda gibiydim. Aklımı kaybediyordum.

TERAPİST: Anlıyorum. O halde ilginç olan şu ki bana sıkıldığını söylüyordun ancak şimdi gerçekten depresyonda olduğunu söylüyorsun.

ANNETTE: Aslında, her ikisi de.

TERAPİST: Kendin için "sıkılmış" terimini altta depresyonda olduğun gerçeğini kabul etmek zorunda kalmamak için mi kullandığını merak ediyorum.

ANNETTE: Muhtemelen.

Annette'in sıkıntısı altında İncinebilir Çocuk modunun depresyonu yatar. Terapist, bunu sonra Annetta'ya açıklayacaktır.

"Şımarık Annette"

Terapist, kendisinin ve Annette'in "Şımarık Annette" olarak adlandırdığı modu tespit etmesi için Annette'e yardım eder. (Genelde pejoratif adlar kullanmayız, fakat hasta bu düşünceyi kendisi ima eder.) Bu mod, Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuğun bir çeşididir. Annette'in bu modla savaşında oldukça başarılı olmasına rağmen kariyer ya da daha dayanıklı yakın ilişkiler geliştirmek gibi uzun dönemde faydalı olanlar yerine - içki içme, parti yapma gibi- anlık iyi hissettiren ne ise onu yapmaya neden olduğundan kendisi için problemler yaratır.

Terapist, Annette'in sıkıntısı altındaki depresyonu incelemeye devam eder. Değişim Şımarık Annette'in belirlenmesine yol açar.

TERAPİST: O halde olan şu ki her şey sakinken, içindeki depresyon duygularıyla ilgili düşünmeye vakit var. İşler aktive olduğunda ya da uyarıldığında bir şekilde üzücü şeylerle ilgili düşünmekten seni uzaklaştırır.

ANNETTE: (*Sıkılmış bir tonda*) Her zaman onlar üzerine düşünmüyorum. Bu sadece çok çalışmak demek.

TERAPİST: Anlıyorum (*Duraklar*) Daha fazla çalışmak derken neyi kastediyorsun, ne anlama geliyor? Daha fazla bir bela mı?

ANNETTE: (*Hala sıkılmış bir şekilde*) Çünkü alışkınım, sıkıldığımda arkadaşlarımla dışarı çıkıp sarhoş olurum ve hiçbir şey hakkında düşünmek zorunda kalmam. Şu anda bu duyguların ve saçmalıkların hepsine sahip olmak zorundayım. Buna alışkın değilim.

TERAPİST: O halde, bunu yapmak zorunda olmana bile içerliyorsun gibi görünüyor.

ANETTE: (*Güler.*)

TERAPİST: Ne demek istediğimi bilirsin, bunu yapmak zorunda olmamalıymışsın gibi. Bunu yapmak zorunda olmaman gerektiği kısım hakkında daha fazla konuşabilir misin?

ANNETTE: (*Yarı alaycı*) Yapmak istemediğim şeyleri yapmak zorunda değilim, öyle değil mi?

TERAPİST: Anlıyorum. Sanki kabul etmemi bekliyormuş gibi "öyle değil mi" dedin.

ANNETTE: Peki kabul etmeyecek misin?

Terapist, Annette'in bu hak gören kısmının duygu ve düşüncelerini inceler.

TERAPİST: Ebeveynlerinin senin yapmanı istediğin her şeyi yapmana izin verdiklerinden bahsetmiştin. Fakat bunun doğru olmadığını fark ettiğini söyledin.

ANNETTE: Bir çocuğum olsaydı bunu yapmazdım. Şimdi zararını görebildiğimden bunu yapamam.

TERAPİST: Fakat entelektüel olarak zararı görsen bile duygusal olarak sen yine de istemediğin hiç bir şeyi yapmak zorunda olmadığın duygusuna sahipsin.

ANNETTE: Evet, çünkü mizacım bu. Sanki istediklerimi elde edemediğimde deli oluyorum.

TERAPİST: Anlıyorum, öfkeden çıldıran bir çocuk gibi.

ANNETTE: Gidip de etrafta eşyaları atmıyorum.

TERAPİST: Bu neye benzer?

ANNETTE: Ailemle olduğu gibi istediğimi elde edemezsem onlara uymayacağım ve kendi kendime devam edeceğim.

TERAPİST: Onları cezalandırman gibi mi?

ANNETTE: (*Canlandırarak*) Evet işte bu. Onları cezalandırırım. Tam olarak bu.

TERAPİST: Anlıyorum. İstediklerini vermediklerinden onları cezalandırmak mı istiyorsun.

ANNETTE: Evet. Kesinlikle. Sadece kendime kin duyduğumu kastediyorum. Bunun için acı çekerim, başka hiç kimse çekmez fakat ben her şekilde çekerim.

Sonraki parçada terapist, moda "Şımarık Annette" ismini verir.

TERAPİST: Yani senin bir parçan mevcut. Bir eleştiri olarak bunu algılamanı istemiyorum. Fakat bu senin şımarık kısmın gibi duruyor.
ANNETTE: (*Güler.*)
TERAPİST: Öyle gibi görünüyor, değil mi? İstediğin her ne ise yapman gerektiğini hissettiren bir parçan var mı?
ANNETTE: (*Güler*) Benim şımarık olduğumu mu söylüyorsun?
TERAPİST: Hayır şımarık demedim. Diyordum ki şımartılmış bir kısmın olduğunu söylüyorum, senin...
ANNETTE: (*Araya girer*) A, evet biraz şımarığım sanırım.
TERAPİST: Bunun senin tek bir parçan olduğunu söylemiyordum çünkü senin diğer parçalarınla ilgili konuşacağız. Fakat bu da senin bir parçan.
ANNETTE: Evet, kesinlikle.

Annette'in şımarık kısmını bir moda dönüştürerek terapist, onunla ittifak halindeyken onun bu parçasını onaylayabilir. Terapötik ittifak korunurken hastaları yüzleştirebilme, mod yaklaşımının bir avantajıdır: Terapist bütün bir kişi olarak hastayı kınamadan modun işlevsiz yönleriyle yüzleştirir.

"Sert Annette"

Görüşme devam ederken Şımarık Annette'ten hem daha zor hem de daha önemli olduğunu kanıtlamış ikinci bir mod ortaya çıkar. Bu, Kopuk Korunganın bir çeşidi olan terapistin "Sert Annette" olarak adlandırdığı moddur.

Aşağıdaki ilk parçada terapist, Şımarık Annette ile konuşmaya devam eder. Aşağıdaki pasajda terapist, İncinebilir Çocuğa erişmeye çalışır fakat Sert Annette tarafından engellenir.

TERAPİST: Bu formu doldurmakla ilgili ne hissediyorsun? Bunu zaman kaybı gibi mi görüyorsun? Sıkıcı mı?

ANNETTE: Sadece "Diğer formu neden doldurmak zorundayım?" diye hissettim. Zaten bakman gereken formları doldurdum.
TERAPİST: Peki kızgın hissediyor musun?
ANNETTE: Bunu yaptım, fakat biliyorsun başlamak için zordu.
TERAPİST: Peki, bunu yapman gerektiğini biliyor olduğun için kendini yapmaya zorladın mı?
ANNETTE: Tabii. Çünkü, biliyorsun nazik oluyordum. Nazik oluyordum çünkü Rachel (terapisti) nazik olmamı istediğinden nazik oluyordum.

Sonraki pasajda terapist, İncinebilir Çocuğa ulaşmanın bir gediği olarak Annette'in terapist Rachel'e olan bağlılığını tartışmaya çalışır.

TERAPİST: Bu benim soruma geri döner, nazik olma nedenin Rachel için miydi?
ANNETTE: Tabii ki.
TERAPİST: Eğer bu gerekçenin parçasıysa bunda yanlış hiçbir şey yok.
ANNETTE: Bilmiyorum. Rachel'i severim, bana yardım etti. Değişmek ve daha iyi olmak isterim.
TERAPİST: Onun seninle iftihar etmesini ister misin?
ANNETTE: Bilmiyorum.
TERAPİST: Bu süreç içersinde Rachel'e bağlandığını itiraf etmekten korkuyor gibisin. Böyle hissettiğini kabul etmek senin için zor mu?
ANNETTE: Bilmiyorum. Sadece farklı.

Terapist, hastanın kendisinin diğer insanların yardımına bağlı olduğunu kabul etmeye gönülsüz olan parçası, "Sert Annette"i tespit eder.

TERAPİST: Biliyorsun, bir tür sert eylemin var. Bunu nasıl adlandırmak istediğini bilmiyorum. Fakat biraz sert bir izlenim bırakıyorsun.
ANNETTE: Sertim. Bu bir eylem değil.

TERAPİST: Anlıyorum. Fakat öte yandan biraz gergin görünüyorsun.

ANNETTE: (*Daha savunmasız*) Gerginim.

TERAPİST: Bu nedenle göründüğün kadar sert olmadığın başka bir kısmın olmalı içinde. Yani sertliğinin, diğer insanlara çok güçlü görünmek için kısmen bir eylem ya da kısmen bir mekanizma olduğunu düşünüyorum.

ARNETTE: Sadece alıştığım bir şey. Bunu hep yaptım.

Terapist, moda "Sert Annette" adını verir ve onu çekirdek kişiliğinden ayırır. Çekirdekteki -gergin olan- İncinebilir Çocuktur.[2] Sert Annette, bir "eylemdir" ya da "diğer insanlara güçlü görünmek için bir mekanizmadır".

Adım 2: Kökenleri ve Modların Uyum Değerlerini İncelemek

Mod çalışmasında ikinci adımın parçası olarak terapist, hastaların modları anlamasına ve modlarla empati kurmasına yardım eder. Terapistle hasta birlikte, her birinin kökenini ve vazife gördüğü fonksiyonunu inceler. Pek çok mod, hasta için birçok uyumlu değerlere sahiptir. Terapist, hastaya yol göstermek için sorular sorar: "Bu şekilde hissettiğini ilk kez ne zaman hatırladın?" "Bir çocuk olarak neden bu modu geliştirdiğini düşünüyorsun?" "Şu andaki yaşamına mod nasıl etki etmektedir?"

Şimdi bu ikinci adımı örneklemek için Annette'e dönüyoruz. Sert Annette'i tespit ederek terapist hastanın, modun çocukluk kökenlerini incelemesine yardım eder.

TERAPİST: Annen ya da baban da sert miydi?

ANNETTE: Hayır, babam, onun ne olduğunu bilmiyorum, aslında yakın değildi. Fakat annem iyiydi. Hiç sert bir eylemi yoktu.

TERAPİST: Böylesi bir sert görünüşü ne zaman geliştirdiğini düşünüyorsun? Hangi yaşta olduğunu hatırlıyor musun?

ANNETTE: Bilmiyorum. Her zaman için hatırlayabiliyorum. Daima sert oldum.

TERAPİST: Bebek karyolasındaki gibi mi? (*Gülerek*) Sert bir bebek.

ANNETTE: Evet. Serttim (*gülümser*). Bilmiyorum, demek istediğim emin değilim. Fakat muhtemelen neden, her zaman annemi korumak istediğim için, o nedenle bu şekilde görünmek zorundayım. Onunla kimsenin alay etmesini istemem. Bu yüzden muhtemelen böyle olmamın nedeni bu.

TERAPİST: Anlıyorum. Baban onunla alay eder miydi? Ona kötü davrandı mı?

ANNETTE: Hayır, yani, gerçekten genç yaşta evlenmişler. Bu nedenle bilmiyorum, sadece farklıydılar.

TERAPİST: O zamandan beri onu neyden koruyorsun?

ANNETTE: Bilmiyorum, herkesten sanırım. O çok tatlıdır. Kimseyi istemiyorum... naifti. Sadece iyilikle bir şeyler yapmaktan hoşlanıyordu ve insanlar faydalanacak ve bundan hoşlanmıyorum, bu yüzden...

TERAPİST: Anlıyorum yani onu ondan faydalanan başka insanlardan koruyorsun.

ANNETTE: Doğru.

TERAPİST: Koruyucu rolünü nasıl üstlendiğini düşünüyorsun?

ANNETTE: Bilmiyorum.

TERAPİST: Belki de bu sana ve sana yakın olan annene geri döner. Yakınlaştın ve belki de tam bir arkadaş gibi değildi. Belki de sen bir anneymişsin gibi sana yaklaştı. Bu mümkün mü?

ANNETTE: Evet. Tabi, biliyorsun, Rachel ve ben, bunun hakkında konuştuk, ben onun annesiymişim gibi.

Sert Annette, zayıf ve kırılgan annesiyle ve öfkeli ve tehlikeli görünen babasıyla çocuklukta meydana gelmiştir. Annette, annesinin koruyucusu olmuştur. Mod, incinebilir duyguları bastırmanın bir yolu olarak başladı böylece annesi için çok güçlü olabilecekti. Sert Annette, incinebilir duygularını kimseyle paylaşmaz -diğer insanları uzakta tutar.

Adım 3: Mevcut Problemler ile Semptomları Bağlayan Modlar

Hastaların modların mevcut yaşamlarında nasıl problem yaratıyor olduğunu ve modların mevcut problemlere nasıl bağlandığını görmeleri önemlidir. Bu, hastalara tedavi için bir gerekçe verir ve değişim için motivasyon yaratmaya devam eder.

Örneğin, eğer bir hasta çok içtiği için tedaviye geldiğini söylüyorsa o zaman terapist bu problemi Kopuk Korungana bağlar. Terapist, içmenin bir çocuk olarak duyduğu terk edilme, istismar edilme ya da yoksunlukla ilgili hastanın öfke deneyimlemekten kaçınma yollarından biri olduğunu söyler. Hasta, olumsuz duygulardan kaçınmak için içer ve Kopuk Korungan moduna geçer. Eğer terapist ve hasta İncinebilir ya da Öfkeli Çocuk modlarıyla çalışabiliyorlarsa o zaman hasta duygularıyla baş etmeyi ve ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenebilir. Sonra hasta duygularından kaçınmak için içmeye daha az ihtiyaç duyacaktır, şema yönelimli içme azalacaktır. (Terapist, ayrıca Adsız Alkoliklerden kaçınır çünkü alkolizmin pek çok unsuru şema yönelimli değildir ve bağımsız bir şekilde yönelmeye ihtiyaç duyar.)

Annette, Şımarık Annette'i bir işi sürdürmenin zorluklarına bağlar ve terapist, modu işteki mevcut problemlere bağlama fırsatı olarak bunu kullanır.

ANNETTE: Yani biliyorsun, sabırsızım. Gerçekten istemediğim şeyleri yapmak zorunda kalmaktan hoşlanmıyorum.

TERAPİST: Hı-hıh.

ANNETTE: Biliyorsun, işi ve bunun gibi saçmalıkları söylüyorum. Bilmiyorum, yine de sinirlendim.

TERAPİST: Eğer sana yapması sıkıcı örneğin ilgi duymadığın şeyler verdiklerinde, buna içerliyor musun?

ANNETTE: Evet.

TERAPİST: Anlıyorum. Kendine öfkeni canlandırmak için ne söylüyordun?

ANNETTE: Herhalde şunu söylüyordum; "buradan gitmek istiyorum, ayrılmak istiyorum."

Terapist hastanın, işteki problemleriyle bağlantı içerisindeki modu incelemesine yardım eder. Terapist, Annette'in oynadığı Şımarık Annette ile terapistin oynadığı Sağlıklı Erişkin arasında bir diyalog oluşturur.

TERAPİST: Tamam. Bu tür bir "sağlıklı" yönü oynamaya çalışacağım. Bu daha hak gören yön için yapabileceğin en iyi durumu oluşturmanı istiyorum böylelikle gerçekten söyleyeceğin neyse duyabilirim. Tamam, öncelikle ne yapmak zorunda olduğunu söyleyen patronuna benzeyeceğim. Ben bu şeyleri söylerken içinde ne düşündüğünü bana söylemeni istiyorum, tamam mı?

ANNETTE: Tamam.

TERAPİST: (*Patron olarak*) "Peki Annette, bunları yapmak zorunda olduğunu biliyorsun. Bu işinin bir parçası. Burada sana para ödüyoruz ve sen yeterince sıkı çalışmıyorsun."

(*Terapist olarak*) Aklından neler geçiyor? Düşündüklerini yüksek sesle söylemeni istiyorum. Kendin için ne düşündüğünü söyle.

ANNETTE: Biliyorsun sadece şöyle düşünürdüm, "Genel olarak neden çalışmak zorundayım? Yani, bunların hepsi zaten sıkıcı" biliyorsun?

TERAPİST: Tamam şimdi "sağlık" olan diğer ses olacağım ve o halde "Peki, bak, bu sadece dünyanın hali. Dünya kurulmuş, böylece bir şeyler elde etmek istiyorsan, bir şeyler vermek zorundasın. Buna karşılıklılık diyoruz. Eğer insanların sana bir şeyler vermelerini bekliyorsan onlara karşılığında bir şeyler vermek zorundasın. Dünyaya karşılığında hiçbir şey vermeyeceksen nasıl; giyinme, yiyecek ve güzel bir yer elde edeceksin? Kendi payını katmak için çalışmak zorunda olman gayet adil." Bunun neden doğru olmadığı üzerine en iyi durumunu yap.

ANNETTE: Anlamazdım. Sadece derdim ki "Neden? Neden bu şekilde olmak zorunda? Neden bir şeyler yapmak zorundayım? Ebeveynlerimden bir şeyler edinebilirim."

TERAPİST: Evet, peki, muhtemelen ebeveynlerin sonsuza dek yaşamayacak? Korkularından biri annenin ölümü. Bunu söylediğini düşünüyorum.

ANNETTE: Muhtemelen.

Önceki diyalog, Annette'in Şımarık Annette modunu deneyimlemesine yardım eder. Terapist, sonra öncelikli uyuşmazlığının, Şımarık Annette ve Sağlıklı Erişkin ile ilgili olduğuna inandığını özetler.

TERAPİST: Orada gerçek bir mücadele var. Çünkü istediğini yapabiliyor ve eğlenebiliyor olması gerektiğine gerçekten inanan senin gerçek güçlü bir kısmın var.

ANNETTE: Son zamanlarda çok sıkılmamın nedeni bu.

TERAPİST: Neden?

ANNETTE: (*asık suratlı*) Bunların hiç birini yapamıyorum. İşe gitmek zorundayım ve bir çok iş kaçırdım. Şimdi orada gibiyim ve bundan nefret ediyorum.

TERAPİST: Evet, bu sana empoze edilmiş gibi görünüyor, şimdi söylediğin biçim "zorunda değilim".

ANNETTE: (*Güler*)

TERAPİST: Birileri seni itmiş, zorlamış gibi görünüyor.

ANNETTE: Bunun kim olduğunu merak ediyorum. (*Güler ve Rachel'e şöyle bir bakar.*)

TERAPİST: Bu Rachel mi?

ANNETTE: O beni zorladı.

TERAPİST: Anlıyorum. Bunu onu mutlu etmek için mi yaptığını hissediyorsun yoksa bunu yapmanın doğru bir şey olduğunu ve bu yüzden yapıyor olduğunu mu hissediyorsun?

ANNETTE: Hayır, yani, neyin doğru olduğunu tam olarak bilmiyorum ama depresyondayım, bu yüzden değişmek zorundayım, biliyorsun, farklı olmak istiyorum. Aynı kalırsam kötü olmaya devam edeceğim.

TERAPİST: Eğer bulunduğun yönde devam edersen gittikçe daha beter olacağını ve kötü hissedeceğini sağlıklı kısmın biliyor. Fakat bu daha şımarık, hak gören kısmların senin bunu yapmak zorunda olmaman gerektiğini düşünür. Bu bir zaman kaybıdır, eğlenmen ve parti yapman gerekir.

ANNETTE: Doğru.

TERAPİST: Bu yönler uyuşmazlık içerisindedir. Sendeki iki yön birbiriyle savaşmaktadır.

ANNETTE: Sürekli.

TERAPİST: Sürekli. Son zamanlarda çoğunlukla hangi taraf kazandı?

ANNETTE: Son zamanlarda uğraşıyorum. İşe gidiyorum ve dışarı çıkmıyorum, hiç eğlenmiyorum. Eğlenmiyor değilim ama hiç bir arkadaşımla çıkmıyorum. Biliyorsun, bu yön, sanki son zamanlarda kazanıyor fakat ben bundan tam bir heyecan duymuyorum ve bu o kadar da eğlenceli değil.

Diyalog, hastanın hem Şımarık Annette modundayken ve hem de Sağlıklı Erişkin modundayken Şımarık Annette ile mücadele ederek düşünce ve duygularına erişmesini sağlar.

Adım 4: Bir Modu Değiştirmenin ya da Bırakmanın Avantajlarını Göstermek

Bir sonraki pasajda terapist, Sert Annette'ten Küçük Annette'e geçer. Küçük Annette, mod çalışmasının ana figürü olan İncinebilir Çocuktur. Terapist, Küçük Annette'e ulaşmak için Sert Annette'i aşmak zorundadır. Pasajın başlarında terapist, Annette'in 7 yaşındayken annesini babasına karşı nasıl savunduğunu ele almaktadır.

TERAPİST: Anneni, dünyaya ve babana karşı durabilmek için sahip olmadığı güç ile besliyordun. Yani bu senin rolündü.

Ama şimdi soru, "Küçük Annette'e ne oldu?". Yani elimizde annesini koruyan 7 yaşında sert bir kız var. Ve son-

ra her istediğini yapabilen senin şımarık kısmın da var. Birilerinin kendisini korumasını isteyen küçük kıza ne oldu?

ANNETTE: Kayboldu.

TERAPİST. Evet.

ANNETTE: Hiçbir yerde değil.

TERAPİST: Hiç onu hissediyor musun?

ANNETTE: Bazen.

TERAPİST: Onu ne zaman hissediyorsun? Şu anda hissedebiliyor musun?

ANNETTE: Bir parça. Burada olmaya karar verdim çünkü şu anda biraz incinebilirim.

Terapist, incinebilirlik duygularını izler.

TERAPİST: Aslında insanların önünde bunu yapmak zor. incinebilir yönün burada olmanla ilgili ne hissediyor?

ANNETTE: Sadece ailemin iyi olduğunu hissediyorum. Onlar besbelli ki karmaşıklar fakat o kadar da kötü değiller, biliyorsun. Bu nedenle başarısızlık hissediyorum, ailemden, çünkü onlar asla gelmeyecekler ve bunu yapmayacaklardır ve terapiye gitmezler. Başarısız olmuşum gibi hissediyorum. Her şeyi bozdum ve onlar her şey daima iyiymiş gibi devam ediyor göründüler. Bu onların canını sıkmıyor gibi görünüyor fakat bu benimkini sıkar.

Hasta, terapi süreci tarafından tetiklenen kusurluluk duygularını ifade eder. Ailede o "tespit edilen hastadır". Başka hiç kimse terapi aramaz. Terapist, ona destek sunmak için ailesine karşı İncinebilir Çocuk ile birleşir.

TERAPİST: Evet, peki, onlarla her şeyin iyi olduğu düşüncesine bakalım. İnsanların her zaman annenden faydalandıkları söyledin. Baban, mesafeli, baskılanmış ve kimseyi beğenmez. Her zaman kavga ederler. Bu o kadar da müthiş görünmüyor.

ANNETTE: Doğru, fakat onlar benim gibi bundan dolayı depresyona girmiyorlar.

TERAPİST: Evet. Çünkü her zaman öfkeleriyle bunu dışa vuruyorlar. Yani başkası için bir grup semptomu bir diğer grupla değişiyorlar.

ANNETTE: (*Kendine öfkeli*) Onlar bunun neden olduğunu kabul ediyorlar ve ben etmiyorum. İşte fark bu.

TERAPİST: (*Duraklar*) Büyüme biçiminle ilgi neyin yanlış olduğunu düşünüyorum biliyor musun?

ANNETTE: Ne düşünüyorsun?

TERAPİST: Evet, düşündüğüm şey yanlış?

ANNETTE: Ebeveynlerim, asla nasıl hissettikleriyle ilgili konuşmadılar ya da... Rachel'e annemin bana sarıldığı bir anı düşünemediğimi söyledim. Biz, ben onlara yaklaşmam bile. Çünkü bununla ilgili tuhaf hissediyorum.

Ama buna şimdi şöyle bakıyorum, annem evlenip çocukları olduğunda kendisi sadece bir çocuktu. Bir çocuk bir çocuğa nasıl bakabilir?

Annette, çocukluğun duygusal perişanlığını kabullenme ve anneyi koruma arasında gidip gelir: İhtiyaçlarıyla bağlantılı İncinebilir Çocuk ve geçerli olan ihtiyaçlarını inkâr eden Kopuk Korungan arasında gidip gelir.

TERAPİST: Doğru. İşte problem olan bu. Seninle ilgilenecek kimse yoktu. Fakat, seninle ilgilenecek kimsenin olmaması senin yanlışın mı yoksa...?

ANNETTE: (*Keser*) Hayır, benim yanlışım değil.

TERAPİST: Sen, duygusal ihtiyaçlarınla yeteri kadar ilgilenememiş ebeveynlerin kurbanısın. Sevgisiz, empatisiz, seni dinleyecek, seni anlayacak biri olmadan büyüdün. Bir odada izole, yalnız büyüdün. Bu, çok çok zordu. Çünkü gerçekten çocukların yiyecek ve elbiseden başka en temel ihtiyaçları, korunması, sevilmesi ve ilgilenilmesidir. Senin en temel duygusal ihtiyaçların çocukken asla giderilmemiş. Temelde mutsuz olmana şaşırmamak gerek. Diğer insanlara ulaşmanın zor olması şaşırtıcı değil. Sana anlamlı geliyor mu?

ANNETTE: Evet, anlamlı.

Mod çalışmasında ilerlemenin büyük kısmı, Uyumsuz Baş Etme modlarını geçip, İncinebilir Çocuğa erişip sonra da çocuğa yeniden ebeveynlik yaparak elde edilir. Çünkü İncinebilir Çocuk modu, çekirdek şemaların çoğunu içerir. Şema iyileşmesinin büyük kısmı bu modla çalışma sırasında gerçekleşir. Terapist, hastaya İncinebilir Çocuğa erişimini engelleyen modları değiştirme ya da bırakmanın avantajlarını göstermeye çalışır.

Hayal kurma genelde terapistin İncinebilir Çocuk ile iletişim hattı kurmasının en etkili yolunu ortaya koyar. Terapist, hastanın İncinebilir Çocuk hayaline erişmesini ister. Terapist sonra Sağlıklı Erişkin olarak hayale katılır ve İncinebilir Çocukla konuşur. Terapist, "sınırlı ebeveynlik" aracılığıyla bu ihtiyaçları -güvenlik, ilgi, özerklik, kendini ifade, sınırlar- gidermeye çalışırken giderilmemiş ihtiyaçları ifade etmek için İncinebilir Çocuk modundaki hastalara yardım eder. ("Formel" mod çalışması yapmazken bile rutin bir şekilde aynı alıştırmayı kullanırız.)

Terapist, Annette'ten Küçük Annette'in İncinebilir Çocuk hayalini oluşturmasını ister fakat Annette reddeder. Terapist, direnme kaynaklarını belirlemesine yardım eder. Şımarık Annette ve Sert Annette kabul etmez. Şımarık Annette, hoş olmayan bazı şeylerle çalışmak istemez. Sert Annette, incinebilir olmanın güçsüzlük olduğuna inanır ve Küçük Annette korumak için üzücü duyguları engeller. Terapist, İncinebilir Çocuk moduna erişmek amacıyla bu iki uyumsuz modu kırmak için mod çalışması kullanır.

TERAPİST: Senin çocuk yönünü yakalamak için hayalde çalışma yapmak ile ilgili nasıl hissediyorsun.

ANNETTE: Bunu yapamam.

TERAPİST: Çabalamak ister miydin?

ANNETTE: Bilmiyorum. Rachel ve ben zamanın tümünde bunu yapmaya çalıştık. İşe yaramaz.

TERAPİST: Bazen, işe yaramasa bile bu bana neden olduğunu çözmemde yardım edebilir. Böylece bir daha ki sefere nasıl çalışmaya koyulacağımız üzerine bazı önerilerde bulunabilirim. Buna rağmen işe yaramazsa, bir problem olmayacaktır.

Şu anda tüm yapmamız gereken, senin direnmeni sağlayan şeyi bulmaktır. Bunun bugün üstesinden gelmek zorunda değiliz. Sadece senin hayal kurmanın neden bu kadar zor olduğunu anlasak bile faydalı olacaktır. Senin için hayal kurmanın neden bu kadar zor olduğunu keşfetmeye çalışmada bana yardım etmek istemez misin?

ANNETTE: Sanırım.

TERAPİST: Tamam. O zaman şu anda ne hissediyorsun?

ANNETTE: Sadece bunu yapmaktan hoşlanmıyorum.

TERAPİST: Bunu yapmak istemeyen yönün ol, böylece bunu duyabilirim.

ANNETTE: Bilmiyorum. Sadece yapmak istemiyorum. Gerçekten yapmak istemediğim şeyleri yapmaktan hoşlanmıyorum.

Burada Şımarık Annette, yapmaktan hoşlanmadığı hiçbir şeyi yapmak istemediğinden, hayal kurmaya direniyor. Terapist, onunla empatik olarak yüzleşerek Şımarık Annette ile bir diyalog başlatır.

TERAPİST: Tamam. Ben Sağlıklı Yönü oynayacağım ve diyorum ki "senin için kolay olmadığını bildiğimi biliyorsun, fakat bazen gerçekten önemli olan şeylere sadece çabalayarak ulaşabilirsin. Aksi halde elde edemezsin". Karşı yönü oyna böylelikle karşılığında ne söyleyeceğini duyabilirim.

ANNETTE: Zorlu şeyler yapmaktan hoşlanmam. Bu çok fazla iş.

TERAPİST: Her neyse bunu deneyecek misin?

ANNETTE: Sanırım.

TERAPİST: Peki. Bunu beş dakika yapacağız ve eğer gerçekten nefret edersen...

ANNETTE: (*Sert ve karşı koyucu bir sesle araya girer*) Bundan nefret edersem, sana söylerim, endişelenme. Nasıl yapıyoruz?

TERAPİST: Sadece beş dakika gözlerini kapa ve eğer bundan nefret edersen gözlerini açıp durabilirsin.

ANNETTE: (*Yarı gülerek*) Beş dakika gözlerimi kapamayı bırak bir kenarda 5 dakika sakince oturamam bile.

TERAPİST: Senin bunu yapmaya direnmek için söylediğini düşünüyorum. Çünkü zaten 35 dakikadır gayet sakince oturuyorsun, bu nedenle eğer isteseydin muhtemelen oturabilirdin.

ANNETTE: Sadece bunu yapmak istemiyorum.

TERAPİST: Evet, düşündüğüm tam da bu. Bunu yapmayı istememenin nedeninin diğer kısmına, acı çeken, depresyonda ve yalnız kısmına ilerlemek istememen olduğunu düşünüyorum. Bu kısmı bilmek istemiyorsun.

ANNATTE: Evet çünkü kötü.

Hayal kurma çalışmasını reddederken Annette, hak görme ve sert olma arasında gidip gelir -kendisinin kötü bir kısmı olduğunu düşündüğü İncinebilir Çocuğu kabul etmeyerek. İncinebilir kısmın kötü olduğu duygusu Kusurluluk Şemasından gelmektedir. Terapist, buna rağmen ısrar eder. Sonraki bölümde Kopuk Korungan'ın İncinebilir Çocuk ile bağlantıyı zorlaştıran en önemli engel olduğu görülür. Kopuk Korungan, onun başkalarına zayıf görünmesini istemez çünkü ona zarar verebilirler.

TERAPİST: Kötü, ne gibi?

ANNETTE: Bilmiyorum, sadece kötü bir şey. Yeterince kötü hissediyorum. Neden bunu hatırlamak isteyim?

TERAPİST: Çünkü durumunu düzeltecek tek yol, bu duyguları tanımak ve onu iyileştirmeye çabalamaktır. Düşüncem, Sert Annette'in birinin kendisini sevmesine ya da ona yakınlaşmasına izin veren Küçük Annette'e müsaade etmiyor. Onun rolü bu.

ANNETTE: (*Derinden iç geçirir.*)

TERAPİST: Herkesi uzakta tutmaktadır. Bu nedenle Küçük Annette, yalnızlık, kayıp ve ilgisizlik duygularını korur. Sert Annette'in bir parça sakinleşmesine yardım edemezsem Küçük Annette hiçbir şekilde insanlardan beklediği sevgiyi elde edemeyecek. Yalnız hissetmeye devam edecek. Gerçekten yardım etmenin tek yolu, Sert Annette'i bir adım geri atmaya ikna etmektir. Böylelikle Küçük Annette'i bulabiliriz ve ihtiyaç duyduğu şeyi elde edebiliriz. Fakat Sert Annette, Küçük Annette'e bakmak istemez.

Bu nedenle senden çalışma yapacak kadar Sert Annette'in gevşemesini istiyorum. Sert Annette'in egzersiz yapmak istemediğini çünkü Küçük Annette'i benim görmemi istemediğini düşünüyorum.

ANNETTE: Ya Küçük Annette yoksa?

TERAPİST: O zaman depresyonda olmazdın ve ailenin geri kalanı gibi olurdun. Her şey iyi olurdu. Biliyoruz ki orada bir Küçük Annette olmalı yoksa yalnız ve bunalımda hissetmezdin. Terapide olmazdın. Yani Küçük Annette, senin üzgün olan parçan. Sert Annette üzgün değil. Şımarık Annette üzgün değil. Geriye kalan, tek üzgün hisseden Küçük Annette'tir.

ANNETTE: (*Derinden iç çeker.*)

TERAPİST: Fakat bütün acıyı çekenin o olmasına rağmen sen ona bakmak istemiyorsun. O, senin duyduğun bütün acıyı taşır.

ANNETTE: Ona bakmak istemiyor değilim. Onu tanımıyorum. Nerede olduğunu bilmiyorum.

TERAPİST: Hayal kurmaya direnerek ona bakmaya direniyorsun. Ve sana söylüyorum; onu bir parça rahatlat. Nasıl biri olduğunu görelim. Onunla bu kadar savaşma. Ona bakmak ve onun nasıl olduğunu görmek o kadar da korkunç bir şey olmayacak. Ona bakıyor ve onun ne hissettiğini anlıyor olmanın düşündüğün kadar kötü olmayacağını düşünüyorum. Buna çabalayabiliriz.

ANNETTE: Sanırım.

Adım 5: Hayal Kurma Aracılığıyla İncinebilir Çocuğa Erişim

Hasta sonunda Küçük Annette'in hayalini kurmaya çabalamayı kabul eder. Terapistin empatik yüzleşme aracılığıyla bu noktaya gelmesi için Annette'i nasıl zorladığına dikkat edin - onu eleştirmeden fakat onu ikna etmeyi sürdürerek. Terapist, Annette'in incinebilirliğine ulaşmasına neden olan acıyla empati kurmaya bununla birlikte onu bunu yapması için zorlamaya devam eder.

Sınıflarda ve konferanslarda terapistler genelde hastalarını deneysel çalışma yapmaya ne kadar zorladıklarına şaşırdıklarını ifade ederler. Terapistler bu şekilde zorlama uygulamak için hastaların çok kırılgan olduklarına inanırlar -hastalar da telafi edemeyecek ya da terk edeceklerdir. Bununla birlikte bu şekilde zorlandıklarında çoğu hastanın bırakma olasılığını ya da ne kadar kırılgan olduğunu pek çok terapistin abarttığına inanıyoruz.

Terapinin başlangıcında elbette ki o kadar çok zorlamamamız gerekir. İstismar ya da ciddi bir travma yaşamış veya BKB olanlar gibi daha kırılgan hastaları da bu kadar zorlamamamız gerekir. Bununla birlikte Annette gibi dikkate değer telafi edememe riski olduğuna dair gösterge ya da geçmişi olmayan daha yüksek faaliyet gösteren hastaların bu derece sıkı zorlanması gerekir. Terapistin hastaları uygun bir şekilde gözlediğinde, deneysel çalışma yapmaya onları zorlamaları nedeniyle hastaların telafi edemiyor olmaları ya da tedaviyi bırakmalarını oldukça nadir gözlemleriz. Aksine genelde meydana gelen, duygusal olarak kaçındıklarında hastalar kendilerinin daha duygusal kısımları deneyimlemeleri ve yoğun bir rahatlama duygusu yaşamalarıdır. Daha az boş, daha fazla canlı, daha az bunalım hissederler. Sonunda neden bu kadar halsiz olduklarını bilirler. Çoğunlukla hastalar gerçekten hayal kurmak istemiyorlarsa ya da çok riskli olduğunu hissediyorlarsa nazik bir şekilde fakat ısrarla zorlansalar bile, hastaların bunu yapmadıklarını gördük.

Bir sonraki pasajda terapist Küçük Annette'e ulaşır.

TERAPİST: Tamam, o zaman, senden gözlerini kapatmanı ve beş dakika boyunca gözlerini kapalı tutmanı isteyeceğim.

ANNETTE: (*Gözlerini kapar.*)

TERAPİST: Tamam, Beş dakika sonra onları açmak istersen kabul. Ama en az beş dakika onunla temas kurmak için kendini gerçekten zorlamaya çalış. Gözlerini kapa ve Küçük Annette'in bir imgesini yakala, hayal edebileceğin en genç hali. Bu bir çocuk olarak sensin. Sadece bana ne görüyorsun anlat oldu mu?

ANNETTE: Ne görüyorum gibi, nasıl g..oi mi?

TERAPİST: Sanki küçük bir çocuk olarak ona bakıyormuşsun gibi hayal kurmaya çalış. Bir şey yapıyor olmak zorunda değil. Sadece bir çeşit yüz ve beden resmi. Bir biçimde hayal et, canlı bir kişi olarak yakalayamıyorsan bir fotoğrafını canlandır.

ANNETTE: Tamam.

TERAPİST: Ne görüyorsun?

ANNETTE: Belki 5 yaşlarında gibi birini görüyorum.

TERAPİST: Şu anda nerde? Nerede olduğunu görebiliyor musun?

ANNETTE: Evde.

TERAPİST: Anlıyorum. Hangi odada olduğunu bana anlatabilir misin?

ANNETTE: Kendi yatak odasında.

TERAPİST: Peki yalnız mı?

ANNETTE: Evet.

TERAPİST: Yüzündeki ifadeye bakabilir misin ve onun ne hissettiğini bana söyler misin?

ANNETTE: Bilmiyorum. Sadece sessiz.

TERAPİST: Ona ne hissettiğini sorup ve sana ne cevap verdiğini bana söyleyebilir misin? Erişkin Annette olarak Küçük

Annette ile konuşmanı ve nasıl hissettiğini sormanı ve dediklerini bana anlatmanı istiyorum.

ANNETTE: Hmm. Bilmiyorum. Çok gergin.

TERAPİST: Bir şeyden mi korkuyor?

ANNETTE: Evet.

TERAPİST: Anlıyorum. Onun neden korktuğunu sana sorabilir miyim? Biliyor mu?

ANNETTE: Biliyor.

TERAPİST: Bana söyleyebilir misin?

ANNETTE: Hmm, peki, korkuyor çünkü, şey, ailesi, onlar çok kavga ediyorlar.

TERAPİST: Annesi hakkında endişeleniyor mu? Neyin olacağından endişeli?

ANNETTE: Bilmiyorum. Babası sinirli gibi.

TERAPİST: Öfkesi ne kadar kötü?

ANNETTE: Yani ona ya da anneme vurmuyor, bunun gibi bir şey değil, fakat sanki çok bağırıyor.

TERAPİST: Babasının öfkesi kontrolden çıktığında neyin olacağından korkuyor? Neyin meydana gelmesinden korkuyor?

ANNETTE: Şeyden korkuyor, bilmiyorum, sanki birine vuracak ya da öldürecek gibi.

TERAPİST: Kendisine zarar geleceğinden endişeleniyor mu?

ANNETTE: Belki de.

TERAPİST: Daha güvende diye mi odada saklanıyor?

ANNETTE: Evet.

Terapist, İncinebilir Çocuk ile (Erişkin Annette aracılığıyla) doğrudan konuşabiliyor ve ne hissettiğini anlayabiliyordu. Küçük Annette'in babasından korktuğunu öğrendi. Ardından terapist, Annette'ten hayaline annesini getirmesini istedi.

TERAPİST: Şimdi odaya annenin girmesine izin verebilir misin ve neler olduğunu bana anlatabilir misin?

ANNETTE: Annesi üzgün. Daima üzgün.

TERAPİST: Üzüntü, keder gibi mi yoksa kızgınlık gibi mi?

ANNETTE: Korkmuş görünüyor.

TERAPİST: Küçük Annette annesini korkmuş ya da üzgün gördüğünde ne hissediyor?

ANNETTE: O da korkmuş.

TERAPİST: Yani birlikte mi korkmuşlar?

ANNETTE: Hı-hıh.

TERAPİST: İkisi de kendilerini koruyacak birisini mi istiyor?

ANNETTE: Evet.

TERAPİST: Fakat yeteri kadar güçlü kimse yok mu yoksa Küçük Annette mi katılmak zorunda kalacak?

ANNETTE: Sanırım kalacak. Nasıl olacağını bilip bilmediğini bilmiyorum. O küçük.

TERAPİST: Anlıyorum. Aklından ne geçiyor? Onun annesinin böyle korktuğunu görürken aklından geçeni bana yüksek sesle söyle.

ANNETTE: Sadece annesinin üzgün ve bunalımda olduğunu düşünüyor.

TERAPİST: Annesi hakkında endişeli mi?

ANNETTE: Hı-hıh.

TERAPİST: Ona yardım etmek için bir şeyler yapmak istiyor mu yoksa kendisine biraz yardım istediğini mi düşünüyor?

ANNETTE: Hayır, annesine yardım etmek istiyormuş gibi hissediyor.

TERAPİST: Ama o halde bunu yapmak için güçlü olmak zorunda. Korkuyor olduğunu göstermesine izin veremez. Doğru mu?

ANNETTE: Evet.

TERAPİST: Annesi için sert bir şekilde hareket etme zorunda kalacak böylelikle korktuğunu annesi görmez.

ANNETTE: Evet. Biliyorsunuz onun üzülmesini istemez. Annesinin daha fazla üzülmesini istemez.

Terapist, hayalde Sert Annette'i geçebilirse yüze çıkan mod -yaygın bir şekilde meydana gelir- İncinebilir Çocuktur. Artık terapist, Küçük Annette'in parçası olan çekirdek şemalar üzerinde çalışabilir: Temelde yatan duyguları, anıları, ihtiyaç-

ları ve inançları. Temelde gördüğümüz, babasının öfkesinden korkma ve annesini koruma arzusudur. Annette'i koruyacak güçlü bir kimse yoktur. Babası tehlikelidir ve annesi zayıftır. Çekirdek şemalar, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Kendini Feda ve Duygusal Yoksunluktur.

Adım 6: Sağlıklı Erişkin Olarak Terapistle Modlar Arasında Diyalog Yürütme

İncinebilir Çocuk ve Sağlıklı Erişkin hastanın hayalindeki karakterler olarak kurulur kurulmaz terapist, diğer modları hayalde açar ve diyalog kurar. Terapist, iletişim kurması için modlara yardım eder ve her biriyle görüşür. Örneğin; Sağlıklı Erişkin, Cezalandırıcı Ebeveyn ile konuşabilir ya da İncinebilir Çocuk, Kopuk Korungan ile konuşur. Hastalar kendi başlarına bu şekilde davranamadıklarından terapist Sağlıklı Erişkin (ya da Sağlıklı Ebeveyn) olarak vazife görür.

Tekrar gözden geçirirsek; Sağlıklı Erişkin bu mod diyalogları içinde çeşitli fonksiyonlar gösterir: (1) İncinebilir Çocuğa ilgi göstermek, onaylamak, korumak; (2) Öfkeli Çocuk ve Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk için sınır koymak ve (3) Uyumsuz Baş Etme ve İşlevsiz Ebeveyn Modlarıyla savaşmak, devre dışı bırakmak, hafifleştirmek. Bunların tamamı hayalde yapılabilir ya da terapist, Geştalt sandalye değiştirme tekniği kullanabilir. Her modu bir sandalyeye tayin edebilir ve rol yaparken ya da moda bürünürken hastalara sandalye değiştirtir. Bir kez daha terapist, hasta bunları yapamazken Sağlıklı Erişkin rolünü oynar. (Terapist, hastanın bu rolü devralabilmesinden önce birkaç ay Sağlıklı Erişkin rolü oynar).

Aşağıdaki bir öncekinin devamı olan pasajda terapist, Sağlıklı Erişkin ve İncinebilir Çocuk arasında bir diyalog yürütmesine yardım eder. Pasaj başlarken hasta küçük bir kız olarak annesiyle hala yatak odasındadır. Terapist, Annette'ten kendisi yerine İncinebilir Çocukla konuşmak için Rachel'i hayale getirmesini ister. Çünkü Rachel'in birlikte çalıştıkları bir kaç aydan sonra Annette ile çok güçlü bir bağlantısı vardır.

Annette, incinebilirliğini göstermede rahatsız olsa bile terapist Rachel'in rolünü oynar.

TERAPİST: Şimdi Rachel'i hayale getirebilir misin?
ANNETTE: Nasıl?
TERAPİST: Sadece onu seninle birlikte hayalin tam ortasına sok.
ANNETTE: Ben küçükken mi?
TERAPİST: Evet ve başka herkesi dışarıda bırak. Sert Annette'i çıkar, anneni çıkar böylelikle sadece Küçük Annette ve Rachel kalsın. Bunu görebiliyor musun?
ANNETTE: Evet.
TERAPİST: Annene söylediklerini Rachel'e söyleyebilir misin?
ANNETTE: (*Katı bir şekilde*) Hayır!
TERAPİST: Neden?
ANNETTE: Bilmiyorum, sadece yapamam.
TERAPİST: Bu sana ne hissettiriyor? Onun yargılayıcı olacağını mı? Yoksa bunu söylediğinden ötürü seninle ilgili kötü düşüneceğini mi?
ANNETTE: Bilmiyorum. Benim tuhaf olduğumu düşünecek. Bilmiyorum. Ne düşüneceğini bilmiyorum.

Hasta, Rachel ile oldukça incinebilir biçimdeyken hayal kuramaz. Hasta engellendiğinden terapist, yardım etmeye girer. Terapist, Rachel'in sözcüklerini üstlenerek İncinebilir Çocuğun duyguları için empati gösterir.

TERAPİST: Rachel'i içeri almama izin ver, Rachel'in sözcüklerini ben sağlayacağım. Tamam mı?
ANNETTE: Tamam.
TERAPİST: (*Rachel olarak*) "Annette, biliyorsun kavga eden ailen ve babanın kızgınlığı yanında şu anda korkmuş hissetmen anlaşılabilir ve senin için güçlü olacak, seninle ilgilenecek, senin önemini hissedecek, seni dinleyen, seni kucaklayacak, sana bakacak birine sahip olma hakkın var. Şu anda buna hakkın var ve terapistin olarak bunu yapabildiğim kadar sanırım yaptım, çünkü daha önce bunu yapacak

kimseye sahip olmadığını düşünüyorum. Ve eğer bunu yapabilirsen her zaman bu kadar sert olmak zorunda değilsin. Çünkü arada bir başkasının seninle ilgilenmesine izin vermen gerek." Bunu söylediğimde Küçük Annette ne hissediyor?

ANNETTE: Bilmiyorum. Rahat hissetmiyor.

TERAPİST: Ne hissediyor? Hissettiklerini bana ifade edebilir misin?

ANNETTE: Sadece "Tüm bu şeyleri neden hak ediyorum? diyor.

Terapist, İncinebilir Çocuğun haklarını onaylar fakat hasta aynı fikirde değildir. Pasaj, devam eder.

TERAPİST: Pekâlâ, şimdi Rachel olacağım: "Çünkü sen iyi bir kızsın. Başkalarına çok fazla yardım etmeye çalışıyorsun. Bu denli sevilesi bir kızsın. Tatlı bir kızsın ve anneni korumak, ailenin geri kalanını yardım etmek için çok fazla çalışıyorsun. İlgilenilmeyi ve nazik davranılmayı hak ediyorsun ve sevgiye layıksın. Her çocuk buna layıktır ve sen özellikle iyi bir çocuksun."

ANNETTE: Belki o kadar da iyi değilim. Belki de kötüyüm.

TERAPİST: (*Rachel olarak*) "Eğer o kadar kötü olsaydın, anneni korumak için bu kadar fazla çabalamazdın. O kadar bencil olsaydın sadece kendini düşünürdün. İhtiyaç duyduklarını elde diyor olurdun. Fakat ortaya çıkan şey bu değil. Onu güvende tutmak için aslında ona kendini feda ediyorsun. Bu, çok çok hassas ve ilgili bir çocuğun yapacağı bir şeydir. Bu nedenle senin hiç de kötü bir çocuk olduğunu düşünmüyorum. Bir şeyler elde ederken, satın alabildiğin şeyler, senin şımarık bir yönün olabilir. Fakat duygusal şeylere geldiğinde hiç de bencil değilsin. Aslında çok fedakârsın. Aslında duygusal aldatılmış olansın. Hak ettiklerini alamamışsın. Duygusal olarak çok fazla şey alamamışsın." Şimdi ne hissediyorsun?

ANNETTE: Sadece karışmış hissediyorum. Anlamıyorum.

TERAPİST: Açıklamam sana doğru geldi mi?

ANNETTE: Hayır.

Terapist, açıklamasını reddeden Annette'in parçası ile meşgul olur.

TERAPİST: Buna inanmayan kısmın ol. Buna inanmayan Annen mi? Yoksa Sert Annette mi?

ANNETTE: Bu, Annette, Sert Annette.

TERAPİST: Peki. Sen buna inanmayan Sert Annette'sin.

ANNETTE: (*Sert Annette olarak*) " Duygulanımdan, biliyorsun, duygular hakkında konuşmakta bir anlam göremiyorum. Sence ne gerek var?

Terapist, oynaması çok zor olan Annette rollerini oynar: İncinebilir Çocuk ve Sağlıklı Erişkin.

TERAPİST: Ben Küçük Annette olacağım sonra da Sağlıklı Annette.

(*Küçük Annette olarak*) "Fakat, bak, ben küçük bir çocuğum ve korkuyorum da. Sen bir yetişkinsin ve her çocuk kucaklanmaya, öpülmeye ve dinlenmeye, saygı görmeye ihtiyaç duyar. Bunlar her çocuğun temel ihtiyaçlarıdır."

(*Sağlıklı Erişkin olarak*) "Böyle doğuyoruz ve bunu hak ettiğini hissetmiyor olmanın tek nedeni bunu hiç elde edememiş olman. Fakat buna hepimizin ihtiyacı var. Ve sen bunu hiç elde edecek bir yol göremediğinden sert oldun. Bu nedenle sen "aynı zamanda sert olabilirim ve buna ihtiyaç duymuyormuş gibi görünebilirim" dedin. Ama gerçekten buna benim ihtiyaç duyduğum kadar senin de ihtiyaç duyduğunu biliyorsun. Sadece bunu kabul etmekten korkuyorsun çünkü bunu elde etmenin hiçbir yolu olmadığını düşünüyorsun.

ANNETTE: (*Sert Annette olarak*) "Bu bir kusur."

TERAPİST: Kusur nedir?

ANNETTE: (*Sert Annette olarak*) "Biliyorsun, böylesine yoksun olmak."

TERAPİST: Hayır, insan doğasının bir parçası bu. Herkes böyledir. Sen hiç yardım istemeyen ya da yardıma ihtiyaç duymayan küçük çocuk gördün mü? Yardım isteyen her çocuğun kusurlu olduğunu mu söyleyeceksin? Yardım istediğinden dolayı her bebek kusurlu bir bebek midir?
ANNETTE: Sanırım hayır.

Bir sonraki pasajda terapist, Annete'in annesine öfkelenmesini ister. Bu, Annette'in annesine haklarını öne sürerek Duygusal Yosunluk şemasıyla savaşında yardım etmesi için yapılır. Annesi, duygusal olarak yoksun bir şekilde davranmaktadır -Annette'i korumamaktadır ve ihtiyaç duyduğu duygusal ilgiyi veremez.

TERAPİST: Şimdi Küçük Annette olup kendin için neye ihtiyaç duyduğunu annene söyleyebilir misin? Yüksek sesle söyle.
ANNETTE: Küçük Annette'in neye ihtiyacı var?
TERAPİST: Evet "ihtiyacım..."
ANNETTE: Bilmiyorum. Sanırım kucaklanmaya ihtiyacım var. Çok korkuyorum.
TERAPİST: Bunu söylerken nasıl hissediyorsun?
ANNETTE: Bilmiyorum. İyi hissetmiyorum.
TERAPİST: Ne gibi geliyor?
ANNETTE: Sadece bana anksiyete veriyor.
TERAPİST: Kucaklanmaya ihtiyaç duyduğunu söylediğinde annen nasıl tepki gösteriyor?
ANNETTE: Eğer bunu söyleseydim?
TERAPİST: Evet şimdi o ol.
ANNETTE: (*Küçümseyerek konuşur*) Hiçbir şey söylemezdi? Muhtemelen bana sadece bakardı.
TERAPİST: Sana böyle bakarken aklından geçen nedir anlat bana.
ANNETTE: "Kucaklanmaya neden ihtiyaç duyuyorsun? Kötü durumda olan benim. Niçin kucaklanmaya ihtiyaç duyasın?" diye düşünürdü.

Hayalde annesi, kendini nasıl gördüğü yerine kendi ihtiyaçlarının daha fazla olduğuna odaklanarak Annette'in ihtiyaçlarını inkâr eder. Terapist, annesinin yanıtının bencilce olduğunu gösterir.

TERAPİST: Bunu söylediği için annene öfkelendin mi?
ANNETTE: (*Empatik bir şekilde kabul ederek*) Evet.
TERAPİST: Bırak Küçük Annette, bunu söylediği için annesine öfkelensin (*uzun duraksar*) "Sadece beş yaşındayım" ile başlayabilirsin.
ANNETTE: (*Güler*) Hmm, bilmiyorum. Biliyorsun "sadece beş yaşındayım. Benimle ilgilenecek birisine ihtiyacım var" (*Uzun duraksar*)
TERAPİST: İhtiyaç duyduğun ilginin ne olduğunu söyle ona. Kucaklanmaya ihtiyaç duyuyor musun?
ANNETTE: Evet. Kucaklanmaya ihtiyaç duyuyorum. Benimle ilgili nasıl hissettiğini söyleyecek birine ihtiyacım var.
TERAPİST: Övgüye ihtiyaç duyuyor musun?
ANNETTE: Sanırım.
TERAPİST: Mesela senin için güçlü olabilen birisi, böylelikle çok fazla endişelenmek zorunda kalmazsın.
ANNETTE: Sadece önemli olduğunu ona söyleyecek birini istiyor.

Terapist, Annette'in annesinden bir çocuk olarak ihtiyaç duyduğu şeyi söylemesine yardım eder. Annette, ihtiyaç duymaması ya da hiçbir şey istememesi gerektiği konusunda sertti. Sert olması gerekiyordu. Diğer insanları koruması gerekiyordu. Kimseden yardım ve sevgi istememesi gerekiyordu. Bir erişkin olarak, onu rahatlatmak ve ona yardım etmek isteyecekleri beklentisiyle önem verdiği kişilere dönmemesi şaşılacak bir şey değildir.

Adım 7: Hastanın Terapi Seansları Dışındaki Yaşamına Mod Çalışmasını Genelleştirmesi için Yardım Etmek

Son adım, hastaların seanslarda modlarla çalışmayı, modlar seans dışı yaşamlarında ortaya çıktığında onlarla çalışmayı genelleştirmelerine yardım etmektir. Hasta Kopuk Korungan ya da Cezalandırıcı Ebeveyn ve yahut Öfkeli Çocuğa geçtiğinde ne olur? Hasta, Sağlıklı Erişkin olarak dengeli nasıl kalabilir?

Terapist, Annette'in savunmasız yönünü kabul etmesine yardım etmek için çocukluğu ile ilgili kendini ifşayı kullanır ve bunu ifade etmede oldukça isteklidir. Annette, İncinebilir Çocuğun çok yoksun olduğunu açıklar.

TERAPİST: Senin küçük çocuk kısmının bendeki küçük çocuktan ya da Rachel'deki küçük çocuktan tamamen farklı olduğunu mu düşünüyorsun?

ANNETTE: Belki. Belki de sen sevgi gördün ve farkı bu.

TERAPİST: Bir çocuk olarak daha fazla sevgiye sahip değildim. Bu nedenle sevgi almanın nasıl bu kadar önemli olduğunun nedenini biliyorum. Sevgisizliğin ne anlama geldiğini biliyorum.

ANNETTE: (*Suçlar bir şekilde konuşur*). Bunu sadece ilişkilendirmek amacıyla beni anlamak için söylüyorsun.

TERAPİST: Bana inanmıyorsun. Seni manipüle etmek için bir şeyler söylemiyorum, inan bana. Sana gerçek olan bir şey söylüyorum. Her ikisine de sahip değildim. Buna sahip olmamanın ne anlama geldiğini biliyorum. Sana herkesin buna ihtiyacı olduğunu söylüyorum. Buna ihtiyaç duymadığıma inanarak büyüdüm. Tüm yapmak zorunda olduğum, okulda başarılı olmak, diğer insanlarla iyi olmak ve sosyal olarak uygun olmak, tüm doğru şeyleri yapıyor olmaktır ve mutlu olmak için ihtiyaç duyduğum her şey budur.

Annette, sonradan bunun onun için seansın en önemli kısmı olduğunu terapist Rachel'e söylemiştir. Terapistin kendini ifşası, çok güçlü bir yeniden ebeveynlik biçimi olarak vazife görür.

Terapist, Annette'in mod çalışmasını terapi seanları dışındaki yaşama genelleştirmesine yardım eder. Öğrendiklerinin içerikliği nedir? Onun aşk ilişkilerini ve erkeklerle bağlantı kurmada nasıl zorlandığını tartışırlar. Sevgiyi kabul etmede başarısız olmuştur. Kopukluk yönü çok güçlü olan pek çok insan gibi duygusal olarak yoksun erkeklere yönelmektedir. Onun için rahatsız edici olmasına rağmen terapinin amacı, Annette'in duygusal olarak fedakar erkekler araması ve onlarla olmasıdır.

TERAPİST: Bu nedenle biri seni kucakladığında uygunsuzluk hissi verir. Bunun doğru olmadığını hissettirir. Bu duygunun tümüyle üstesinden gelmek zorundasın.

ANNETTE: Nasıl? Bunun nasıl üstesinden geliyorsun?

TERAPİST: Birisinin bunu yapmasına izin verip, orada kalmaya çalışıp ve kendine "Bu rahat bir duygu değil fakat bu ihtiyacım olan şey. Bu doğru olan şey."

ANNETTE: Bu seni çıldırtsa bile mi?

TERAPİST: Öncelikle seni çıldırtacaktır çünkü buna asla sahip olmadın. En azından hatırlayabildiğin kadarıyla.

ANNETTE: İnsanların bana sarıldığı kabuslar görüyorum.

TERAPİST: Bunda şüphe duymuyorum. Ve sana söylüyorum, eğer bunu aşarsan, bunu yapması için bazı insanlara izin verirsen, oradan ayrılmazsan ve kendine "bu bana alışılmadık geliyor fakat bir şekilde buna ihtiyacım var. Yeterince uzun kalabilirsem bunu aşacağım. Şefkatin girmesine izin verirsem daha iyi hissedeceğim." Ve sadece bununla rahatsızlık veren senin parçanla savaşırsın.

Son olarak amaç, Annette'in giderilmemiş ihtiyaçlarını fark etmesi ve onları gidermek için önem verdiği kişilerden uygun bir şekilde istemesidir. Bu şekilde diğer insanlarla daha derinden daha tatmin edici düzeyde duygusal bağlantılar kurabilir.

Terapist, terapideki amaçlar için mod çalışmasının içerikliliğini özetleyerek görüşmeyi sonlandırır.

TERAPİST: Küçük Annette'i kabullenmeye ve onun ihtiyaçlarının iyi olduğuna, kötü olmadığına, bunların normal olduğuna inanmaya ihtiyacın var. Onları gidermek için ona yardım etmek zorundasın. Herhangi bir şeye ihtiyaç duymuyor gibi davranmaya çalışmamalısın. Çünkü herhangi bir ihtiyacı yokmuş gibi davranmaya devam edersen depresyonda, yalnız ve izole hissetmeye devam edeceksin.

Demek oluyor ki bu hayalin rahatsız edici olduğu gibi rahatsız edici duygulara dayanmak zorunda kalacaksın. Fakat insanlara yakınlaşma duygusunun rahatsız ediciliğine dayanamazsan bunu aşmayacaksın. Bunun bir evre olduğunu söylüyorum. "Rahatsızlık" bir evredir. Senin aşacağın bir evre. O zaman sonunda seni koruyacak, sana dokunacak, seni dinleyecek birine sahip olman iyi hissettirecek.

Annette'in amacı, duygusal ihtiyaçlarını gidermeyi becerebilen önem verdikleri kişilerle yakın ilişkiler biçimlendirmektir ve sonra onların da böyle davranmalarına izin vermektir. Mod koşullarında onun amaçları, Küçük Annette'e ilgi gösterebilen, kabul edebilen ve koruyabilen Sağlıklı Erişkin modu inşa etmek, Şımarık Annette'e sınır koymak, zamanın çoğunda Sert Annette'i devre dışı bırakmayı öğrenmektir.

ÖZET

Mod, bir birey için hâlihazırda aktif olan -uyumlu ya da uyumsuz- şemaların ya da şema faaliyetlerinin grubudur. Özellikle BKB ve Narsisistik kişilik bozukluğu gibi oldukça ciddi bozuklukları olan hastalar modeline odaklanırken mod kavramını geliştirdik. Başlangıçta mod çalışmasını bu tip hastaları tedavi etmek için geliştirmemize rağmen aynı zamanda daha üst fonksiyon gösteren pek çok hastayla da bunu kullanmaktayız. Mod çalışması, Şema Terapinin bütünleyici bir parçası olmaktadır.

Uygulamada daha üst fonksiyon gösteren hasta için şemalarını vurgulamamız daha olasıdır. Daha ciddi bozukluğu olan hastalarda ise modları vurgulamamız daha olasıdır. İşlevleri orta düzeydeki hastalarda iki yaklaşımı birlikte karıştırma eğilimindeyiz.

Terapist, terapi sıkışmış göründüğünde ve hastanın kaçınma ve aşırı telafisi kırılamadığında şema yaklaşımından mod yaklaşımına geçebilir. Hasta katı bir şekilde kendini cezalandırıcı ve kendini eleştirel ise ya da görünürde çözülemeyen içsel bir uyuşmazlığa sahipse bir mod yaklaşımı işe yarayabilir: Örneğin, kişiliğin iki kısmı, önemli bir yaşam kararı ile ilgili zıtlık içerisinde kilitlendiğinde. Son olarak genelde BKB olan hastalarda meydana geldiği gibi etki altında farklı dalgalanmalar gösteren hastalarla modları vurgularız.

Dört temel mod tipini tespit ettik: Çocuk modları, Uyumsuz Baş Etme modları, İşlevsiz Ebeveyn Modları ve Sağlıklı Erişkin Modları. Her mod tipi, belirli şemalarla bağlantılıdır (Sağlıklı Erişkin ve Mutlu Çocuk hariç) ya da belirli baş etme biçimlerini kapsar.

Çocuk modları, İncinebilir Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk ve Mutlu Çocuktur. Bu çocuk modlarının doğuştan geldiğine inanıyoruz. Üç genel Uyumsuz Baş Etme mod tipini tespit ettik: Söz Dinleyen Modu, Kopuk Korungan ve Aşırı Telafici. Onlar sırasıyla teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi baş etme işlemlerine tekabül eder. İki İşlevsiz Ebeveyn modunu tespit ettik. Cezalandırıcı Ebeveyn ve Talepkar Ebeveyn. Sağlıklı Erişkin Modu, diğer modlara göre "yönetici" fonksiyon olarak hizmet eden kişiliğin parçasıdır. Diğer modlarla daha etkili çalışmak için hastanın Sağlıklı Erişkinini inşa etmek, mod çalışmasının kapsayıcı hedefidir. İyi bir ebeveyn gibi Sağlıklı Erişkin modu, üç temel fonksiyonu izlemeye çalışır: (1) İncinebilir Çocuğu kabul et-

me, koruma ve ilgi gösterme; (2) Öfkeli Çocuk ve Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk için karşılılık ve öz disiplin prensiplerine göre sınır koyar ve (3) Uyumsuz Baş Etme ve İşlevsiz Ebeveyn modlarını yumuşatma ya da savaşma. Tedavi süreci boyunca hastalar terapistin davranışını kendi Sağlıklı Erişkin modunun parçası olarak içselleştirir. Başlangıçta hasta bu şekilde yapmayı beceremediğinde Sağlıklı Erişkin olarak vazife görür. Hasta gittikçe Sağlıklı Erişkin rolünü benimser.

Şema mod çalışmasında yedi genel adım geliştirdik: (1) Hastanın modlarını tespit etme ve adlandırma; (2) kökeni ve (gerektiğinde) çocukluk ve erişkinlikteki modun uyumlu değerini inceleme; (3) uyumsuz modları mevcut problemlere ve semptomlara bağlama; (4) diğer moda erişimi engelliyorsa bir modu bırakmanın ve değiştirmenin avantajlarını gösterme; (5) hayal kurma aracılığıyla İncinebilir Çocuğa erişme; (6) modlar arasında diyalog yürütme; (7) hastanın terapi seansları dışında yaşam durumlarına mod çalışmasını genelleştirmesi için yardım etme.

Bir sonraki bölümde borderline kişilik bozukluğunun tedavisine ve değerlendirmesine modları uygulayacağız.

9

Borderline Kişilik Bozukluğu İçin Şema Terapi

Borderline Kişilik Bozukluğu İçin Şema Kavramsallaştırma

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, yaşam boyunca tekrarlanan örüntüler içerisinde organize olmuş bireylerin çocukluk deneyimlerinin yıkıcı hususlarıyla ilişkili anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişlerdir. Hem karakterolojik hem de daha sağlıklı hastalar için çekirdek şemalar aynıdır: Bunlar, Terk Edilme, Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Boyun Eğicilik gibi temalardır. Karakterolojik hastalar, daha fazla çekirdek şemaya sahip olabilir ve şemaları daha ciddi olabilir. Fakat genellikle farklı şemalara sahiptirler. Bu, karakterolojik hastaları daha sağlıklı hastalardan ayıran şemaların varlığı değil bu şemaların üstesinden gelmek için çalışan aşırı baş etme biçimleri ya da bu baş etme biçimleriyle belirginleşen modlardır.

Önceden açıkladığımız gibi mod kavramımız, daha çok BKB olan hastalarla olan klinik deneyimlerimizle gelişmiştir. Bu hastalara şema modeli uygulamaya kalkıştığımızda sürekli iki problemle karşılaştık. Öncelikle BKB olan hastalar genellikle 18 şemanın neredeyse tümüne sahiptirler (özellikle Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk,

Kusurluluk, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Cezalandırıcılık). Pek çok şemayı eş zamanlı çalışmak için temel şema yaklaşımımızı kullanmanın uygulamada zor olduğu ortaya çıktı. Daha uygulanabilir analiz birimine ihtiyaç duyduk. İkincisi BKB olan hastalarla çalışmamızda (pek çok diğer klinisyen gibi) bu hastaların şiddetli duygulanım durumundan bir diğerine hızlı bir şekilde geçme eğiliminden dolayı çıkmaza girdik. Bu hastalar bir an öfkelidirler başka bir an korkaktırlar sonra kırılgan, dürtüseldirler -neredeyse farklı insanlarla meşgul olma gibi bir noktaya gelene kadar. Temel özellikler olan şemalar, halden hale hızlı geçişi açıklamadılar. BKB olan hastalarımızın değişen duygulanım hallerini yakalamak için mod kavramını geliştirdik.

BKB olan hastalar, günlük olaylara yanıt vermede sürekli halden hale geçerler. Daha sağlıklı hastalar, genelde daha az ve daha zayıf modlara sahiptir ve her birine daha uzun zaman periyotları harcarken, BKB olan hastalar, birçok güçlü moda sahiptir ve an be an mod değiştirirler. Dahası BKB olan bir hasta bir moda geçtiğinde diğer mod kaybolmuş görünür. İki ya da daha fazla modu eşzamanlı olarak deneyimleyen daha sağlıklı hastaların aksine bir moddayken diğer moda erişmenin neredeyse mümkün değilmiş gibi göründüğü BKB olan hastalarda bir mod diğerinin yoğunluğunu azaltır. Modlar neredeyse tamamen ayrışır.

BKB Olan Hastalarda Şema Modları

BKB olan hastaları karakterize eden beş temel modu tespit ettik.

1. Terk Edilen Çocuk
2. Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk
3. Cezalandırıcı Ebeveyn
4. Kopuk Korungan
5. Sağlıklı Erişkin

Bir bakış açısı sağlaması için modları kısa bir şekilde özetleyip sonra her birini daha geniş bir şekilde açıklayalım.

Terk Edilen Çocuk modu, acı çeken içsel çocuktur. Hastanın Terk Edilme, Suistimal Edilme, Yoksunluk, Kusurluluk ve Boyun Eğicilik içeren şemaların çoğu ile alakalı acı ve korku hisseden kısmıdır. Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modu, hasta öfkelendiğinde ya da dürtüsel davrandığında hükmedici olur çünkü onun[1] temel duygusal ihtiyaçları giderilmemiştir. Aynı şemalar, Terk Edilen Çocuk modundayken de tetiklenmiş olabilir. Fakat deneyimlenen duygu genellikle öfkedir. Cezalandırıcı Ebeveyn modu, hastayı cezalandıran ve eleştiren hastanın içselleştirilmiş sesidir. Cezalandırıcı Ebeveyn modu, aktive olduğunda hasta özellikle kendine karşı zalim olur. Kopuk Korungan modunda hasta tüm duyguları kapatır, başkalarıyla bağlantısını keser, neredeyse robotik bir tutum içersinde faaliyet gösterir. Sağlıklı Erişkin modu özellikle tedavinin başlangıcında BKB olan hastaların çoğunda oldukça zayıf ve gelişmemiştir. Bir anlamda bu öncelikli problemdir: BKB olan hastalar, onlara ilgi gösterecek ve sakinleştirecek yatıştırıcı ebeveyn moduna sahip değillerdir. Bu, boşluğa dayanamamalarına önemli ölçüde katkı sağlar.

Terapist hastanın sonunda kendi Sağlıklı Erişkin modu olarak terapistin tutumlarını, duygularını, tepkilerini ve davranışlarını içselleştirene dek hasta için Sağlıklı Erişkin modeli olur. Tedavinin başlıca amacı, Terk Edilen Çocuğa ilgi göstermek ve korumak, Öfkeli ve Dürtüsel Çocuğa öfkesini daha uygun bir şekilde ifade etmesini ve ihtiyaçlarını gidermesini öğretmek, Cezalandırıcı Ebeveyni çıkarmak ve yenmek, Kopuk Korunganı adım adım değiştirmek için hastaların Sağlıklı Erişkin modunu inşa etmektir.

Bir modu fark etmenin en basit yolu, onun tonunu hissetmektir. Her mod kendi karakteristik duygulanımına sahiptir. Terk Edilen Çocuk modu, kaybolmuş çocuğun duygularına sahiptir: Üzgün, korkmuş, dayanıksız, korunmasız. Öfkeli

ve Dürtüsel Çocuk modu öfkelenmiş ya da kontrol edilemeyen çocuk duygulanımına sahiptir -çocuğun çekirdek ihtiyacını engelleyen bakıcıya saldırma ya da bağırma veya ihtiyaçların karşılanması için dürtüsel hareket etme. Cezalandırıcı Ebeveynin tonu, sert, eleştirel ve affedilmezdir. Kopuk Korungan, düz, duygusuz ve mekanik bir duygulanıma sahiptir. Son olarak Sağlıklı Erişkin modu, güçlü ve sevecen ebeveyn duygulanıma sahiptir. Terapist, hastanın konuşurken tavırlarını gözlemleyerek ve ses tonunu dinleyerek genellikle modları ayrıştırabilir. Şema terapisti, hastanın belirli bir andaki modunu tespit etmede ve bu mod üzerine çalışmak için belirli bir biçimde tasarlanan stratejilerle benzer şekilde tepki vermede uzman haline gelir.

Şimdi her bir modu daha ayrıntılı biçimde açıklıyoruz: Modun fonksiyonu, işaretler ve semptomlar ve terapistin mod içerisindeki BKB olan hastalara yardım etmedeki genel stratejisi.

Terk Edilen Çocuk Modu

Sekizinci Bölümde İncinebilir Çocuk moduna girmiştik. Önceden bahsettiğimiz gibi bu modun doğuştan geldiğine ve evrensel olduğuna inanıyoruz. Terk Edilen Çocuk, özellikle hastanın odağının terk edilme üzerine olması ile karakterize olan durumda, BKB olan hastalarda yaygın görülen İncinebilir Çocuğun bir versiyonudur. Terk Edilen Çocuk modunda hastalar, kırılgan ve çocuksu görünürler. Kederli, çılgın, korkmuş, sevilmemiş, kaybolmuş görünürler. Savunmasız ve tamamen yalnız hissederler ve onlarla ilgilenecek ebeveyn figürünü bulmayı takıntı haline getirmişlerdir. Bu moddaki hastalar, masum ve bağımlı küçük çocuklar gibi görünürler. Bakıcılarını idealleştirirler ve onlar tarafından kurtarıldıklarının hayalini kurarlar. Bakıcılarının onları terk etmesini engellemek için umutsuz bir çabaya girerler ve zamanla terk edilme algıları, kuruntulu kısımlara yaklaşır.

Genelde hastanın İncinebilir Çocuk modunun faaliyet gösterdiği çok küçük yaşlar, bu hastaların bilişsel biçimleri hakkında çok fazla şey açıklar. BKB olan hastalar daha küçük (çoğunlukla 3 yaştan daha az) İncinebilir Çocuk moduna sahip olurlarken daha sağlıklı hastalar, daha ileri yaşta (genelde 4 yaş ve yukarısı) İncinebilir Çocuk moduna sahiptirler. Terk Edilen Çocuk modunda BKB olan hastalar genellikle nesne kalıcılığından yoksundurlar. Bakıcı mevcut olmadıkça bakıcının yatıştırıcı ruhsal imgesini oluşturamazlar. Terk Edilen Çocuk, hastanın acelecilik ve dürtüsellik duygusunu arttırarak açık geçmiş ve gelecek kavramları olmadan sonsuz şimdi içersinde yaşar. Şu anda meydana gelenler, orada olan, olmuş ve olacak olanların tamamıdır. Terk Edilen Çocuk modu, büyük ölçüde sözcük öncesidir, sözcükler yerine eylemler aracılığıyla duygularını ifade eder. Duygular, modüle olmamış ve saftır.

Dört bireysel mod, BKB olan hastaların farklı yaşlarında işlevsellik gösterebilirler. Örneğin, İncinebilir Çocuk ve Öfkeli Çocuk modları çocuksuyken Kopuk Korungan genelde bir erişkindir. Hasta genelde küçük çocukların ebeveynlerine atfettiği güç ve bilgiyi Cezalandırıcı Ebeveyne atfeder.

Terk Edilen Çocuk modu, hastanın çekirdek şemasını "taşır". Terapist, bu şemaların idaresindeki çocuğu rahatlatır ve terapi ilişkisinin sınırlı ebeveynlik aracılığıyla kısmi bir antidot sağlar. BKB olan hastalar Terk Edilen Çocuk modundayken terapistin genel stratejisi, onların, güvenlik bağı, sevgi, empati, içten öz ifade, kendiliğindenlik temel duygusal ihtiyaçlarını tespit ve kabul etmesine ve tatmin etmesine yardım etmektir.

Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk Modu

Deneyimlerimizde tipik hastaların, bu modu az sıklıkta deneyimlemiş olmalarına rağmen ruh sağlığı profesyonellerinin, BKB olan hastaların çok sık ilişki içerisinde olduklarını gördüğü moddur. Ayakta tedavi konumunda görülen BKB olan pek çok hasta, zamanlarının çoğunu Kopuk Korungan modunda harcarlar -bu onların "öntanımlı" modudur. Sık sık

Cezalandırıcı Ebeveyn ya da Terk Edilen Çocuk modlarına geçerler. Sık olmak şöyle dursun, artık durduramadıklarında sürdürdükleri öfkeyi çıkartarak ve ihtiyaçlarını gidermek için dürtüsel hareket ederek Öfkeli Çocuk moduna geçerler.

Kopuk Korungan ve Cezalandırıcı Ebeveyn modları, Terk Edilen Çocuk modunun ihtiyaçlarını ve duygularını etkili bir şekilde engelleyerek hastanın pek çok ihtiyaç ve duygularını baskı altında tutmak için faaliyet gösterir. Bir müddet sonra bu ihtiyaç ve duygular birikir ve hasta içinde büyüyen baskı duygusunu hisseder. Hasta, "içimde bir şeyin büyüdüğünü hissediyorum" gibi sözler edebilir. (Hasta deprem dalgaları ya da fırtınalar gibi yaklaşan felaketlerle ilgili rüyalar görmeye başlayabilir). Baskı bazı "bardağı taşıran" olaylar meydana getirir (belki de terapist ya da partner ile problematik bir etkileşim) ve hasta, Öfkeli Çocuk moduna geçer. Hasta ani öfke duyar.

Hastalar bu moddayken öfkelerini uygunsuz bir biçimde çıkarırlar. Öfkeli, talepkar, değersiz, kontrolcü ya da istismarcı görünebilirler. İhtiyaçlarını karşılamak için dürtüsel hareket ederler, yönlendirici ve kayıtsız görünebilirler. İntihar etme tehdidinde bulunabilirler ve parasusayd davranış gösterirler. Örneğin bir hasta, kişi istediğini yapmazsa kendini öldüreceğini ya da keseceğini iddia edebilir. (Bir hasta seansın sona ermesiyle tetiklenen terk edilme duygularına reaksiyon göstererek Öfkeli Çocuk moduna geçip "bileklerimi kesmek için banyoya gidiyorum" diyerek çıktı.) Öfkeli Çocuk modunda hastalar, hak gören ya da şımarık görünen ve başkaların uzaklaştıran taleplerde bulunabilirler. Bununla birlikte talepleri gerçekten haklılık yansıtmaz daha doğrusu temel duygusal ihtiyaçlarını umutsuzca giderme girişimleridir.

Hastalar bu moddayken terapistin genel stratejisi, sınır koymak ve öfkesini idare etmenin, ihtiyaçlarını gidermenin daha uygun biçimini öğretmektir.

Cezalandırıcı Ebeveyn Modu

Bu modun fonksiyonu, ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etmek gibi "yanlış" bazı şeyler yaptığı için hastayı cezalandırmaktır. Mod, birinin ya da her iki ebeveynin öfkesinin, kininin, nefretinin, suistimalinin ya da bir çocuk olarak hastanın boyun eğmesinin içselleştirilmesidir. İşaretler ve semptomlar, kendilik nefreti, kendini eleştiri, kendini inkâr, kendini yaralama, intihar fantezileri ve kendi kendine zarar verici davranışı kapsar. Bu moddaki hastalar, kendi cezalandırıcı, reddedecici ebeveynleri olurlar. Ebeveynlerinin onları ifade etmelerine izin vermedikleri normal ihtiyaçlara sahip oldukları ve gösterdikleri için kendilerine öfke duyarlar. Kendilerini cezalandırırlar -örneğin kendilerini aç bırakarak ya da keserek- kendilerinin "fena", "kötü" ve "kirli" oldukları gibi şeyler söyleyerek kendileri hakkında kötü ve sert bir tonda konuşurlar.

Hastalar, Cezalandırıcı Ebeveyn modundayken terapistin genel stratejisi, onların cezalandırıcı ebeveynsel mesajlarını reddetmelerine ve öz saygı oluşturmalarına yardım etmektir. Terapist Terk Edilen Çocuğun ihtiyaçlarını ve haklarını destekler ve Cezalandırıcı Ebeveyni devirmeye ve alt etmeye kalkışır.

Kopuk Korungan Modu

Şiddetli durumlar dışında BKB olan hastalar genelde zamanlarının çoğunu Kopuk Korungan modunda geçirirler. Bu modun fonksiyonu, duygusal ihtiyaçları kesmek, başkalarıyla bağlantıları koparmak ve cezalandırmadan kaçınmak için itaatkar bir şekilde davranmaktır.

BKB olan hastalar Kopuk Korungan Modundayken genelde normal görünürler. Onlar "iyi hastalardır". Yapmayı ve davranmayı uygun gördükleri her şeyi yaparlar. Seanslara zamanında gelirler, ev ödevlerini yaparlar ve düzenli ödeme yaparlar. Duygularını dışavurmazlar ve kontrollerini kaybetmezler. Aslında pek çok terapist, bilmeden bu modu pekiştirir.

Problem hastaların bu moddayken kendi ihtiyaç ve duygularını engellemeleridir. Kimliklerini kendilerine yönelik doğru olmak yerine terapistin onayını elde etme üzerine temellendirirler. Terapistin onlardan yapmalarını istedikleri ne varsa onu yaparlar fakat terapistle gerçekten bir bağlantı kurmazlar. Bazen terapistler, hastanın tedavi seanslarının neredeyse tamamında Kopuk Korungan modunda olduğunu fark etmeden geçirirler. Hasta dikkate değer bir ilerleme kaydetmez fakat sadece seanstan seansa geçer.

Kopuk Korungan modunun işaret ve semptomları, kişiliksizleşme, boşluk, sıkıntı, madde bağımlılığı, içme, kendini yaralama, psikomatik şikayetler, "anlamsızlık" ve robot gibi itaat etmeyi kapsar. Hastalar, duygularını kesmek için seanslarda duyguları kışkırtıldığında Kopuk Korungan moda geçerler. Hastalar Kopuk Korungan modundayken terapistin genel stratejisi, başkaları ile bağlantı kurmak ve ihtiyaçlarını ifade etmek için, ortaya çıktığında engelleme olmadan onların duygularını deneyimlemesine yardım etmektir.

Bir modun diğer modu aktive edebilmesini fark etmek önemlidir. Örneğin bir hasta Terk Edilen çocuktaki bir ihtiyacı ifade edebilir, ihtiyacını ifade ettiği için kendini cezalandıracak Cezalandırıcı Ebeveyn moduna geçebilir. Cezalandırmanın acısından kaçmak için Kopuk Korungan moduna geçebilir. BKB olan hastalar, kendini devam ettiren bir döngü içerisinde bir modun başka bir modu tetiklemesiyle bu kısır döngüye kapılmışlardır.

BKB olan hastaların genelinde psikolojik sağlıkları açısından modları sıralarsak Sağlıklı Erişkin ve İncinebilir Çocuk en sağlıklıdır; ardından asıl duygu ve arzularını deneyimleyen Öfkeli Çocuk modu; bunun ardından hastanın davranışları üzerindeki kontrolü sürdüren Kopuk Korungan modu gelir. Son olarak hiçbir şekilde iyi bir yanı olmayan Cezalandırıcı Ebeveyn vardır. Cezalandırıcı Ebeveyn, uzun vadede hasta için en yıkıcı olandır.

Borderline Kişilik Bozukluğunun Varsayılan Kökenleri

Biyolojik Faktörler

Gözlemimizde BKB olan hastaların çoğunluğu duygusal olarak sert, değişken bir mizaca sahiptirler. Varsayılan mizaç, gelişen bozukluk için biyolojik yatkınlık olarak vazife görebilir.

BKB tanısı konulan hastaların dörtte üçü kadındır.[2] Bu, kısmen mizaç farklılıklarının sonucu olabilir: Belki de kadınların sert ve değişken mizaca sahip olmaları erkeklerden daha olasıdır. Bununla birlikte cinsiyet farklılığı ayrıca çevresel faktörlere neden olabilir. Kızlar, BKB olan hastaların çocukluk geçmişlerinin en sık özelliği olan cinsel istismarı daha sık yaşamaktadırlar.[3] Kızlar, öfkelerini ifade etmekten daha sık vazgeçirilirler ve boyun eğerler. BKB olan erkeklerden tanılanamayan bir grubun da olması olasıdır. Erkekler, kadınların gösterdiklerinden daha farklı bozukluk gösterirler. Erkekler, daha saldırgan mizaca sahip olma eğilimindedirler ve kendilerine karşı olmaktansa başkalarına karşı hareket etme ve itaat etme yerine hükmedici olmaları daha olasıdır. Dolayısıyla temeldeki modlar ve şemalar benzer olsa bile narsisistik ya da antisosyal kişilik bozuklukları tanısı konulması daha olasıdır.[4]

Çevresel Faktörler

Aile çevresindeki BKB gelişimine yol açacak bu varsayılan biyolojik yatkınlık ile etkileşimi olduğuna inandığımız dört faktörü tespit ettik.

1. *Aile ortamı güvensiz ve istikrarsızdır.* Güven eksikliği neredeyse daima istismar ve terk edilmeden meydana gelir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların çoğunluğu, çocukken fiziksel, cinsel ve sözel istismar yaşamışlardır. Eğer hastada gerçek bir istismar yoksa o zaman öfke patlaması ya da şiddet tehdidi vardır; ya da hastalar, diğer bir aile üyesinin istismar edildiğini görmüş olabilirler. Ayrıca çocuk, çoğunlukla terk edilmiştir. Bir bakıcı olmadan uzun süre yalnız kalmış

ya da istismarcı bir bakıcıyla bırakılmış olabilir. (Örneğin; bir ebeveyn istismarı inkar eder ve imkan verirken diğer ebeveyn istismar edebilir). Alternatif bir şekilde çocuğun birincil bakıcısı, aşırı değişken tavırlı ya da madde bağımlısı olan bir ebeveynde olduğu gibi güvenilmez ya da tutarsız olabilir. Güvenlik duygusu yerine ebeveyne bağlılık genelde istikrarsız ve korkutucu hissettirir.

2. *Aile ortamı yoksundur.* Erken dönem nesne ilişkileri genellikle güçsüzleştirir. Ebeveyn ilgisi -fiziksel sıcaklık, empati, duygusal yakınlık ve destek, rehberlik, koruma- genellikle boştur ya da eksiktir. Ebeveynlerin biri ya da ikisi, (fakat özellikle birincil bakıcı) duygusal olarak hazır olmayabilir ve minimal bir empati sağlayabilir. Hasta duygusal olarak yalnız hisseder.

3. *Aile ortamı sert bir şekilde cezalandırıcı ve reddedicidir.* BKB olan hastalar, kabul edici, affedici ve onlara yönelik sevgi gösteren ailelerde büyümezler. Bunun yerine eleştirel, onları reddeden, yanlış yaptıklarında sertçe cezalandıran, affetmeyen ailelerde büyürler. Cezalandırıcılık aşırıdır: Çocukken onlar sadece yaramazlık yapan normal çocuklar değilmiş gibi bu hastalar, değersiz, fena, kötü ve kirli hissederler.

4. *Aile ortamı boyun eğicidir.* Aile ortamı, çocuğun ihtiyaç ve duygularını bastırır. Genelde çocuğun söyleyip söyleyemedikleri ve hissedip hissedemedikleri ile ilgili katı kurallar vardır. Çocuk, şu mesajı alır: "Hissettiğini gösterme. Acıdığında ağlama. Biri yanlış bir şey yaptığında öfkelenme. Bir şey istediğinde söyleme. İncinebilir ya da gerçek olma. Sadece bizim senden olmanı istediğimizi ol." Duygusal acılı çocuk tarafından ifade edilenler -özellikle üzüntü ve öfke- genelde ebeveyni öfkelendirir ve cezalandırmaya ya da geri çekilmeye yol açar.

DSM-IV BKB Tanı Kriterleri ve Şema Modları

Tablo 9.1'de ilgili şema mod(lar) ile eşleştirilmiş BKB için DSM-IV tanı kriterleri listelenmiştir. Dört mod içermektedir:

Terk Edilen Çocuk, Öfkeli Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn ve Kopuk Korungan.

TABLO 9.1. Borderline Kişilik Bozukluğu ve İlgili Şema Modları için DSM-IV Tanı Kriterleri

DSM-IV Tanı Kriterleri	İlgili Şema Modları
1. Aşırı gerçekten kaçınma çabası ya da hayal edilen terk edilme	Terk Edilen Çocuk Modu
2. İdealleştirme ve değersizleştirme aşırılıkları arasında gidip gelerek karakterize edilen istikrarsız ve şiddetli bireyler arası ilişkiler kalıbı	Tüm modlar. (bu, istikrarsızlık ve şiddet yaratan moddan moda hızlıca geçiştir. Örneğin Terk Edilen Çocuk bakıcılarını idealleştirir ve Öfkeli Çocuk onları değersizleştirir ve suçlar.)
3. Kimlik bozukluğu: Sürekli ve önemli derecede istikrarsız kendilik duygusu ya da kendilik-imajı	a. Kopuk Korungan Modu. (Bu hastalar başkalarını memnun etmek zorunda olduklarından ve kendileri olmaya izin vermediklerinden güvenli bir kimlik geliştiremezler.) b. Bütünlük göstermeyen moddan diğerine sürekli geçiş, her birinin kendi benlik bakışı vardır ayrıca istikrarsız öz imaja yol açar.
4. Dürtüsellik (yani para harcama, rastgele cinsel ilişki, madde bağımlılığı, dikkatsiz araba kullanma, aşırı yeme)	a. Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk Modu (öfke ifade etme ya da giderilmemiş ihtiyaçları giderme) b. Kopuk Korungan Modu (öz rahatlama ya da uyuşukluğu aşma)
5. Tekrarlanan intihar davranışı, mimikleri, tehditleri ya da kendini yaralama davranışı	Dört modun tümü.
6. Ruh halinin belirgin yeniden aktivitesi nedeniyle duygusal istikrarsızlık (yani şiddetli olaysal hoşnutsuzluk, alınganlık ya da anksiyete)	a. Varsayılan şiddetli, değişken biyolojik mizaç. b. Her birinin kendine özgü duygulanımı olan hızlı mod geçişi.
7. Kronik boşluk duygusu	Kopuk Korungan Modu (Duyguları ve başkalarıyla bağlantıyı koparma boşluk duygusuna neden olur.)
8. Uygunsuz, şiddetli öfke ya da öfkeyi kontrol etmede zorluk.	Öfkeli Çocuk modu.
9. Geçici, stresle ilgili paranoid düşünce ya da şiddetli çözülmeli semptomlar.	Dört modun hiçbiri (duygulanım dayanılmaz ya da bunaltıcı olduğunda)

BKB olan bir hasta, intihar ya da parasusayd davranış gösterdiğinde terapist, hangi modun şiddetlendiğini bulmak zorundadır. Şiddetlenme Cezalandırıcı Ebeveynden mi geliyor ve hastayı cezalandırmak için mi tasarlanmış? Ya da dayanılmaz yalnızlık acısının sona erme arzusu olarak Terk Edilen Çocuk modundan mı geliyor? Bir şeyler hissetme ve duygusuzluğu delip geçme ya da fiziksel acı aracılığıyla duygusal acıdan uzaklaşma çabasındaki Kopuk Korungan modundan mı geliyor? Yoksa diğer kişilere zarar verme ya da intikam alma tutkusundaki Öfkeli Çocuk modundan mı geliyor? Hasta modların her birinde intihar etmeyi istemek için farklı bir nedene sahiptir ve terapist, bunu üreten belirli bir moda ilişkin intihar dürtüsüne yönelir.

Vaka Örneği

Mevcut Problem

Kate, 27 yaşında bir BKB hastasıdır. Aşağıdaki pasaj, Dr. Young'ın konsültasyonun bir parçası olarak onunla yürüttüğü görüşmeden alınmıştır. (Hasta, kısa süre önce başka bir şema terapistiyle terapiye başlamıştı.)

Kate, ilk terapistini 17 yaşında gördü. Bu seçilmiş pasaj o andaki mevcut probleminin karakteristik belirsizliğini örnekler.

TERAPİST: İlk kez tedaviye geldiğinde seni terapiye getiren neydi?

KATE: Yaklaşık 10 yıl önceydi. Çok çok mutsuzdum. Şiddetli depresyondaydım, kafam karışıktı ve öfkeliydim ve zamanımı çok zor geçiriyordum -sabahları kalkmak, insanlarla konuşmak, sokakta yürümek. Çok üzgündüm, öfkeliydim, kederliydim.

TERAPİST: O anda reaksiyonu tetikleyecek herhangi bir şey meydana geldi mi?

KATE: Hayır, sadece gelişen bir takım şeyler vardı.

TERAPİST: Nelerin geliştiğini hatırlıyor musun?

KATE: Sadece evdeki problemler. Kendimle ve kimliğimle ilgili problemler. Hiçbir yere uyum sağlayamama. Genel olumsuz duygular.

TERAPİST: Fakat hiçbir şey olmamıştı, hiç kimse ölmemişti ya da kimse seni terk etmişti, değil mi?

KATE: Hayır.

Kate'in bahsettiği kimlik dağılma duygusu, Kopuk Korungan moda bağlıdır: BKB olan hastalar, Kopuk Korungan modundayken kendilerini karışık hissederler. BKB olan hastalar bu moddayken duygularının ne olduğunu bilmezler. Onlar terk edilmekten ve cezalandırılmaktan kaçınmak için ve kendi arzularını ve duygularını engellemek için tamamen başkalarına uyum sağlamaya odaklanırlar. Doğal eğilimlerini izlemediklerinden kendi ayrı kimliklerini geliştiremezler. Bunun yerine boşluk, sıkıntı, rahatsızlık, belirsizlik ya da karışıklık hissederler.

Karakteristik olarak Kate, depresyon, blumia ve madde bağımlılığını içeren bir dizi Eksen I bozukluğu yaşar.

TERAPİST: Sahip olduğun başka semptom var mı?

KATE: Evet, değersizlik hissediyorum, gerçekten tam bir birey değilim, tam bir kişinin ne olduğunu bilmiyorum bile. Sadece diğer insanlara bakıp kendimi hiç kimseyle eşdeğer görmüyorum.

TERAPİST: Kendini cezalandıracak şeyler yaptın mı, ya da bu tür şeyler?

KATE: Evet, yapardım

TERAPİST: Neler yaptın?

KATE: Hmm, kendimi bir çok defa keserdim. Dokuz yıl bulimya hastasıydım. Sadece kendilik bozucu şeyler.

TERAPİST: Şimdi bu şeylerin herhangi birini yapma isteğini duyuyor musun?

KATE: Evet.

TERAPİST: Artık bunların herhangi birinden etkileniyor musun?

KATE: Bir süredir değil. Bazen biraz fazla içiyorum fakat birkaç aydır uyuşturucu kullanmıyorum.

Mevcut Hastalığın Geçmişi

Kate'nin mevcut tedavi süreci, 2 yıl önce bir intihar girişimi ardından hastaneye yatırıldığında başladı. Sonraki pasajda terapist, hastadan hastaneye yatırılmasına yol açan bir dizi olayı açıklamasını ister.

TERAPİST: O zaman neler oluyordu?
KATE: Yüksek doz uyuşturucu almıştım.
TERAPİST: Hangi ilaçtı bu?
KATE: Klonopin.
TERAPİST: İsteyerek miydi?
KATE: Evet.
TERAPİST: O zamanlar neden aldığını hatırlıyor musun? Bazı şeyler mi meydana gelmişti?
KATE: Evet, aslında evliydim. İyi gidiyordu, mutluydum fakat o başkalarıyla da oluyordu. Ve o, benim sadece yaşamının dışında kalmamı istedi. Bana başka biriyle tanıştığını söyledi ve benden evden gitmemi istedi, kendisinden uzaklaşmamı istedi. Öncelikle bu meydana geldiğinde sanırım şoktaydım, sonra depresyona girdim ve artık yaşamak istemedim.
TERAPİST: Seni böylesine bunalıma sokan duygunun hangi duygu olduğunu hatırlıyor musun?
Kate: (*Hararetle konuşur*) Sadece iyi olmadığımı, değersiz olduğumu ve onun sonunda bunu fark ettiğini hissettim. Kendince o doğru yapıyordu ve ben yanlızca hiç kimseydim.

Kate, Terk Edilme ve Kusurluluk şemasının acısıyla dolduğu Terk Edilen Çocuk modundan çıkan intihar girişimini açıklar.

Çocukluk Geçmişi

Kate'in geçmişine dönersek, onun çocukluğunun, daha önce adlandırdığımız yatkınlaştırıcı dört çevresel faktörün tümü tarafından belirlendiğini görürüz: Onun aile ortamı, güvensizdi, duygusal olarak yoksundu, sert biçimde cezalandırıcıydı, onun duygularını boyun eğdiriciydi.

Aşağıdaki pasaj (bir öncekinin devamı) Kate'in çocukluk yoksunluğunu örneklemektedir. Ona bakan, onunla empati kuran, onu koruyan, ona yol gösteren kimsesi yoktu.

TERAPİST: Bu duyguların nereden geldiğini ya da nasıl başladığını biliyor musun, iyi olmama ya da değersizlik duyguları?
KATE: Sadece onları hissettim, aile yaşamımdan, önemli olduğumu, bir fark yarattığımı ya da ailemde belirgin olduğumu gerçekten hissetmemek gibi.
TERAPİST: Önemli olmadığını, bir fark yaratmadığını sana nasıl hissettirdiler?
KATE: Beni asla dinlemediler, beni asla kabul etmediler. Ne istersem yapabildim, ne istersem.
TERAPİST: Yani tam bir özgürlüğe sahiptin.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Fakat hiç kimse aldırış etmedi.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Yani görmezden gelindin.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Hiç kimse yeterince ilgi göstermedi...
KATE: (*Cümleyi tamamlayarak*) ...herhangi bir şey söylemek, bir disiplin ya da yönlendirmede bulunmak için ya da bunun gibi bir şey, hiç.

Kate'in çocukluk ortamı ayrıca güvensizdi. Büyük kardeşine, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konuldu ve onu sık sık fiziksel ve cinsel olarak istismar ediyordu. Ebeveynlerinden hiçbiri onu korumamıştı. Duygusal olarak uzak-

KATE: Bir süredir değil. Bazen biraz fazla içiyorum fakat birkaç aydır uyuşturucu kullanmıyorum.

Mevcut Hastalığın Geçmişi

Kate'nin mevcut tedavi süreci, 2 yıl önce bir intihar girişimi ardından hastaneye yatırıldığında başladı. Sonraki pasajda terapist, hastadan hastaneye yatırılmasına yol açan bir dizi olayı açıklamasını ister.

TERAPİST: O zaman neler oluyordu?
KATE: Yüksek doz uyuşturucu almıştım.
TERAPİST: Hangi ilaçtı bu?
KATE: Klonopin.
TERAPİST: İsteyerek miydi?
KATE: Evet.
TERAPİST: O zamanlar neden aldığını hatırlıyor musun? Bazı şeyler mi meydana gelmişti?
KATE: Evet, aslında evliydim. İyi gidiyordu, mutluydum fakat o başkalarıyla da oluyordu. Ve o, benim sadece yaşamının dışında kalmamı istedi. Bana başka biriyle tanıştığını söyledi ve benden evden gitmemi istedi, kendisinden uzaklaşmamı istedi. Öncelikle bu meydana geldiğinde sanırım şoktaydım, sonra depresyona girdim ve artık yaşamak istemedim.
TERAPİST: Seni böylesine bunalıma sokan duygunun hangi duygu olduğunu hatırlıyor musun?
Kate: (*Hararetle konuşur*) Sadece iyi olmadığımı, değersiz olduğumu ve onun sonunda bunu fark ettiğini hissettim. Kendince o doğru yapıyordu ve ben yanlızca hiç kimseydim.

Kate, Terk Edilme ve Kusurluluk şemasının acısıyla dolduğu Terk Edilen Çocuk modundan çıkan intihar girişimini açıklar.

Çocukluk Geçmişi

Kate'in geçmişine dönersek, onun çocukluğunun, daha önce adlandırdığımız yatkınlaştırıcı dört çevresel faktörün tümü tarafından belirlendiğini görürüz: Onun aile ortamı, güvensizdi, duygusal olarak yoksundu, sert biçimde cezalandırıcıydı, onun duygularını boyun eğdiriciydi.

Aşağıdaki pasaj (bir öncekinin devamı) Kate'in çocukluk yoksunluğunu örneklemektedir. Ona bakan, onunla empati kuran, onu koruyan, ona yol gösteren kimsesi yoktu.

TERAPİST: Bu duyguların nereden geldiğini ya da nasıl başladığını biliyor musun, iyi olmama ya da değersizlik duyguları?
KATE: Sadece onları hissettim, aile yaşamımdan, önemli olduğumu, bir fark yarattığımı ya da ailemde belirgin olduğumu gerçekten hissetmemek gibi.
TERAPİST: Önemli olmadığını, bir fark yaratmadığını sana nasıl hissettirdiler?
KATE: Beni asla dinlemediler, beni asla kabul etmediler. Ne istersem yapabildim, ne istersem.
TERAPİST: Yani tam bir özgürlüğe sahiptin.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Fakat hiç kimse aldırış etmedi.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Yani görmezden gelindin.
KATE: Doğru.
TERAPİST: Hiç kimse yeterince ilgi göstermedi...
KATE: (*Cümleyi tamamlayarak*) ...herhangi bir şey söylemek, bir disiplin ya da yönlendirmede bulunmak için ya da bunun gibi bir şey, hiç.

Kate'in çocukluk ortamı ayrıca güvensizdi. Büyük kardeşine, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konuldu ve onu sık sık fiziksel ve cinsel olarak istismar ediyordu. Ebeveynlerinden hiçbiri onu korumamıştı. Duygusal olarak uzak-

tılar ve her iki ebeveyni de kardeşinin yanlış davranışı yüzünden onu suçluyordu.

KATE: Aslında, erkek kardeşim hiperaktifti. Sanırım ailem onu izleyerek ve onun için endişelenerek çok fazla zaman geçiriyorlardı. İlaç kullanmıyordu bu nedenle kontrol dışıydı.

TERAPİST: Hasta olduğundan tüm dikkati topluyor muydu?

KATE: Evet.

TERAPİST: Sana kalan hiçbir şey yok muydu?

KATE: Evet, çoğunlukla. Babamın kendi dünyasına kapalı olduğunu düşünüyorum. Gerçekten çok fazla evde değildi. Oldukça depresyonluydu. Her zaman böyleydi ve bunun onun için biraz fazla olduğunu düşünüyorum.

TERAPİST: Yani bu babanın temelde nasıl biri olduğu mu? Kendi dünyasına kapalı?

KATE: Evet her zaman.

TERAPİST: Yani bu sana tamamen yalnız mı hissettirdi?

KATE: Evet.

Kate'in çocukluk ortamı, cezalandırıcı ve reddediciydi. Annesi özellikle onu eleştiriyordu ve duygularına karşı hoşgörüsüzdü.

TERAPİST: Peki annen nasıldı?

KATE: O ve ben geçinemiyorduk. Ben çok mutsuzdum ve gerçekten onu sıkıyordum. Bu nedenle birçok gerginlik oluyordu. Umursamaz bir kişi olmadığım gerçeğini anlamıyordu. Nedenini anlayamıyordu. Bende ters giden bir şeylerin olduğunu düşünüyordu ve o benimle ne yapacağını bilmiyordu, benden çok fazla hoşlanmıyordu.

TERAPİST: Sana karşı eleştirici ya da reddedici miydi?

KATE: Evet çok eleştiriyordu özellikle yaşım ilerledikçe. Her zaman kavga ediyorduk. Benden hoşlanmadığını, umutsuz ve zavallı olduğumu ve buna dayanamadığımı söyledi. (*Ağlar.*)

TERAPİST: Seninle bu şekilde konuştuğunda nasıl hissediyordun?

KATE: Sadece inandım, çünkü doğruydu.

TERAPİST: Söylediklerinin özü neydi? Seninle ilgili temel eleştirisinin ne olduğunu hissediyorsun?

KATE: Yine çok mutsuzdum ve ona göre iğrençtim ve şirrettim.

TERAPİST: Sana doğru gibi geliyor mu?

KATE: Evet.

Kate'in çocukluk ortamı boyun eğdiriciydi. Ciddi ihmal ve suistimal yaşamış olsa bile ona yapılanlarla ilgili üzülmesine ya da öfkelenmesine izin verilmiyordu. Bu tür duygu belirtileri ailesini öfkelendiriyordu ve kardeşinin ona olan suistimalini tetikliyordu.

Kate'nin duygularını ifade etmeye çalıştığı tek yol, onlara öfkelendiğinde Cezalandırıcı Ebeveyn'e geçmektir.

TERAPİST: Kendisine yanlış davranıldığını, insanların onun için orada olmadığını hisseden öfkeli kısım, bu kısmı hiç hisseder misin?

KATE: Evet. Bunu hissederim fakat yalnızca bunu hak ettiğimi, bu insanların böyle davranmada haklı olduklarını düşünürüm. Ve sonra bunu düşündüğüm için öfkelenirim fakat... (*duraksar*)

TERAPİST: Bu seni Cezalandırıcı Ebeveyn haline mi getiriyor ve öfkelendiği için küçük çocuğu mu cezalandırıyor? Yapıyor olduğun şey içinden mi geliyor? Söylediğin gibi mi "Sen kötüsün, haklı olduğunu düşündürecek kim var?"

KATE: Evet bu benim kendimi savunmamı ve kendimle ilgilenmemi engelliyor, çünkü haklıymış gibi hissetmiyorum. Ve birinin benimle ilgilenmeyi isteme hakkı olduğunu düşünmüyorum, çünkü bunu hak etmiyorum.

BKB Olan Hastalardaki Dört Mod

Görüşme sırasında Kate dört modu deneyimlemektedir. Her birinden örnekler sunuyoruz.

Kopuk Korungan Mod

Kate, Kopuk Korungan modda görüşmeye başlar. Bu pasajda görüşme başlangıcına yakın gerçekleşir. Kate ağlamamak için kendini tutar. Terapist yorum yaparken Kate Kopuk Korungan modda cevap verir.

TERAPİST: Canın ağlamak istiyor mu?
KATE: Evet ama ağlamayacağım.
TERAPİST: Burada neden ağlamaktan korkuyorsun? Utanıyor musun?
KATE: Evet. Biliyorum. Kendim gibi olmam gerektiğini biliyorum fakat bu gerçekten benim için zor.
TERAPİST: Annenin, mutsuz olduğun için seni eleştirdiğinden bahsediyorsun. Bu kısmı gösterirsen bunun kötü bir kısım olacağını hissediyor musun? Bu, bunun bir parçası mı?
KATE: Evet. Olmamı istediğin gibi olmama benzer bir şey. Senin önünde burada ağlamak istemiyorum.
TERAPİST: Ne olmanı istediğimi hissediyorsun?
KATE: Bilmiyorum. Çok zeki ve açık.
TERAPİST: Çok fazla duygu olmadan mı?
KATE: Evet. Hedeflerine ulaşmana yardım etmek gibi (*gülüyor*), seni çok iyi tanımasam bile. Sadece yardım ederek, senin için bir şeyleri kolaylaştırarak. Rahat hissetmeni sağlayarak. Sanki bilmiyorum, oradaki senin içkin sanırım. Bunu sana vericektim.
TERAPİST: O halde, tüm odağın gerçekten olmanı istediğimi olman, yapmanı istediğimi yapman üzerinde.
KATE: Evet. Çünkü Ne olduğumu bilmiyorum. Sanırım sadece dibe vurmuş, zavallı biriyim. Evet tüm düşündüğüm bu.

TERAPİST: Peki dibe vurmuş zavallı olduğunu hissettiğin için bunun üstesinden gelmenin en iyi yolu, diğer insanların olmanı istediğini olmaktır. Bu senin için ne yapacak? Neden bunu yapmak isteyesin?
KATE: Bu beni bir şekilde kendimin dışına çıkarır, insanları taklit etmeye başlarım ve kendimi bir şekilde değiştiririm ve kim istersem, ne istersem olabilirim. Fakat bulduğum şey şu ki bu beni daha kötü, daha boş yapıyor.
TERAPİST: İnsanların senden istedikleri gibi olmayı mı kastediyorsun?
KATE: Evet çünkü ne beklediğimi bilmiyorum. Ne istediğimi bilmiyorum. Benim için neyin önemli olduğunu bilmiyorum. Bilmiyorum. 27 yaşındayım ve hiçbir fikrim yok.

Kate; Kopuk Korungan modunun kimlik yayılma karakteristik duygusunu ifade eder. İhtiyaçlarını ve duygularını kestiğinden kim olduğunu bilmez. Diğer insanların ondan olmasını istediği kim ise o olur.

Kate, neredeyse tamamında Kopuk Korungan modda olduğu önceki terapiyi ele alır.

KATE: Gördüğüm ilk terapisti hatırlıyorum. Yaklaşık beş yıl boyunca gittim ve bazı şeylerle bana yardım etti. Fakat bilmiyorum. Sadece onu mutlu etmeye çabalamakla çok meşguldüm. Aslında benden hoşlanmasını istedim ve beni yargılıyor olmasından çok korktum. Yapmadığını söyledi fakat beni yargıladığına inandım. Sadece ondan beni kabul etmesini istedim.
TERAPİST: O halde bir anlamda yaşamında diğer insanlarla yaptığın şeyi onunla da yapıyordun, gerçekten kim olduğunu ve gerçekten ne hissettiğini paylaşmamak.
KATE: Evet.

Bu kısım, terapistin Kopuk Korunganı Sağlıklı Erişkinden ayırt etmesinin ne kadar önemli olduğunu gösterir. Kate'in tanımladığı gibi, hasta aslında Kopuk Korungan moduna geç-

tiğinde pek çok terapist onun sağlıklı ve gelişmekte olduğuna yanlış bir şekilde inanır.

Hastalar Sağlıklı Erişkin modundayken ihtiyaçlarını ve duygularını deneyimleyebilir ve ifade edebilirler. Kopuk Korungan modundayken ise ihtiyaçları ve duygularıyla bağlantıyı koparırlar. Uygun biçimde davranabilirler fakat bunu duygulanım olmadan ve kendi ihtiyaçlarını dikkate almadan yaparlar. BKB olan hastalar, Kopuk Korungan modundayken otantik yakın ilişkilerle uğraşamazlar. Kate'in önceki terapistiyle olduğu gibi bir ilişki içerisinde olabilirler fakat yakın ve incinebilir biçimde hareket etmezler. Beden ordadır fakat ruh gitmiştir.

Terk Edilen Çocuk Modu

Kate, intihar girişiminden önceki ay Kopuk Korungan ve Terk Edilen çocuk arasında nasıl gidip geldiği anlatır: Kendimi kopuk tuttum ve başka şeylerle ilgilenmeyi sürdürdüm fakat artık buna devam edemedim. Zaten tüm kaynaklarımı tüketmiştim." Kimsesizlik ve değersizlik duygularından kaçamadı.

KATE: Hapları yutmadan hemen önce işte kocamı görmeye gittim. Eskiden oraya giderdim, sanki onu sıkıyordum. O, "bitti, buraya kadar" gibiydi. Sonra çok yalnız hissettim, şimdiye kadar hissettiğimden çok daha yalnız. Ve şöyle dedim, bu şekilde yaşamaktansa ölmeyi tercih ederim. Acı çekmektense ölmeyi tercih ederim ve artık acı çekemem. Neyin olacağını bilmediğimi biliyorum, bir sürü hap aldım, ölme biçimimin muhtemelen canımı acıtacağını fark ettim. Acıyla her gün yaşamak yerine bitebileceğini anladım. *Her gün.* Artık buna tahammül edemiyordum.

BKB olan hastalar bazen acılardan biraz kurtulabileceklerini, acı çok fazlaysa intihar edebileceklerini bilmenin rahatlığını isterler. Terapistin bu rahatlığı hastadan uzaklaştırması gerekmez. Hasta intihar etme üzerine düşünebilir ve ihtiyaç

duyduğu kadar intihar etme üzerine konuşabilir. Fakat terapiste gitmeye karar vermelidir ve kalkışmadan önce enine boyuna duygularını tartışmalıdır.

Öfkeli Çocuk Modu

BKB olan pek çok hasta kolaylıkla tartışamaz ve Öfkeli Çocuk modunu hatırlayamaz. Bu sebepten buna erişmek için genelde hayal kurma tekniklerini kullanırız. Terapist, Kate'in Öfkeli Çocuk hayalini oluşturmasını ister.

TERAPİST: Çocuk olarak Öfkeli Kate'in hayalini kurmak ve nasıl göründüğünü anlamak çok korkutucu mu geliyor?
KATE: Hayır, bir hayalim var.
TERAPİST: Öfkeli Kate nasıl görünmekte?
KATE: Odayı harap ediyor.
TERAPİST: Neden odayı harap ediyor?
KATE: Çünkü çok kızmış. Herkese çok kızmış.
TERAPİST: Çok kızdığı insanların hayalini kurabilir misin?
KATE: Babam ve kardeşim.
TERAPİST: Onlar orada otururken o olup, öfkesini yüksek sesle ifade edebilir misin? Olara neden bu kadar kızgın olduğunu söylüyor mu?
KATE: Hayır.

Bu, Kate'in öfkesini ifade etmekten alıkoyan Cezalandırıcı Ebeveyn modudur. Öfkesini dışa vurduğundan Öfkeli Çocuğu cezalandırmak ya da öfkesini yasaklamak için Cezalandırıcı Ebeveyn'e geçer.

Cezalandırıcı Ebeveyn Modu

Bu mod, ebeveynlerinin cezalandırıcı yönlerini hastanın "içselleştirmesini" içerir. Artık içselleştirmiştir ve kendisine yöneliktir. Aşağıdaki parçada Dr. Young, Kate'in Cezalandırıcı Ebeveyn mod sesini babasının sesine bağlamasına yardım eder. Bu parça, öncekinin devamıdır.

TERAPİST: Öfkeni ifade etmek neden zor, ne düşünüyorsun?

KATE: Çünkü bunu yapmaya hakkım yok.

TERAPİST: Bunu onların sana söylediğini hayal edebilir misin? Hangisi sana bunu söylerdi? Babanın mı yoksa kardeşinin mi?

KATE: Babam. (*Ağlar*)

TERAPİST: O zaman şimdi baban ol ve ona bunu söylet, senin öfkelenmeye hakkın yok. Onun söylediğini duyabileceğim şekilde söyle.

KATE: O sadece şunu der; "Sen daima kardeşini kışkırtırsın ve onu öfkelendirirsin. Biliyorsun o hasta sen onu çılgına çeviriyorsun. Senin sadece odanda oturmanı ve *sessiz* olmanı istiyorum."

Kate'in öfkesini ifade etmeye hakkı yoktur. Bir sonraki pasajda Kate Cezalandırıcı Ebeveyn Moduna girdiğinde şunu der, "Ben sadece kötüyüm, sadece fenayım, sadece kirliyim." Bu, modun gerekli mesajıdır.

BKB OLAN HASTANIN TEDAVİSİ

Tedavinin Felsefesi

Ruh sağlığı profesyonelleri BKB olan hastaların olumsuz bakışına sahip olma ve onlar hakkında pejoratif biçimde konuşma eğilimindedirler. Uzmanlar, genelde bu hastaları çıkarcı ve bencil kişiler olarak görür. BKB olan hastalara karşı bu olumsuz bakış, tedavileri için zararlıdır. İster istemez terapist hastayı olumsuz şekilde görerek, terapist hastanın işlevsiz şema modlarından birini besler. Genelde terapist, Cezalandırıcı Ebeveyn olur ve hastaya öfkelenir, hastayı eleştirir ve reddeder. Kısaca söylemek gerekirse bu, hasta üzerinde zarar verici bir etkiye sahiptir. Sağlıklı Erişkin oluşturmak ve Terk Edilen Çocuğu iyileştirmek yerine terapist, hastanın Cezalandırıcı ebeveyn modunu daha da pekiştirir.

BKB olan hastalarla çalışmak, düzensiz ve şiddetlidir. Genelde terapistin kendi şeması tetiklenir. Daha sonra bu bölümde terapistlerin, BKB olan hastaları tedavi ederken kendi şemalarıyla nasıl çalışabildiklerini ele alacağız.

İncinebilir Çocuk Olarak BKB Hastası

Düşüncemizde, BKB olan hastalara bakabileceğimiz en yapıcı yol, incinebilir çocuktur. Onlar erişkin gibi görülebilirler fakat psikolojik olarak onlar ebeveynlerini arayan terk edilen çocuklardır. Bencil olduklarından değil ümitsiz olduklarından uygunsuz davranırlar: Onlar "yoksundurlar, aç gözlü değildirler." Onlarla ilgilenen ve güvenli olduklarından emin oldukları hiç kimseleri olmadığında tüm küçük çocukların yaptığını yaparlar. BKB olan pek çok hasta çocukken yalnızdır ve onlara kötü davranılmıştır. Onları koruyan ve onları rahatlatan kimseleri yoktur. Onlara zarar veren pek çok insandan başka dönülecek kimseleri yoktur. İçselleştirebilecekleri Sağlıklı Erişkin yokluğunda erişkin olarak onlar yalnız olduklarında ve panikledikleri zamanlarda kendilerini devam ettirecek içsel kaynaklardan yoksundurlar.

BKB olan hastaların tedavisinde terapistlerin kafası karışık olduğunda, bazen terapistin hastayı daha iyi anlamasına ve ne yaptığını çözmesine hastanın yardım edebilmesi için zihinsel olarak küçük bir çocuk hayalinin eklendiğini görmekteyiz. Bu strateji, terapiste temelde -hastanın öfkeli, kopuk ya da cezalandırıcı olup olmadığını- onun terk edilen çocuk olduğunu hatırlatarak hastanın davranışına olumsuz reaksiyon göstermeye karşı atak gibi görünmektedir.

Terapistin Doğruları ile BKB Olan Hastanın Doğrularını Dengeleme

BKB olan hastalar neredeyse her zaman, terapistin sağlayabildiğinden fazlasına ihtiyaç duyarlar. Bu, terapistin hastaların ihtiyaç duyduğu her şeyi vermeleri gerektiği anlamına gelmez. Aksine terapistlerin hakları vardır. Terapistler, özel yaşamı sürdürme, sorumlu davranma, hastalar bu hakları ihlal ettiklerinde sınır koyma haklarına sahiptirler. Bu, terapistlerin

hastaların hakları ihlal ettiklerinde öfkelenmek zorunda oldukları anlamı a gelmez. BKB olan hastalar, terapistlere eziyet etmek için terapistin haklarını ihlal etmez fakat ümitsiz oldukları için ihlal edebilirler.

Terapi ilişkisi, her ikisi de meşru hak ve ihtiyaçlara sahip olan iki insan arasında var olur. BKB olan hasta, çok küçük bir çocuğun haklarına ve ihtiyaçlarına sahiptir. Hasta bir ebeveyne ihtiyaç duyar. Terapist, hastaya sadece "sınırlı ebeveynlik" sağlayabildiğinden hastanın istekleri ve terapistin verebildikleri arasında bir boşluk olması kaçınılmazdır. Bunun için hiç kimse suçlanamaz. Bu, borderline hastanın çok fazla istediği ve şema terapistinin çok az verdiği demek değildir. Basitçe terapi ideal ebeveynlik biçimi değildir. Böylelikle terapist hasta ilişkisinde anlaşmazlığın çıkacağı kesindir. Uyuşmazlık, BKB olan hastanın daima terapistin giderebildiklerinden çok daha büyük ihtiyaçları olacağı gerçeğinde yatar. Hasta tahmin edildiği gibi terapistle engellenmiş olacaktır. Bu nedenle BKB olan hastaların, profesyonel sınırları soğuk, ilgisiz, adaletsiz, bencil ya da oldukça dayanılmaz olarak görmeleri mümkündür.

Terapinin bazı aşamalarında BKB olan pek çok hasta, terapistle birlikte yaşayacakları hayalini kurarlar -belki de terapist, onları evlat edinecek, onlarla evlenecek ya da onlara yerleşecektir. Bu öncelikle cinsel bir fantezi değildir. Daha çok hastanın istediği, daima uygun olan bir ebeveyndir. BKB olan hastalar, neredeyse karşılaştıkları her kişide -ve her terapisttebir ebeveyn ararlar. Terapistlerinin geçici ebeveyn olmalarını isterler. Terapist bu ebeveynden başka şeyler de olmaya çalıştıkça hastalar mod değiştirirler ve öfkeli, geri çekilmeci ya da mesafeli olurlar. Terapistlerin bir dereceye kadar bu ebeveynsel rolü kabul etmeleri gerektiğine inanırız. Bu bizim terapist olarak mücadelemizdir: Özel yaşamlarımızın kutsallığını sürdürürken ve tükeniş kurbanı olmadan bir süre için hastanın geçici ebeveyn olma biçimini bularak hastanın hakları ve ihtiyaçlarını kendimizle dengelemek.

BKB olan Hastalar için Sınırlı Yeniden Ebeveynlik

Bazı hususlarda hastaların tedavi gelişimi, çocuk gelişimi ile paralellik gösterir. Psikolojik olarak hasta terapide büyür. Hasta, bir bebek ya da çok küçük bir çocuk olarak başlar ve -terapistin yeniden ebeveynliğinin etkisi altında- adım adım sağlıklı erişkinliğe doğru olgunlaşır. Bu, derin bir düzeyde BKB olan hastanın etkili tedavisinin kısaltılamamasının nedenidir. Bu bozukluğu tümüyle tedavi etmek için muhtemelen uzun süreli tedavi gerektirir (en az 2 yıl ve çoğu kez daha fazla). BKB olan pek çok hasta, süresiz olarak tedavide kalır. Dramatik olarak gelişse bile koşullar müsaade ettiği sürece terapiye katılmaya devam eder. Pek çok hasta ancak bir partnerle istikrarlı ve sağlıklı bir ilişki kurduğunda terapiyi bitirebilirler. Hasta terapiyi bıraktığında bile terapistin ebeveyn figürü rolünü sürdürmesi olasıdır. Bir gün hastanın terapistle tekrar bağlantı kurması büyük bir olasılıktır.

Terapist, çoğunlukla BKB olan hastaları tedavi ederken hedefine ulaşamaz. Daha önce bahsettiğimiz gibi, terapist ne kadar fazla verirse versin bu hastanın ihtiyacına yeterli gelmez. Eğer hasta talepkar ya da saldırgan olursa terapistin karşılık verme ya da geri çekilme ve bu nedenle terapiyi engelleme potansiyeliyle kısırdöngüye katkıda bulunma riski vardır. Bahsedildiği gibi terapistler bu şekilde hedefine ulaşamadığında yetişkin halini inceleyerek hastanın çekirdeğindeki Terk Edilen Çocuğa dışarıdan empatiyi yeniden kazanmaya çabalamasını öneririz.

Etkili olması için terapist ve hasta arasındaki ilişki, karşılıklı sorumluluk ve içtenlik tarafından karakterize edilmelidir. Terapist, terapinin işe yaraması için hastaya gerçekten ilgi göstermelidir. Eğer terapist hastaya gerçekten ilgi göstermiyorsa hasta bunu fark edecek ve eyleme vuracak ya da bırakacaktır. Terapist, terapist rolünü oynayan bir aktör değil gerçek olmalıdır. BKB olan hastalar çoğunlukla sezgiseldirler ve terapist tarafındaki herhangi bir sahteliği derhal tespit ederler.

Genel Tedavi Amaçları

Modlar

Modlar açısından bahsettiğimizde genel tedavi amacı, hastanın *terapistten sonra oluşturulan Sağlıklı Erişkin mod* ile birleşmesine yardım etmektir. Amaçları:

1. Terk Edilen Çocuğu korumak ve empati kurmak.
2. Terk Edilen Çocuğun sevgi vermesi ve almasına yardım etmek.
3. Cezalandırıcı Ebeveyne karşı savaşmak ve onu silmek.
4. Duygularını ve ihtiyaçlarını uygun bir şekilde ifade etmesi için bu moddaki hastalara, Öfkeli ve Dürtüsel Çocuğun davranışına sınır koymak.
5. Endişeleri gidermek ve adım adım Sağlıklı Erişkin ile Kopuk Korunganın yerlerini değiştirmek.

İzleyici Modlar. Bu, tedavinin kalbidir. Terapist, hastanın seanstaki an be an modlarını seçici bir şekilde her birine uygun stratejiler kullanarak izler. Örneğin, hasta Cezalandırıcı Ebeveyn modundaysa terapist, Cezalandırıcı Ebeveyn idaresi için özel olarak tasarlanmış stratejiler kullanır. Eğer hasta Kopuk Korungan modundaysa terapist Kopuk Korungan için özel olarak tasarlanmış stratejiler kullanır. (Aşağıda her moda uygun stratejiler ele almaktayız.) Terapist modları fark etmeyi ve her birine uygun şekilde yanıt vermeyi öğrenir. Hastanın modlarını izleme ve modüle etmede terapist, "iyi ebeveyn" olarak vazife görür. Hasta kendi Sağlıklı Erişkin modu olarak terapistin yeniden ebeveynliğini içselleştirir ve özümser.

Tedaviye Genel Bakış

BKB olan hasta için şema terapinin genel bir bakışını okuyucuya verme amacıyla zamanla tedavinin tüm sürecini kısaca tanımlayacağız. Bu bölümde hastaya uyguladığımız sıra içersinde kabaca tedavinin unsurlarını göstermekteyiz. Sonraki bölümde tedavi ile ilgili adımların daha detaylı açıklamalarını göstereceğiz.

Erken dönem çocuk gelişimini yansıtırsak tedavi üç temel düzeye sahiptir: (1) Bağlanma ve Duygusal Düzenleme düzeyi; (2) Şema Mod Değişim Düzeyi ve (3) Özerklik düzeyi.

Düzey 1: Bağlanma ve Duygusal Düzenleme

Terapist hasta ile bağ kurar, Kopuk Korunganı devre dışı bırakır ve İstikrarlı, Besleyici temel oluşur. İlk adım terapistin ve hastanın güvenli bir duygusal bağlanma biçimlendirmesidir. Terapist, güvenlik ve duygusal koruma sağlayarak hastanın Terk Edilen Çocuk moduna yeniden ebeveynlik yapmaya başlar.[5] Terapist, hastaya mevcut durumu ve problemleriyle ilgili soru sorarak başlar. Mümkün olduğu kadar terapist, hastayı Terk Edilen Çocuk modunda kalması için teşvik eder. Bunun nedeni, hastayı Terk Edilen Çocuk modunda tutmanın, terapistin hasta ve onunla bağı için sempati ve içtenlik duyguları geliştirmesine yardım etmesidir. Sonra diğer modlar görünmeye başladığında ve hasta öfkeli ve cezalandırıcı olduğunda terapist, dikkatli olacak ve buna dayanma sabrı gösterecektir. Hastayı Terk Edilen Çocuk modunda tutmak ayrıca hastanın terapistle bağ kurmasına yardım eder. Bu bağ, hastayı terapiyi zamanından önce bırakmasından uzak tutar ve terapiste hastanın diğer daha problemli modlarını rahatlatması için bir koz verir.

Terk Edilen Çocukla bağ kurmak için terapist, öncelikle Kopuk Korungan'ı devre dışı bırakmalıdır. Bu zor bir süreç olabilir çünkü genellikle Kopuk Korungan hiç kimseye güvenmez. Hollanda'da BKB olan hastalar dışında psikanalitik terapi ile şema terapiyi birleştiren bir pilot tedavi çalışmasında pek çok şema terapistinin tedavinin ilk yılını genelde Kopuk Korungan modunun üstesinden gelmeye ayrıdığını böylece Terk Edilen Çocuğa yeniden ebeveynlik yapabildiklerini gördüklerini gözlemledik.

Terapist, Seanslarda İhtiyaçları ve Duyguları İfade Etmeye Teşvik Eder. Sessiz, yansıtıcı terapötik tutum, genellikle BKB olan hastalar için uygun değildir. Bu hastalar, sessizliği ço-

günlukla desteğin kesilmesi ya da ilgi eksikliği olarak yorumlar. Terapötik ittifak, terapist tarafından daha aktif katılımla daha iyi hizmet eder. Terapist, hastanın ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etmesini teşvik eden açık uçlu sorular sorar. Örneğin; terapist, "Bununla ilgili başka düşüncen var mı? Bununla ilgili konuşurken ne hissediyorsun? Ortaya çıktığında ne yapmak istedin?" diye sorabilir. Terapist, hastanın duygularına sürekli olarak bir anlama ve onaylama sağlar. Hasta terapistle bağ kurmaya başlarken terapist, onun öfkesini ifade etmesini cesaretlendirecek özel çabalarda bulunur. Terapist, hastanın öfkesini ifade ettiği için (makul sınırlar içerisinde) onu eleştirmemeye dikkat eder. Amaç, terapistin hastanın çocukken bildiklerine kısmi bir antidot olan -güvenli, ilgili, affedici ve kendini ifade etmeyi cesaretlendirici- bir ortam yaratmasıdır.

Kate'in önceki görüşmede yaptığı gibi hasta terapistin sadece ondan "tatlı" ve nazik olmasını istediğini düşünerek kendiliğinden ihtiyaç ve duygularını tutacaktır. Bununla birlikte bu, terapistin istediği değildir. Terapist, hastadan kendisi olmasını, ihtiyacı olanı istemesini ve hissettiğini söylemesini ister -ve terapist, hastayı bu gerçeğe inandırmaya çalışır. Bu, hastanın muhtemelen ebeveynden asla almadığı bir mesajdır. Bu şekilde şema terapisti, hastanın kapıldığı boyun eğicilik ve kopukluk döngüsünü kırmaya çalışır.

Terapist, hastayı duygularını ve ihtiyaçlarını ifade etmeye cesaretlendirdiğinde bu duygular ve ihtiyaçlar genellikle Terk Edilen Çocuktan ortaya çıkar. Hastayı Terk Edilen Çocuk modunda tutmak ve hastaya ilgi göstermek, hastanın yaşamını dengeler. Hasta modan moda daha az geçer ve modlar daha az aşırı olurlar. Eğer hasta Terk Edilen Çocuk modunda duygularını ve ihtiyaçlarını ifade edebilirse o zaman onları ifade etmek için Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk moduna geçmek zorunda kalmayacaktır. Ve duygularını engellemek için Cezalandırıcı Ebeveyn moduna geçmek zorunda da kalmayacaklardır. Çünkü onu kabul etme sürecinde terapist, kendini ifadeye izin veren bir ebeveyn figürü ile Cezalandırıcı ebeveynin yerlerini değiştirir. Böylelikle terapist, hastayı ihtiyaç ve duygularını ifade etmeye cesaretlendirirken ve ona yeniden ebeveynlik yaparken hastanın işlevsiz modları gittikçe azalır.

Terapist Hastaya Ruh Hallerini Yönetmek ve Terk Edilme Endişelerini Yatıştırmak için Baş Etme Teknikleri Öğretir. Terapist hastaya terapide mümkün olduğu kadar erken duygulanımı kapsayacak ve düzenleyecek baş etme tekniklerini öğretir. Hastanın semptomlarının şiddeti arttıkça (özellikle intihar ve parasusayd davranışları) terapist bu teknikleri o kadar daha erken uygular. Diyalektik davranış terapisinin (DDT) parçası olarak Linehan[6] tarafından açıklanan pek çok beceri -zihni özendirme meditasyonu ve endişe toleransı gibi- bu yıkıcı davranışları azaltmaya yardım edebilir.

Bununla birlikte, BKB olan hastaların çoğunun, hem terapiste hem de yeniden ebeveynlik bağının istikrarına güvenene dek, bilişsel davranışçı teknikleri kabul etmediklerini ve onlardan faydalanmadıklarını gördük. Eğer terapist bu tekniklere çok erken girerse onlar çok etkili olmama eğilimi gösterirler. Tedavinin erken döneminde hastanın birincil odağı terapist-hasta bağı üzerindedir -bağın orada olduğundan emin olma- ve hasta pek çok bilişsel davranışçı tekniklere odaklanma dikkatinden yoksundur. Bazı BKB olan hastalar tedavinin başlangıcında bu teknikleri kullanabilmesine rağmen soğuk ya da mekanik gördüklerinden dolayı onları daha çok reddederler. Terapist tekniklerden bahseder bahsetmez bu hastalar, duygusal olarak terk Edilen hissederler ve "beni gerçekten umursamıyorsun. Senin için gerçek bir kişi değilim" gibi şeyler söylerler. Hastalar, terapi ilişkisinin güvenlik ve istikrarına artarak güven duyarlarken kendileri terapötik amaçların peşindeki terapistle daha fazla ittifak yapabilirler.

Bilişsel tekniklere çok erken girmenin başka bir tehlikesi daha vardır: Hasta, Kopuk Korungan modunu güçlendirmek için teknikleri kötüye kullanabilir. Pek çok bilişsel teknik,

duygudan kopma için iyi stratejiler olabilir. Hastaya teknikleri öğretmede terapist, Kopuk Korungan modunu güçlendirme riskini alır. Çünkü terapinin en önemli amacı, seanslarda tüm modları ortaya çıkarmak ve tedavi etmektir. Eğer terapist, hastaya diğer modları -Terk Edilen Çocuk, Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk ve Cezalandırıcı Ebeveyn- bastıran teknikler öğretirse o zaman terapist, sonunda bu amaca zarar verir.

Hastanın bilişsel tekniklere ikna edilebilir göründüğüne karar verdiğimizde genellikle hastanın ruh halinin öz denetimini ve öz yatıştırıcılığını arttırmak için tasarlanmış tekniklere başlarız. Bunlar, güvenli yer hayali, kendi kendini hipnoz etme, rahatlama, otomatik düşüncelerin kendini izlemesi, flaş kartlar ve geçici nesneler içerebilir -hastaya en ilgi çekici gelen neyse. Terapist ayrıca şemalarla ilgili hastayı eğitir ve Bölüm 3'te tanımladığımız bilişsel teknikleri kullanarak hastanın şemalarıyla mücadele etmeye başlar. Hasta, bu eğitimin parçası olarak *Hayatını Yeniden Keşfet*[7] kitabını okur. Bu baş etme teknikleri aracılığıyla terapist, hastanın özsaygısını kurmaya ve şema yönelimli aşırı tepkileri azaltmaya çabalar.

Terapist ve Hasta, Terapistin Kişisel Haklarına ve Semptomatolojinin Şiddetine Dayalı Terapistin Ulaşılabilirliğini Göz Önünde Bulundurarak Sınırları Görüşürler. Sınır koyma, tedavinin başlangıç sürecinin önemli bir parçasıdır. Sınır koyma, öncelikle güvenliğe dayalıdır. Terapist, hastanın ve hastanın çevresindekilerin güvenliğini temin etmek için ne gerekiyorsa yapmalıdır. Terapist güvenliği kurduktan sonra sınırlar, terapistin kişisel hakları ve hastanın ihtiyaçları arasında bir dengeye dayanır. Temel prensip, terapistlerin pişmanlık duyacakları ve kızacakları şeylere karar vermemeleri gerektiğidir.

Örneğin, hasta her akşam terapiste teleseksekreter üzerinden kısa bir mesaj bırakmak isterse ve terapist bunun hastanın zamanla içerlemesine yol açmayacağını hissederse o zaman terapist kabul edebilir. Eğer terapist bu günlük mesajların hastanın içerlemesine neden olacağına inanırsa o zaman tereapisin bunu kabul etmemesi gerekir. Çünkü içerlemenin kaynağı, kişisel sorunlar olduğundan, belirli sınırlar terapistten terapiste farklılık gösterecektir.

Terapist Krizlerle İlgilenir ve Kendi Kendine Zarar Verici Davranışları Göz Önünde Bulundurarak Sınır Koyar. Krizler genellikle intihar eğilimi, kendini yaralama ve madde bağımlılığı gibi kendine zarar verici davranışlar içerir. Terapist, yeniden ebeveynlik yapar, eğitir, sınır koyar, birleştirici kaynakları kullanır. Terapist, aynı zamanda kriz ortaya çıktığında hastanın önceden ele alınan duygusal düzenleme becerilerini uygulamasına yardım eder.

Terapist, krizdeki borderline hasta için birincil kaynaktır. Pek çok kriz hastanın değersizlik, kötü, sevgisiz, Suistimal Edilen, Terk Edilen hissetmesi nedeniyledir. Terapistin bu duyguları kabul etme ve merhametle tepki verme kapasitesi, hastanın krizleri çözmesini sağlayan şeydir. Sonunda bu, hastanın Cezalandırıcı Ebeveynin aksine kendine zarar verici davranışı durduran, terapistin gerçekten onunla ilgilendiği ve saygı duyduğuna ikna olmasıdır. Hasta, terapistin gerçekten onunla ilgilenip ilgilenmediği ile ilgili aklı karışmadıkça stresli günlük olaylara karşılık kendine zarar verici davranışları dışa vurmayı sürdürecektir.

Terapist, 12 adım grupları, enseste maruz kalanlar için gruplar ve intihar yardım hattı numaraları gibi hastayı yönlendirmeye yardım edecek toplumdaki birleştirici kaynakları kullanır.

Terapist, Hastanın Çocukluğu ile İlgili Deneysel Çalışmayı Başlatır. Terapi ilerlerken ve hasta denge kazanırken terapist, hastanın erken dönem çocukluk deneyimlerinin travmatik olmayan unsurlarına dayalı hayal kurma çalışmasına başlar. (Sonra terapist, bir travmatik anı üzerine odaklanır ve onu açar.) Birincil deneysel teknik, hayal kurma ve diyalogdur. Terapist, hastanın her modun hayalini üretme, onları isimlen-

dirme ve diyalog yürütmesine yol gösterir. Her mod hastanın hayalinde bir karakterdir ve karakterler birbiriyle yüksek sesle konuşur. Terapist, Sağlıklı Erişkin modeli olarak diğer modların ihtiyaçlarını ve duygularını etkili bir şekilde iletmesine ve bir başkasıyla müzakere etmesine yardım eder.

Düzey 2: Şema Mod Değişimi

Terapist, hastaya yeniden ebeveynlik yaparak Sağlıklı Erişkin modunu modeller. Sağlıklı Erişkin, Terk Edilen Çocuğu korumak ve sakinleştirmek, Öfkeli Çocuğa sınır koymak, Kopuk Korunganı yer değiştirmek ve Cezalandırıcı Ebeveyni silmek için hareket eder. Hasta gittikçe bu Sağlıklı Erişkin modunu içselleştirir. Bu, şema terapinin özüdür. Daha önce bahsettiğimiz pilot çalışmada bağ kurma sürecinden sonra şema terapistleri, tedavinin ikinci yılının çoğunu değişime direnen Cezalandırıcı ebeveyn modu ile savaşmaya ayırırlar. Cezalandırıcı ebeveyn modu büyük ölçüde zayıflatıldığında genellikle değişim hızlı bir şekilde ilerler.

Düzey 3: Özerklik

Terapist Uygun Partner Seçimleri ile ilgili Hastaya Tavsiyelerde Bulunur ve Seanstaki Değişimleri Terapi Dışındaki İlişkilere Genelleştirmesine Yardım Eder. Üçüncü düzeye geçtiklerinde terapist ve hasta, hastanın terapi dışındaki yakın ilişkilerine yoğun bir şekilde odaklanırlar. Hasta yıkıcı bir ilişkinin ortasında tedaviye başladığında terapist, başlangıçta ilişkiyi bırakma ya da değişim biçimleriyle ilgili tavsiyelerde bulunur. Bununla birlikte yeniden ebeveynlik bağı güvenli olana dek hastanın tavsiyeyi genellikle izlemediğini tekrar tekrar gözlemledik. Hasta tipik bir şekilde yıkıcı ilişkisini bırakamaz ve terk edilme duygusuna dayanamaz.

Hasta terapistle bağ kurar ve terapist istikrarlı bir temel olur olmaz -ve mod çalışması daha büyük kendilik saygısı duygusu ve duygu durum düzenlemesi meydana getirirken- hasta yıkıcı ilişkiyi bırakabilir ve sağlıklı ilişkiler biçimlendirmeye başlar. Terapist, hastanın daha iyi partner seçimi yapmasına ve ilişkilerde daha yapıcı davranmasına yardım eder. Hasta duygulanımı etkili, düzenlenmiş bir şekilde ifade etmeyi ve ihtiyaçlarını uygun bir şekilde istemeyi öğrenir.

Terapist Hastanın Kendi Doğal Eğilimlerini Keşfetmesine ve Onları Günlük Olaylarda ve Önemli Yaşam Kararlarında İzlemesine Yardım Eder. Hasta istikrar kazandıkça ve Kopuk Korungan, Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk ve Cezalandırıcı Ebeveyn modlarında daha az zaman harcadıkça kendini gerçekleştirmeye daha fazla odaklanabilir. Terapist, hastanın yaşam hedeflerini yaşamdaki tatmin kaynaklarını tespit etmesine yardım eder. Hasta kariyer seçimi, görünüm, alt kültür ve boş zaman aktiviteleri gibi alanlarda doğal eğilimlerini keşfetmeyi ve izlemeyi öğrenir.

Terapist, Seansların Sıklığını Azaltarak Hastayı Terapiden Adım Adım Vazgeçirir. Bir durumdan durama temelinde, terapist ve hasta sonlandırma konularına yönelirler. Terapist, hastanın sonlandırmanın dengesini ayarlayıp sonlandırmaya başlamasına izin verir. Terapist, idare edebileceği kadar bağımsızlığa izin verir ama ihtiyaçları yeniden oluşurken terapist güvenli bir temel olarak oradadır.

Tedavinin Detaylı Bir Tanımlaması

Şimdi her mod ile birlikte çalışması için stratejiler vurgulayarak BKB olan hastayı tedavimizin daha detaylı bir tanımını sunuyoruz.

Başlangıç: Yeniden Ebeveynlik Bağını Kolaylaştırmak

Önceden bahsettiğimiz gibi, terapistin ilk ve öncelikli amacı, yeniden ebeveynlik bağını kolaylaştırmaktır. Terapist ve hasta, hastanın mevcut endişe ve problemlerini ele alır ve terapist, güvenlik, istikrar, empati ve onaylama sağlamaya çalışır. Terapist, hastanın önceki terapide yaşadıklarını ve onun terapistte arzuladığı nitelikleri tanımlamasını ister. Terapist,

hastayı dikkatle dinler, açık ve kabul edici bir atmosfer yaratmaya çalışır.

Terapistler birçok biçimde yeniden ebeveynlik bağını güçlendirebilir. Biri, ses tonu aracılığıyladır. Soğuk ve kliniksel konuşmak yerine terapist, sıcak ve sempatik bir tavırla konuşur. Terapistler, kendilerini duygusal olarak gerçekten vererek bağı güçlendirebilirler. Kopuk profesyonel rolü oynamak yerine terapist, kendiliğinden tepki veren, duygusal tepkileri paylaşan ve kendini ifşa eden (hastaya yardımcı olduğu zamanlarda) gerçek bir kişidir. Terapist, hastanın söylemesi gereken her şeyi duymak istediğini, ne hissettiğini anladığını ve onu desteklediğini ortaya koyan doğrudan açıklamalar yaparak bağı güçlendirebilir. Aslında bu, hastayla ilgilenerek terapistin yeniden ebeveynlik bağını kolaylaştırmasıdır.

Terapist, hastayı kendisine dair ihtiyaç ve duyguları ile ilgili özgürce konuşması için cesaretlendirir. Terapist, açıktır, dürüsttür, içtendir, hastayı da aynı şekilde olması için cesaretlendirir.

Terapist Terapi Amaçlarını Belirler

Terapist, "terapide sana güvenli bir yer vermek istiyorum, senin için orada olmak istiyorum böylelikle yalnız kalmazsın, kendi ihtiyaç ve duygularının daha çok farkında olmana yardım etmek istiyorum, daha güçlü bir kimlik duygusu kurmana yardım etmek istiyorum, daha az cezalandırıcı olmana yardım etmek istiyorum, daha yapıcı bir şekilde duygularını idare etmene yardım etmek istiyorum ve terapi dışındaki ilişkilerini geliştirmene yardım etmek istiyorum" gibi açıklamalarda bulunarak kişisel biçimde terapinin amaçlarını söyler.

Terapist, hastanın terapide şimdiye kadar söylediklerini harmanlayarak amaçları bireysel hastaya göre uygun hale getirir. Terapist, terapinin hastanın mevcut problemlerine nasıl yöneleceğini açıklar ve terapi için amaçları ortaya çıkarır. Hasta, karşı terapötik olan bir amaç açıklarsa (yıkıcı bir ilişki içinde kalma gibi) terapist, buna razı olmaz fakat yeniden ebeveynlik bağı daha güçlü olana dek uyumsuzluk üzerine odaklanmayı erteler. Sonunda terapist, hastayla birlikte amacı ele alır, güdümlü keşif sayesinde hastanın amacın neden kendilik yıkıcı olduğunu fark etmesine yardım eder.

Terapist ve Hasta Hastanın Hayat Hikayesini İnceler

Terapist, ailede ve akranlarıyla olan erken dönem çocukluk deneyimlerini vurgulayarak hastanın yaşamı hakkında soru sorar. Enformel biçimde ilerleyerek terapist bir hikaye alır. Terapist, bu bölümde daha önceden tespit ettiğimiz dört yatkınlık yaratan faktörün hastanın erken dönem çocukluk ortamı, özellikle aile ortamı içerisinde görünüp görünmediğini değerlendirir: (1) İstismar ve güvensizlik; (2) terk edilme ve duygusal yoksunluk; (3) ihtiyaçların ve duyguların boyun eğiciliği (4) cezalandırıcılık ya da reddetme. Terapist ve hasta temaları ve tetikleyicileri tespit etmeye başlar.

Terapist ve Hasta Değerlendirme Aygıtlarını Yeniden Gözden Geçirir

Hastalar ev ödevleri için aşağıdaki değerlendirme aygıtlarını adım adım tamamlamayı amaçlar:

1. Multimodal Yaşam Tarihi Envanteri
2. Young Ebeveyn Envanteri
3. Young Şema Ölçeği (Eğer BKB tanısı açık değilse)

Bu değerlendirme aygıtlarını 2. Bölümde daha detaylı bir şekilde ele almıştık.

Tamamlanan envanter fazlasıyla faydalı olmasına rağmen terapistlerin ilk önceliği yeniden ebeveynlik ilişkisi kurmaktır. Eğer BKB olan hastalar, formları doldurmaya direniyorsa terapist konuyu zorlamaz ve eğer hasta kırılgan ise terapistin formlardan bütünüyle vazgeçmesini öneririz. Formların tamamlanması, pek çok hasta için üzücü olabilir çünkü bunu yapmak acılı anıları ve duyguları tetikleyebilir. BKB olan di-

ğer hastalar, ölçeği tamamlamayı çok mekanik görürler. Bu hastaların pek çoğu, sonradan zorlamaya ihtiyaç duymaksızın modları ve duygularıyla daha iyi uğraşabildiklerinde formaları dolduracaktır.

Tüm formların içinde genelde BKB olan hastalara en yardımcı olanın Young Ebeveyn Envanteri olduğunu gördük. Bu ölçekte hasta çeşitli boyutlar üzerinde anne ve babayı değerlendirir. Hasta ev ödevi olarak envanteri doldurur ve bir sonraki seansa bunu getirir. Terapist, şema ve modların çocukluk kökenleri ile ilgili bir görüşme için başlangıç noktası olarak envanteri kullanır. Terapist, envanteri puanlamaz fakat yüksek puanlı başlıklara dikkat çeker ve hastanın onlar hakkında daha fazla konuşmasını ister. Konuları tartışmak, hastaların çocukluklarını incelemeye ve problemlerinin kökenlerini anlamaya başlamasına yardım eder. Bu ayrıca hastaların ebeveynlerini daha objektif ve gerçekçi görmeye başlamalarına yardım eder.

Young Şema Ölçeği, birincil olarak tanı amaçları için faydalıdır. BKB olan pek çok hasta neredeyse her şemaya sahip olduğundan ve ölçekleri doldurmak onlara üzücü gelebileceğinden sadece BKB tanısı açık olmadığında bunu tatbik ederiz. Eğer tanı açıksa ölçek, daha fazla ilave bilgi vermez.

Terapist, hastalarla formları kişisel biçimde ele alır. Terapistin geniş ölçüde formları nasıl sunduğu, hastanın onlara nasıl tepki vereceğini belirler. Eğer terapist, onları mekanik bir biçimde sunarsa hastanın onları kabul etmeyeceği daha olasıdır. Eğer terapist, formları hasta ile duygusal bağlantı kurmanın bir yolu olarak kullanırsa o zaman hastanın onlara olumlu biçimde tepki vermesi daha olasıdır.

Terapist Hastayı Modlar Hakkında Eğitir

Terapist, hastaya şema modlarını açıklar. Terapist, modları kişisel biçimde sunarsa BKB olan pek çok hasta, hızlıca ve iyi bir şekilde onları anlar. Burada Dr. Young'ın Kate'e onları nasıl açıkladığı bulunmaktadır (konsültasyon doğasının zorunlu kıldığı zaman engellerinden dolayı özetlenmiş biçimde):

TERAPİST: Sana sahip olduğun problem tipine bakma biçimimizden bahsedeyim ve sen uyup uymadığını söyle. Bunu senin için yazayım ve sen izlemeye çalış. Fikir şu, sahip olduğun problem tipi olan insanlar, kendilerinin farklı yönlerine sahiptirler ve farklı zamanlarda farklı taraflarını ortaya koyarlar.

Bir parçayı Terk Edilen Çocuk olarak adlandırırız. Terk Edilen Çocuk, kayıp, yalnızlık, ilgilenecek kimsenin olmayışı, tek başına olma hisseden kısımdır. Bu kısım ile ilişki kurabilir misin?

KATE: Evet (*Ağlar*) Durmadan.

TERAPİST: Pek çok zaman duyduğun bu mu?

KATE: Evet.

TERAPİST: Diğer kısım, Cezalandırıcı Ebeveyn olarak adlandırılır. Bu kısım kendine karşı, kendine saldıran, "ben kötüyüm, iyi değilim gibi" kendini cezalandırmayı isteyen kısımdır. Bu kısımla hiç ilişki kurar mısın?

KATE: (*Başını evet biçiminde sallar ve ağlar.*)

TERAPİST: Bu kısım ne zaman ortaya çıkar? Bu kısmı hissettiğinde ne olduğu düşünebiliyor musun? Bu ne hissettirir?

KATE: Sadece fenayım, kötüyüm, kirliyim. Hissettiğim bu.

TERAPİST: Bu kısmı, Cezalandırıcı Ebeveyn, hissettiğinde genelde ne yapıyorsun? Kendini meşgul için etmek bazı şeyler yapıyor musun?

KATE: Evet. Bu, genelde yaptığım şey. Hayatımı oldukça doldurmaya çabalıyorum.

TERAPİST: Üçüncü kısım, Kopuk Korungan olarak adlandırdığımız kısımdır. Kopuk Korungan, diğer şeyleri hissetmeni engellemeye çalışan kısımdır. Yani bunun yaptığı, diğer şeylerle ilgili düşünmek, duyguları uzaklaştırmak, kaçmak, içmek...

KATE: (*Sözünü keserek*) Ya da başka birisi olmak?

TERAPİST: Evet, ya da başka birisi olmak.

TERAPİST: Son kısma Öfkeli Çocuk adını veririz ki bu da kendisine yanlış davranıldığını hisseden kısımdır -insanlar ona sevimli değildir...

Pratikte bir moddan, sanki bir kişiymiş gibi bahsettiğimizi belirtmekte fayda vardır. Bu, terapötik olarak etkilidir çünkü hastanın her modu keşfetmesine ve uzaklaşmasına yardım eder. Bununla birlikte bir modu kavramsal biçimde ayrı bir kişisellik olarak görmüyoruz.

Kate'in dört modla da ilişki kurduğu kolaylıkla fark edilmekte. Bununla birlikte BKB olan bazı hastalar, mod düşüncesini reddederler. Bu meydana geldiğinde terapist ısrar etmez. Bunun yerine isimleri atar ve "senin üzgün kısmın"; "senin öfkeli kısmın"; "senin öz eleştirel kısmın"; "senin duygusuz kısmın" gibi başka ifadeler kullanır. Terapistin, bir şekilde benliğin bu farklı kısımlarını isimlendirmesi önemlidir fakat isimlerimizle olmak zorunda değildir.

Terapist hastanın modlarla ilgili (ve belirli hastalarla ilgili) *Hayatını Yeniden Keşfet* kitabındaki bölümleri okumasını ister. Kitap, modlardan doğrudan bahsetmemesine rağmen şema deneyimini -suistimal edilmiş, terk edilmiş, yoksun bırakılmış, boyun eğdirilmiş olmanın nasıl hissettirdiği- ve üç baş etme biçimi, teslim olma, kaçınma, karşı saldırıyı açıklar. Terapist, hastanın ilgili bölümleri okumasını ister. Terapistin, bir seferde bir bölümü vermesi ve bölümleri dengelemesi önemlidir. Çünkü BKB olan hastalar, "*Hayatını Yeniden Keşfet*" kitabını okuduklarında her yerde kendilerini görme eğilimindedirler ve kendilerini kaybederler.

Tekrarlarsak, terapistin tedaviye genel yaklaşımı, hastanın anbean modlarını izlemek ve mevcut mod için uygun stratejileri kullanmaktır. Terapist, iyi bir ebeveyn olarak hareket eder. Amaç, terapistte modellenen Sağlıklı Erişkini inşa etmek, Terk Edilen Çocukla ilgilenmek, Kopuk Korunganın endişelerini gidermek ve yerini değiştirmek, Cezalandırıcı

Ebeveyni devirmek ve silmek, Öfkeli Çocuğa ihtiyaçları ve duyguları ifade etmenin uygun yollarını öğretmektir.

Terk Edilen Çocuk Modu: Tedavi

Terk Edilen Çocuk modu, hastanın içindeki yaralanmış çocuktur. Suistimal edilen, terk edilen, duygusal olarak yoksun, boyun eğdirilmiş ve sertçe cezalandırılmış -varsayılan, prototipik köken ailesi- hastanın çocuk kısmıdır. Terapi ilişkisi sınırları içerisinde terapist, bir karşıtlık sağlamaya kalkışır: Sağlam, güvenilir, ilgili, içten kendini ifadeyi cesaretlendirici ve affedici bir ilişki.

Terapist-Hasta İlişkisi. Terapötik ilişki, Terk Edilen Çocuk modu tedavisinin merkezindedir. Sınırlı ebeveynlik aracılığıyla terapist, hastanın toksik çocukluğuna kısmi bir antidot sağlamaya çalışır. Terapist, hastanın küçük bir çocuktan sağlıklı erişkine geliştirebildiği "koruyucu ortam"[8] yaratmaya çalışır. Terapist, hastanın üzerinde yavaş yavaş kimlik duygusu ve öz kabul oluşturacağı istikrarlı bir temel haline gelir. Hastanın terk edilen çocuk kısmıyla empati kurarak terapist, hastayı Terk Edilen çocuk moduna götürmeye ve onu orada tutmaya sonra da hastayı bir ebeveynin yetiştirdiği bir çocuk olarak yetiştirmeye çalışır.

Terapist hastaya terapötik ilişkinin uygun sınırları içerisinde yeniden ebeveynlik yapar. Bu, sınırlı ebeveynlik olarak bahsettiğimiz konudur. Terapistin fazla ileri gitme ve hastaya yapışıklık gösterme ya da gerçek bir ebeveyn gibi olmaya çalışma tehlikesi vardır. Terapist, terapötik ilişkinin uygun sınırları içerisinde kalır. Örneğin; terapist, ofis dışında hasta ile buluşmaz, bir sırdaş ya da bakıcı olarak hastayı kullanmaz, hastaya dokunmaz, hastayla ikili bir ilişki içerisine girmez ya da aşırı bir bağımlılık geliştirmez. Bununla birlikte diğer terapötik modalitelerden gelen terapistlere nazaran biz yeniden ebeveynlikte ilerleriz.

Bu sınırlamalar içerisinde terapist, hastanın pek çok giderilmemiş güvenlik, ilgi, özerklik, kendini ifade ve uygun sınırlar içerisindeki ihtiyaçlarını gidermeye çalışır. Hasta Terk Edilen Çocuk modundayken çok incinebilirdir. Terapist hastaya şunu der: "Senin için buradayım", "seninle ilgileniyorum", "seni terk etmeyeceğim", "seni suiatimal etmeyeceğim ya da sömürmeyeceğim", "seni reddetmeyeceğim". Bu mesajlar, güvenilir ve eğitici bir temel olarak terapistin rolünü doğrular.

Terapist, hastanın güvenini inşa etmeye yardım etmek için doğrudan övgü kullanır. Hastalar Terk Edilen çocuk modundayken terapist, mümkün olduğu kadar doğrudan, içten güven vermeye çalışır. BKB olan hastalar, genellikle kendi niteliklerini fark etmezler. Terapistin onların niteliklerinin ne olduğunu söylemesine ihtiyaç duyarlar -örneğin cömert, sevecen, akıllı, duygusal, yaratıcı, empatik, heyecanlı ya da sadık olduklarını. Eğer terapist, hastanın kendi niteliklerini kendi kendine belirlemesini beklerse bu muhtemelen asla meydana gelmeyecektir. Terapistler, hastalara kendileri ile ilgili takdir ettikleri bir şeyi söylediklerinde hastalar takdire değer olduklarını neredeyse her zaman inkar ederler. Hasta Terk Edilen Çocuk modundan Cezalandırıcı Ebeveyn moduna geçer ve Cezalandırıcı Ebeveyn, övgüyü reddeder. Bununla birlikte Cezalandırıcı Ebeveyn övgüyü reddetmiş olsa bile Terk Edilen Çocuk bunu yine de duyar. Aylar sonra hasta bunu zayıflatsa bile terapistin söylediğini büyütebilir.

Karşılıklılık ve kendini ifşa etme kullanımı aracılığıyla terapist, hastanın nasıl başkalarının haklarına saygı göstereceğine, duygularını uygun bir şekilde nasıl ifade edeceğine, nasıl duygulanım alıp vereceğine, ihtiyaçlarını nasıl öne süreceğine ve nasıl güvenilir olacağına model olması için terapi ilişkisini kullanır. Terapistin hastalarla kişisel reaksiyonlarını paylaşmaya istekli olması önemlidir. Terapistin kişisel yaşamlarının özel detaylarını paylaşması gerektiğini ima etmiyoruz. Kendini ifşanın herhangi bir tipi faydalıdır -çok derine inmek zorunda değillerdir. Sokakta bir yabancıyla etkileşim ya da bir dükkanda satıcıyla bir deneyim yaşamak gibi sıradan bir durum ile ilgili olması gerekir. Terapist, hastalara incinebilir yönlerini bildirirler. Böyle yaparak nasıl incinebilir olmaları gerektiği, duygularını nasıl kabul edecekleri ve başka insanlarla duygularını nasıl paylaşacaklarını modellerler.

Deneysel Çalışma. Hayal kurmada terapist, Terk Edilen Çocuğu büyütür, empati kurar ve korur. Adım adım hastalar, sonradan hayalde terapistin yer değiştirdiği kendi Sağlıklı Erişkin modu olarak bu terapist davranışlarını içselleştirirler.

Hayalde terapist, hastanın çocukluktan gelen üzücü olaylar üzerine çalışmasına yardım eder. Terapist hayale girer ve çocuğa yeniden ebeveynlik yapar. Terapi ilerledikçe terapötik bağ güvenli ve hasta telafi edemez olmayacak kadar güçlü olduğunda terapist, travmatik istismar ya da ihmal hayalleriyle hastaya yol gösterir. Bir kez daha terapist, çocuğa ilgi göstermek için hayale girer. İyi bir ebeveynin yapması gereken ne varsa yapar: Çocuğu sahneden çıkarır, suçu işleyen ile yüzleşir, suçu işleyen ve çocuk arasında durur ya da durumu idare etmesi için çocuğu güçlendirir. Adım adım hasta Sağlıklı Erişkin rolünü alır, bir erişkin olarak hayale girer ve çocuğa yeniden ebeveynlik yapar.

Deneysel çalışma, ayrıca hastanın mevcut yaşamındaki üzücü durumları yönetmesine yardım edebilir. Hasta, belirli bir durumla ilgili korkuları üzerine çalışabilir. Gözlerini kapatıp durumun hayalini kurabilir ya da durumu terapistle rol yaparak eyleme dökebilir. Bazen terapist Sağlıklı Erişkini oynarken hasta, aktif olan hangi mod ise onu oynar. Diğer durumlarda hasta sırasıyla her bir modda sahip olduğu çelişkili arzuları ve duyguları ifade eder, sonra mod diyalogları aracılığıyla duruma sağlıklı bir tepki belirler.

Bilişsel Çalışma. Terapist hastayı normal insan ihtiyaçlarıyla ilgili eğitir. Terapist çocukların gelişimsel ihtiyaçları ile ilgili hastayı eğiterek başlar. BKB olan pek çok hasta normal ihti-

yaçlarının ne olduğunu asla öğrenmemiştir. Çünkü ebeveynleri, normal ihtiyaçların "kötü" olduğunu öğretir. Bu hastalar, çocuğun, güvenliğe, sevgiye, özerkliğe, övgüye, onaya ihtiyaç duymanın normal olduğunu bilmezler. *Hayatını Yeniden Keşfet*'in ilk bölümleri, tedavinin bu düzeyinde faydalıdır. Çünkü o bölümler çocuğun normal gelişimsel ihtiyaçlarını geçerli kılar.

Bilişsel teknikler, üzücü durumlarda terapiste bağlı hisseden BKB olan hastalara yardım edebilir. Örneğin, panik atak yaşayan BKB olan bir hasta, terapistine fobik durumlarda flaş kart okumanın faydalı olduğunu çünkü kartların terapistle bağlantılı hissettirdiğini söyler. Hatta daha kişisel olması için hasta üzücü durumdayken hem akılda hem de kağıt ve kalemle terapist ile konuşabilir.

Davranışsal Çalışma. Terapist hastaya girişkenlik tekniklerini öğretir. Hasta bu teknikleri hem seans sırasında, hayal kurma ve rol yapma çalışmalarında hem de seans aralarında, ev ödevlerinde uygular. Amaç, hastanın duygularını verimli bir biçimde yönetmeyi öğrenmesidir ve diğer kişiyi ezmeden incinebilir olabildiği, uygun ve önem verdiği kişilerle yakın ilişkiler geliştirmesidir.

İlerde Öfkeli Çocuğa ve Terk Edilen Çocuğa yardım etme üzerine olan bölümde BKB olan hastalar için bilişsel davranışsal baş etme becerilerini ele alacağız.

Terk Edilen Çocuk Moduyla Çalışmadaki Tehlikeler. İlk tehlike hastanın yenik düşebilmesidir. Terk Edilen Çocuk modunda seansı bırakabilir ve bunalımlı ya da üzgün hale gelebilir. BKB olan hastalar geniş işlevsellik spektrumunu kapsar ve bu da bir hasta idare edebilirken bir diğerinin yapamayacağı bir şeydir. Terapist için en iyisi hastayı yakından gözlemlemesi ve neyi başarabileceğini anlamaya başlamasıdır. Terapist, açmanın BKB olan pek çok hasta için zor olabileceği için kendilerini açtıklarında hastaları ezmemeye dikkat ederler. Terapist, basit stratejilerle başlar ve gittikçe duygusal olarak daha yüklü stratejilere hareket eder.

İkinci tehlike, terapistin hastanın Terk Edilen Çocuk Modunu kapatmasına neden olacak bir biçimde dikkatsizce hareket edebileciğidir. Örneğin terapist, hasta bu moddayken bir problemi çözmeye çalışarak hastaya tepki veriyorsa hasta Kopuk Korungan moduna geçebilir. Hasta, terapistin subjektif ve duygusal yerine objektif ve rasyonel olmasını istemesini anlamak için terapistin davranışını yorumlar. Benzer şekilde terapist, hastaya daha çok bir erişkin gibi davranıyorsa ve hastanın çocuksu yönüne aldırmıyorsa, çocuk istenmediğini hissettiğinden hasta Kopuk Korungana geçebilir. Tüm yaşamları, BKB olan pek çok hasta, İncinebilir Çocuk modunun bireylerarası etkileşimde hoş karşılanmadığı mesajını vermektedir.

Üçüncü bir tehlike, hasta Terk Edilen Çocuk modundayken hastanın "çocuksu" davranışlarına ve zayıf problem çözmesine terapistin sinirlenmesidir. Terapist tarafından gösterilen herhangi bir öfke ya da kızgınlık, doğrudan doğruya Terk Edilen Çocuğu kapatacaktır. Hasta, terapisti öfkelendirerek kendini cezalandırmak için Cezalandırıcı Ebeveyn moduna geçecektir. Terapist, empatiyi sürdürmek için hastaya küçük bir çocuğun hayalini yerleştirme tekniğini kullanabilir. Bu, terapistin gelişimsel olarak daha uygun bir düzeydeyken hastayı dikkate alması için yardım eder ve böylece terapist daha makul beklentiler edinir.

Kopuk Korungan Mod: Tedavi

Kopuk Korungan modu, hastayı acıdan korumak için, başkalarını yatıştırarak ve yumuşatarak hastayı zarardan uzak tutmak için hastanın duygularını ve ihtiyaçlarını kesme vazifesi görür. Bu mod, hastanın boş kovanıdır ki bu da otomatik ve mekanik şekilde sevindirmeye çalışır. Bundan dolayı Kopuk Korungan modundayken hasta terapistin (ya da diğer insanların) yanında gerçekten savunmasız kalmak için güven

duymaz. Kopuk Korungan Terk Edilen Çocuğu korumak için vardır.

Terapist-Hasta İlişkisi. Terapist, Kopuk Korungana hastanın terapiste karşı savunmasız kalabileceği kadar güvende olduğunun garantisini verir. Terapist sürekli hastayı korur böylece Kopuk Korungan bunu yapmak zorunda kalmaz. Bu çeşitli yollarda gerçekleştirilebilir. Terapist, hastayı sakinleştirerek hastanın hükmedici duygulanımını kontrol altına almasına yardım eder böylelikle Kopuk Korunganın hastanın duygularını deneyimlemesine izin vermesi güvenli hale gelir. Terapist, cezalandırılma olmadan hastanın terapiste öfkeyi de içeren tüm duygularını ifade etmesine (uygun sınırlar içersinde) izin verir. Gerektiğinde terapist, hasta ile bağlantı sıklığını arttır böylelikle hasta ilgilenildiğini hisseder. Hastaya yeniden ebeveynlik ederek terapist, hastanın güvenli hissetmesini sağlar.

Kopuk Korunganı Devre Dışı Bırakmak. Kopuk Korunganı devre dışı bırakmanın birçok adımı vardır. Terapist, Kopuk Korunganı adlandırıp hastanın bunu tetikleyen ipuçlarını tespit etmesine ve modu fark etmesine yardım ederek başlar. Ardından terapist, hastanın çocukluk gelişimini analiz eder ve uyum değerini vurgular. Terapist, hastanın dış yaşamındaki modun aktivasyon öncesindeki olayları ve kopmanın sonuçlarını keşfetmesine yardım eder. Terapist ve hasta birlikte bir erişkin olarak mevcut kopmanın avantaj ve dezavantajlarını yeniden gözden geçirirler. Terapistin, hastanın Kopuk Korungan ile savaşma ve terapideki diğer modları deneyimlemeye karar verme ısrarında güçlü olması önemlidir. Çünkü hasta, Kopuk Korungan modunda kaldığı sürece hiçbir gerçek ilerleme olamaz. Sağlıklı Erişkinken terapist, Kopuk Korungan ile görüşür ve mücadele eder. Tüm bu adımlar başarılı bir şekilde yürütüldüğünde ve terapist, Kopuk Korungan'ı devre dışı bıraktığında o zaman hasta hayal kurma çalışması yapmaya hazırdır.

Buradaki, Kate ile olan çalışmadır. Dr. Young onun Kopuk Korungan modunda olduğunu belirterek ve neden modun orada olduğunu hatırlatarak Terk Edilen Çocuk modunun bir hayalini kurmasını ister.

TERAPİST: Gözlerini kapat. (*duraklar*) Terk Edilen Çocuk hakkında söylediklerimi hatırlıyor musun? Biliyorsun, Küçük Kate, sevilmek isteyen küçük kız. Kendini küçük bir kız olarak hayal et (*durakar*). Kendini hayal edebilir misin? Küçük Kate'in bir imgesini yakalayabilir misin?

KATE: Evet. Benim bir fotoğrafım var. Bu baktığım o.

TERAPİST: Fotoğrafta nasıl görünüyorsun? Kate'in ne hissettiğini görebiliyor musun?

KATE: Resimde mutluydum ve dört yaşındaydım.

TERAPİST: O halde, bu mutlu bir Küçük Kate hayali. Küçük Kate'in o kadar mutlu olmadığı bir imge yakalayabilir misin? Üzgün ve yalnız hayal et. Belki de evde ve hiç kimse ona ilgi göstermiyor, belki de babası kendi dünyasına kapanmış. Bunun gibi bir hayal kurabilir misin?

KATE: Evet, biraz. Sanırım. Bilmiyorum.

TERAPİST: Acaba gerçekte bunu biliyor, ama söylemekten mi korkuyorsun yoksa buna bakmak mı istemiyorsun?

KATE: Sanırım buna bakmak istemiyorum. Fakat birçok şeyi de unuttum. Benim için sadece zor.

TERAPİST: Bu, Kopuk Korungan adını verdiğim şeydir. Bu, duygulardan seni korumaya çalışan senin parçandır. Şu anda burada sıçrayıp şunu diyor, "Bu şeylere bakmaya ve bu şeylerle ilgili düşünmeye kendine izin verme çünkü sana çok fazla zarar verecek." Bunun olması olası mı?

KATE: (*Ağlar ve evet anlamında kafasını sallar.*)

Terapist, hastanın Kopuk Korungan hayalini hatırlamasını ister ve bu modla bir diyalog başlatır. Kopuk Korungan, hayalde bir karakter olur. Diyalog yürütülürken terapistin amacı, Kopuk Korunganı geri adım atmaya ikna etmek, İncinebilir Çocuk ve diğer çocuk modlarıyla terapistin etkileşim kur-

masına izin vermektir. Terapist, empatik yüzleştirme tutumuyla Kopuk Korungana yaklaşır.

TERAPİST: Kendinin bu kopuk kısmına bir şeyler söyleyebilir misin, kendine bu şeylerin bazılarına bakmaya izin vermen gerektiğini söylemek gibi.

KATE: Bu sadece zor. Gerçekten zor. Üzücü. Daha fazla düşünmeye çalıştıkça, daha fazla unutuyorum. Daha çok konsantre olmaya çalıştıkça daha da yapamıyorum.

TERAPİST: Tekrardan, bu, çocuk kısmı ile kopuk kısım arasındaki mücadeledir. Bunu yapmana izin vermekten korkan parçanın hayalini kurabilir misin? 'Kate, bunları düşünme' gibi şeyler söyleyen senin kısmının hayalini kurabilir misin?

KATE: Evet.

TERAPİST: Onunla konuşup "neden bu şeylere bakmamı istemiyorsun, Neden böyle kafamı karıştırıyorsun?" diye sorabilir misin? Ne cevap veriyor?

KATE: Sanırım sadece kendine dikkat etmeye çalışıyor.

TERAPİST: İzin ver onunla konuşayım. "Kate, eğer bu duygulara izin verirsen ve bu şeyleri hatırlarsan neyin meydana geleceğinden korkuyorsun?

KATE: O zaman sadece çok öfkeleneceğim ve kızacağım. Ne yapacağımı bilmemekten sadece öfkeleneceğim.

TERAPİST: Öfkenin başkasına zarar vereceğinden ya da duyguların kontrol dışına çıkacağından mı korkuyorsun.

KATE: Evet.

TERAPİST: Öfkeli Kate'in hayalini kurmak ya da onun nasıl olduğunu görmek çok mu korkutucu?

Bu noktada terapist ve Kate, sonunda Kopuk Korungandan altta halihazırda aktive olmuş Öfkeli Çocuğa geçiş yapabilirler.

Deneysel Çalışma. Terapist Kopuk Korunganı devre dışı bırakır bırakmaz hayal kurma çalışması başlayabilir. Tedavinin bu noktasından terapist, genellikle Kopuk Korunganı devre

dışı bırakmak için hayal kurma çalışması kullanabilir. BKB olan hastanın Kopuk Korungan modunu çıkartmanın en iyi stratejisinin hayal kurma özellikle modları kullanan hayal kurma çalışması olduğunu görüyoruz. BKB olan hastanın gözlerini kapatıp İncinebilir Çocuk hayalini kurmasını istediğimizde çoğunlukla temelde duyguya dayalı boş kişilik (blank persona) duygularına doğrudan doğruya erişebilirler.

Hayal kurma çalışmasını diğer modların tedavisini ele alırken daha detaylı bir biçimde tanımlayacağız.

Bilişsel Çalışma. Kopuk Korungan modu üzerine eğitim faydalıdır. Terapist, duyguları deneyimlemenin ve diğer insanlarla bağlantı kurmanın avantajlarını vurgular. Kopuk Korungan modunda yaşamak, duygusal olarak ölü biri olarak yaşamaktır. Gerçek duygusal tatmin, sadece istemeyi ve duymayı amaçlayan kişilere uygundur.

Hastayı bu şekilde eğitmenin ötesinde Kopuk Korungan ile ilgili bilişsel çalışma yapmak üzerine kendiliğinden paradoksal bazı şeyler vardır. Rasyonalite ve nesnelliği vurgulayarak bilişsel çalışma yapma sürecinin kendisi modu pekiştirir. Bu nedenden ötürü Kopuk Korungan ile (eğitimsel çalışma yerine) bilişsel çalışma üzerine odaklanmayı tavsiye etmiyoruz. Hasta daha iyi baş etme biçimlerinin Kopuk Korunganın yerini almasının önemli avantajları olduğunu zihinsel olarak fark eder etmez terapist deneysel çalışmaya hareket eder.

Biyolojik Çalışma. Eğer hasta Kopuk Korungan modunu kestiğinde şiddetli bir duygulanım tarafından eziliyorsa o zaman terapist, ilaçla tedavi değerlendirmesi için hastayı bir psikofarmakolojiste göndermeyi düşünebilir. İlaçla tedavi bazen hastanın diğer modlar içinde Kopuk Korungan modunun ortaya çıkışına daha iyi dayanmasına yardım eder. Duygudurum dengeleyicileri ve anti depresanlar gibi ilaçla tedavi yöntemleri, hastanın duyguları etrafında bir kap oluşturabilirler. Böylelikle çok fazla ezik olmazlar. Daha önce bahsettiğimiz gibi bu, gerçek ilerlemenin tedavide yapılabildiği

diğer modlar içerisindedir. Eğer hasta terapi içerisinde diğer modlarda kalamayıp Kopuk Korungan modu içerisinde takılı kalıyorsa o zaman ancak küçük bir ilerleme mümkündür.

Davranışsal Çalışma. İnsanlardan uzaklaşma, bu modun önemli bir yönüdür. Kopuk Korungan insanlara duygusal olarak açılmaya oldukça isteksizdir. Davranışsal çalışmada hasta, bu isteksizliğe rağmen açmaya kalkışır -adım adım ve artarak. Hasta, Kopuk Korungan modundan çıkmaya ve uygun önem verdikleri kişilerle Terk Edilen Çocuk ve Sağlıklı Erişkin modlarına geçmeye çalışırlar.

Hasta, seanslarda terapistle rol yapma ve hayal kurma çalışması yapabilir ve sonra ev ödevlerini yürütebilir. Örneğin, bir hasta yakın arkadaşlarından biriyle belirli bir konu hakkında daha fazla duygularını paylaşma amacına sahip olabilir. Terapistle rol yapma içerisinde bu arkadaşına duygularını ifade etme çalışması yapabilir ve sonra ev ödevi olarak ilerideki haftalarda arkadaşıyla gerçekten bunu yapabilir.

Dahası hasta, yardımlaşma gruplarına (Adsız Alkolikler, Erişkin Alkolik Yakınları) katılabilir. Hasta sonra Kopuk Korungandan çıkıp destekleyici grup bağlamında Terk Edilen Çocuk ve Sağlıklı Erişkin modlarına geçmeye çalışır.

Terapistin Kopuk Korungan ile savaşta sürekli bir şekilde zıtlaşmacı olması önemlidir. Bölüm 8'de bu süreci daha detaylı biçimde gösteren Dr. Young tarafından yönetilen bir seansın dökümünü sunmuştuk.

Kopuk Korungan Modun Tedavisindeki Tehlikeler. İlk tehlike, terapistin Kopuk Korunganı Sağlıklı Erişkin ile karıştırabilmesidir. Terapist, iyi gidiyor olduğuna inanır fakat hasta sadece kapanıyor, pasif ve itaatkâr "iyi bir çocuk" gibi yumuşak bir tutumda davranıyordur. Ayırt edici anahtar faktör, hastanın herhangi bir duyguyu deneyimleyip deneyimlemediğidir. Terapist şunu diyebilir "şu anda ne hissediyorsun?" Kopuk Korungan modundaki hasta şöyle cevaplayacaktır "hiçbir şey hissetmiyorum" ya da "uyuşmuş hissediyorum". Terapist

"Şimdi ne yapmak istersin?" diyebilir ve hasta "bilmiyorum" diye cevaplayacaktır çünkü hasta Kopuk Korungan modundayken kendi arzularının duygusuna sahip değildir. Terapist, "Şu anda bana yönelik ne hissediyorsun?" diye sorar ve Kopuk Korungan modundaki hasta "hiçbir şey" olarak yanıt verecektir. Hasta, diğer modlardaki duygusunu deneyimleyebilir fakat Kopuk Korunganda deneyimleyemez.

İkinci tehlike terapistin problem çözmeye temeldeki modlara yönelmeden Kopuk Korungan tarafından çekiliyor olabilmesidir. Pek çok terapist, özellikle tedavinin erken dönemlerinde BKB olan hastaların problemlerini çözme tuzağına düşer. Çoğunlukla hasta çözümler istemez -ilgi ve koruma ister. Terapistin gizli Terk Edilen Çocuk ve Öfkeli Çocuk modlarıyla, temeldeki Kopuk Korungan modu ile empati kurmasını ister.

Üçüncü tehlike hastanın öfkeli olabilmesi ve terapistin bunu fark edememesidir. Kopuk Korungan hastanın terapiste olan öfkesini keser. Eğer terapist Kopuk Korunganı kırıp hastanın öfkesini ifade etmesine yardım ederse o zaman hastanın öfkesi oluşacak ve sonunda hasta dışa vuracak ya da bırakacaktır. Örneğin hasta eve gidip kendini kesebilir, dikkatsizce araba kullanabilir, madde bağımlılığı ile meşgul olabilir, dürtüsel olabilir, korunmasız cinselliğe kalkışabilir ya da birdenbire terapiyi bitirebilir.

Cezalandırıcı Ebeveyn Modu: Tedavi

Cezalandırıcı Ebeveyn, çocuklukta hastayı değersizleştiren ve reddeden ebeveynin (ve diğerlerinin) içselleştirilmesi ve hastanın onlarla özdeşim kurmasıdır. Bu mod hastayı "kötü" olduğu için cezalandırır -neredeyse her şeyi fakat özellikle gerçek duygularını ifade etme ya da duygusal ihtiyaçlara sahip olma anlamına gelir. Tedavinin amacı, Cezalandırıcı Ebeveyni alt etmek ve uzaklaştırmaktır. Diğer modlardan farklı olarak Cezalandırıcı Ebeveyn, faydalı bir amaca hizmet etmez. Terapist, Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşır ve hasta, Sağlıklı Eriş-

kin olarak terapisti içselleştirir ve derece derece özdeşim kurar ve sonra kendisi Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşır.

Terapist-Hasta İlişkisi. Cezalandırıcılığın karşıtlığını model alarak -hastaya yönelik affetme ve kabul etme tutumu- terapist, Cezalandırıcı Ebeveynin sahteliğini kanıtlar. Hastayı eleştirmek ve suçlamak yerine terapist, hasta gerçek duygularını ve ihtiyaçlarını dışa vurduğunda ve "yanlış" bazı şeyler yaptığında hastayı kabul eder. Hasta, hata yapmasına izin verilmiş iyi bir kişidir.

Mod içerisinde hastanın kendini cezalandırıcı kısmını zorlayarak terapist, hastanın erken çocukluk dönemindeki mod tarafından yaratılan içselleştirme ve özdeşim sürecini çözmesine yardım eder. Kendini cezalandırma kısmı ego uyumsuz ve dışsal hale gelir. Terapist o zaman Cezalandırıcı ebeveyne karşı hasta ile müttefik olur.

Cezalandırıcı Ebeveyne karşı savaşmak için hasta ile birleşmede terapist, empatik yüzleştirmenin bir tutumunu üstlenir. Terapist hastayı cezalandırıcı ses ile savaşmaya zorlarken bile bunun hasta için ne kadar zor olduğuyla ilgili empati kurar. Empati kurmaya odaklı kalmak terapistin bilmeden Cezalandırıcı ebeveyn ile özdeşim kurmasını ve cezalandırıcı ya da eleştirel gibi görünmesini önlemeye yardım eder.

Deneysel Çalışma. Terapist, hastanın hayal kurmada Cezalandırıcı Ebeveyn moduyla savaşmasına yardım eder. Terapist, modu gerçekten temsil eden ebeveyni (ya da diğer kişi) içselleştirmesine yardım ederek başlar. O andan itibaren terapist moda bir isim verir (yani Cezalandırıcı Ebeveyn). Bazen mod her iki ebeveyni de temsil eder fakat çoğunlukla mod, bir ebeveynin sesini içselleştirmiştir. Modu bu şekilde isimlendirmek, hastanın Cezalandırıcı Ebeveyn modunu dışsallaştırmasına yardım eder: Bu ebeveynin sesidir, hastanın kendi sesi değildir. Hasta modun cezalandırıcı sesinden uzaklaşabilir ve karşı koyabilir hale gelir.

Buradaki Dr. Young'ın Kate ile görüşmesinden bir örnektir. Bu pasajda Kate, Öfkeli Çocuktan Cezalandırıcı Ebeveyn Moduna geçer: Cezalandırıcı Ebeveyn, Öfkeli Çocuğu öfkelendirdiği için cezalandırmaya kalkar. Kate, babası olarak Cezalandırıcı Ebeveyn ile özdeşim kurar.

TERAPİST: Şimdi senden Öfkeli Kate olmaya çalışmanı istiyorum. Babana karşılık ver ve ona "Tüm ilgiyi üzerinde toplayan kardeşim beni hasta ediyor. Ben de biraz hak ediyorum" de.

KATE: (*Hayaldeki babasına*) Onun her şeyin acısını benden çıkarmasından, bana vurmasından ve senin bana bağırmandan usandım.

TERAPİST: (*Kate'i yönlendirerek*) "Bu, adil değil."

KATE: (*Tekrarlar*) Bu, adil değil.

TERAPİST: (*Yine yönlendirerek*) "Odama zarar vermek istememin nedeni bu. Çünkü bunu yaptığından çok öfkeliyim."

KATE: Hepinizin ölmesini istiyorum.

TERAPİST: Peki, Bunu söylemen iyi Kate. Şimdi bunu söylediğin için kendinle ilgili kötü mü hissediyorsun yoksa rahatlatıyor musun?

KATE: Hayır. (*Ağlar*). Bu yanlış.

TERAPİST: Şimdi bunun yanlış olduğunu hisseden kısmın olabilir misin? Bunu sana söyleyen şu anda baban mı?

KATE: (*Evet anlamında başını sallar.*)

TERAPİST: Şimdi baban olup ona bunun yanlış olduğunu söyleyebilir misin?

KATE: (*Baba olarak*) "Senin için bu şeyleri düşünmen, bunları hissetmen, öfkelenmen, benim ölmemi, bizim ölmemizi istemen yanlış. Seninle ilgileniyoruz."

Terapist, sonra Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşmak için hayale girer.

TERAPİST: Beni hayalin içine sokabilir misin ve birkaç saniyeliğine babanla konuşmama, ondan seni birazcık korumama

izin verir misin? Bunu yapabilir miyiz? Baban ve seninle birlikte benim de bulunduğumun hayalini kurabilir misin?

KATE: (*Evet anlamında kafasını sallar.*)

TERAPİST: Şimdi Cezalandırıcı Baba ile senin için konuşacağım: "Bak, Kate'in sana kızgın olması yanlış değil. Bir babanın vereceği normal miktarda bir ilgi ve özeni ona vermiyorsun ve eşin de bundan daha iyisini yapmıyor. O da ilgi göstermiyor. Sana sinirlenmesi hiç de garip değil. Elbette hepinizden nefret edecek. Onunla ilgilenmek için ne yaptın? Kızının seni sevmesi için, sana yakın hissetmesi için ne yaptın? Tüm yaptığın, ona öfkelenmek ve her şey için onu suçlamak. Kardeşi ona vurduğunda bile yine onu suçladın. Bunun için seni sevmesini ya da mutlu olmasını mı bekliyorsun? Bu adil mi? Ben senin için bu şeyleri söylerken sen ne hissediyorsun?

KATE: Suçluluk duyuyorum.

TERAPİST: Sana zarar veriyor, cezalandırılmayı hakkediyorsun gibi mi geliyor?

KATE: Sanki, sen ayrıldıktan sonra, dayak yiyeceğim.

TERAPİST: Sana kim vuracak?

KATE: Kardeşim. (*Ağlar*)

Kate, hayal ve gerçeklik arasında anlık bağın izini kaybetmiştir: Hayal kurma, onun için bir flashback niteliğini üstlenir. Terapist çıktıktan sonra kardeşinden dayak yiyeceği açıklaması, geçmiş ve bugünü karıştırmaktadır. Terk Edilen Çocuk moduna geçmiştir. Terapist, onu korumak için ve bunun sadece hayal olduğunu hatırlatmak için hareket eder.

TERAPİST: Fakat şimdi o yaşamında değil, doğru mu?

KATE: (*Evet anlamında başını sallar.*)

TERAPİST: Yani gördüklerin sadece hayalde miydi? Bunlar hayalde olanlar mıydı? Bunu söylediğin için sana vuracakmış gibi mi geliyor?

KATE: (*Evet anlamında başını sallar*) Kendimi savunmak için.

TERAPİST: Hayalinde kendine seni ondan koruyacak bir tür duvar ya da herhangi bir şey verdiğini kurabilir misin? Kendine ne verebileceksin?

Kate ile olan bu pasaj, BKB olan hastanın modları geçme hızını gösterir. Kate, Öfkeli Çocuktan Cezalandırıcı Ebeveyne (Öfkeli Çocuğu cezalandırmak için), Terk Edilen Çocuğa (kardeşinin öfkesine karşılık vermesinden korkan) geçer. BKB olan hastalar için bu tür bir mod geçiş hızı, sadece hayalde meydana gelmez. Bu, pek çok hastanın hayatlarını nasıl yaşadığıdır -aynı mod geçiş hızıyla.

Önceki parça, hayalde ebeveyn karakterinde cezalandırıcı sesin yerleşim stratejisini örnekler. Hasta Cezalandırıcı Ebeveyn moduna her geçtiğinde terapist, buna model olan ebeveyn ile modu tespit eder. Terapist, "bunu sana söylemekte olan baban ol" der. Bu artık hastanın sesi değildir, ebeveynin sesidir. Artık terapist, ebeveynle savaşta hasta ile birleşebilir.

Önceki pasajdaki gibi BKB olan pek çok hasta terapistin Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşma ve müdahale etmesine ihtiyaç duyar. Tedavinin erken döneminde pek çok hastanın gözü korkar ve hayalde karşı koymak için Cezalandırıcı Ebeveynden çekinirler. Sonra hastalar terapistin sesini içselleştirdiklerinden ve daha güçlü bir Sağlıklı Erişkin modu geliştirdiklerinden kendi başlarına Cezalandırıcı Ebeveyn ile daha fazla savaşabilirler. Tedavinin daha erken döneminde hasta aslında Cezalandırıcı Ebeveyn ve terapist arasındaki savaşın gözlemcisidir. Terapist, hastayı ezmeden bu savaşı kazanmak için gerekli araçlar neyse onları kullanır. Tekrarlarsak amaç, Cezalandırıcı Ebeveyni başka modlarla birleştirmeden mümkün olduğu kadar tam olarak çıkarmaktır.

Terapistler, hastaların kendilerini cezalandırıcı ebeveyn olarak hayal ettikleri hayal kurma diyalogları yürütmezler bunun yerine hastalar, daima ebeveynlerden birinin hayalini kurarlar. Ebeveynleri yerine kendilerini hayal ederlerse terapistin cezalandırıcı sese saldırısı hastaya karşı bir saldırı gibi görüle-

bilir ve hasta ebeveyne saldırı ve hastaya saldırı ayrımını fark etmeyebilir. Ebeveynle cezalandırıcı ses problemini belirlemek, hasta ile savaşıyor gibi görünmeden Cezalandırıcı Ebeveyn ile nasıl savaşacağı problemini çözer. Ses hastaya ait olarak adlandırıldığında artık terapist ve hasta arasında bir tartışma yoktur. Terapistle ebeveyn arasında bir tartışma vardır. Bu tartışmada terapist, sürekli Öfkeli Çocuğun ne hissettiğinden bahseder. Terapist, son olarak hastanın temelde hissettiği fakat ifade edemediği duygulardan bahseder çünkü Cezalandırıcı Ebeveyn oldukça zorbadır.

Terapist, defansif olmak ve modu tartışmak yerine Cezalandırıcı Ebeveyni sınırlar koyarak hazırlar. Hasta, Cezalandırıcı Ebeveyne karşı kendini savunmayı öğrenmez fakat ebeveynle savaşmayı öğrenir. Hasta, haklarını ve değerliliğini sağlamak için kendini savunmak zorunda değildir. Bunun yerine hasta Cezalandırıcı Ebeveyne "Benimle bu şekilde konuşmana izin vermeyeceğim" der. Cezalandırıcı Ebeveyn, hastanın sınırlarını ihlal ederken hasta, sonuçları saptamayı öğrenir.

Terapist, başka deneysel teknikler kullanabilir. Örneğin, terapist Geştalt "iki-sandalye" metodu kullanabilir. Terapist, hastadan modları değiştirirken sandalyeleri de değiştirerek Sağlıklı Erişkin ve Cezalandırıcı Ebeveyn arasında diyalog yürütmesini ister. İdeal olarak terapist, her iki mod olarak değil çalıştırıcı olarak vazife görür. Bu, terapist ve hasta arasında değil ait olduğu hasta ile uyuşmazlıkta konumlanır. Üstelik hastalar, ihtiyaçlarını ileri sürerek ve duygularını ifade ederek geçmişte kendilerine yönelik cezalandırıcı olan insanlara mektup yazabilirler. Hasta bu mektupları ev ödevleri olarak yazabilir sonra da bir sonraki seansta onları yüksek sesle okuyabilir.

Bilişsel Çalışma. Terapist, normal insani ihtiyaçlar ve duygular konusunda hastayı eğitir. Onlara sahip olmak "kötü" değildir. Duygusal yoksunluk ve boyun eğicilikten dolayı

BKB olan pek çok hasta ihtiyaç ve duyguları ifade etmenin yanlış olduğuna ve bunu yaptıklarında cezalandırılmayı hak ettiklerine inanırlar. Ayrıca terapist, hastaya kendini geliştirmek için cezalandırılmanın etkili bir stratejisi olmadığını öğretir. Terapisti bir değer olarak cezalandırılma düşüncesini desteklemez. Hastalar yaşamlarında yanlış yaptıklarında terapist, onlara affetme, anlayış ve gelişim içeren daha yapıcı bir tepkiyi kendini cezalandırma ile değiştirmeyi öğretir. Amaç, hastaların yanlış yaptıkları şeylere dürüstçe bakmaları, uygun pişmanlık yaşamaları, olumsuz etkide bulunabilen kimselere zararı karşılatmaları, gelecekte daha yapıcı davranış biçimlerini keşfetmeleri ve en önemlisi kendilerini affetmeleridir. Bu şekilde hastalar, kendilerini cezalandırmadan yanlışların sorumluluğunu alabilirler.

Terapist, ebeveynin hastayı suçlamasını, ebeveynin kendi problemlerine atfetmeye çalışır. Buradaki, Dr. Young'ın Kate ile görüşmesinden bir örnektir. Kate, "mutsuz" ve "şirret" olduğundan dolayı annesinden ne kadar hoşlanmadığını anlatır.

TERAPİST: Hala annenin haklı olduğunu mu düşünüyorsun?
KATE: Evet. Fakat bu şekilde hareket etmesinin bir nedeni var belki de benden kaynaklı şeyler değildi. Bunu şimdi fark etmeye başlıyorum; uzun süredir var, bu duygular. Bunu içselleştirmek bir tarafa belki de bu ben değildim.
TERAPİST: Son zamanlara dek ailenin sana bu şekilde davranma nedeninin sende bazı şeylerin yanlış olması olduğunu düşündün. Ve sen de normal olarak söylediklerine inandın.
KATE: Buna hala inanıyorum.
TERAPİST: Fakat inanmamaya çalışıyorsun.
KATE: Evet.
TERAPİST: Fakat bu bir mücadeledir.
KATE: Evet.

Cezalandırıcı Ebeveyni yenmek genelde bir yıl ya da daha fazlasını alabilir. Kate'in bunu yapmaya çalıştığı gibi BKB

olan hastanın tedavisinde bu, önemli bir adımdır. Zamanla terapist hastayı ebeveynlerinin kötü davranışının onların kötü çocuk olduklarından değil ebeveynlerinin kendi problemleri olduğundan ya da aile sisteminin işlevsiz olmasından meydana geldiğine bir şekilde inandırmalıdır. BKB olan hastalar, bu yeniden bağlamayı yapana dek değersizlik duygularının üstesinden gelemezler. Onlar iyi çocuklardı ve kötü davranışı hak etmiyorlardı. Aslında hiçbir çocuk yaşadıkları kötü davranışı hak etmez.

Terapist ve hasta ebeveynin hastaya neden kötü davrandığını anlama sürecini birlikte araştırırlar. Belki de ebeveyn tüm çocuklara yanlış davranmıştır (ebeveynin psikolojik problemi olduğu durumda) ya da ebeveyn hastayı kıskanmaktadır (ebeveynin kendine saygısı düşük olduğunda ya da hasta tarafından tehdit edildiğini hissettiği durumda) ve yahut ebevey hastayı anlayamamıştır (hastanın ebeveynden farklı olduğu fakat "kötü" olmadığı durumlarda). Hastalar ebeveynlerinin onlara yanlış davranma nedenlerini anlar anlamaz ebeveynlerin onlara davranışları ile kendilik saygıları arasında duygusal bağı koparabilirler. Ebeveynleri onlara yanlış davranmalarına rağmen sevgi ve saygıya layık olduklarını öğrenirler.

Hasta bu yeniden bağlama mücadelesinde bir açmaz ile karşı karşıya gelir. Ebeveyni suçlayıp ve öfke duyarken hasta hem gerçeklikte hem de psikolojik olarak ebeveynini kaybetme riskini alır. Bu çıkmaz, yeniden ebeveynlik ilişkisinin önemini bir kez daha vurgular. Terapist, (sınırlı) ebeveynin yerine geçerken hasta artık gerçek ebeveyne bağımlı değildir, ebeveyni suçlama ve öfkelenmeye daha fazla razıdır. İstikrarlı ve ilgili bir temel olmasıyla terapist, hastanın idare etmesi ya da işlevsiz ebeveyne karşı çıkması için istikrar verir.

Genelde BKB olan hastalar için özellikle tedavinin erken dönemlerinde birlikte yaşamamaları ya da asıl aileleriyle ilişki içinde olmamaları çok daha iyidir. Ailenin, terapistin üstesinden gelmek için savaştığı pek çok şema ve modu pekiştirmeye

devam etmesi oldukça muhtemeldir. Hasta asıl ailesiyle yaşıyorsa ve aile ona zararlı bir biçimde davranıyorsa terapist, çıkması için bir yol bulmasına yardım etmeyi öncelik haline getirir.

Terapistlerin Cezalandırıcı Ebeveynle savaşabilmesinin bir başka yolu, hastanın olumlu niteliklerini ele almaktır. Terapist ve hasta periyodik olarak eklemeler yaparak ve yeniden gözden geçirerek devam eden bir liste tutarlar. Hastalar, ev ödevleri için olumlu niteliklerle ilgili veri toplayabilir (örneğin yakın arkadaşlara sorarak) ve olumsuzluklarına karşı koymak için deneyimler hazırlayabilir (örneğin, seçilmiş önem verdikleri kişilerle asıl duyguları ve ihtiyaçlarını paylaşarak). Terapist ve hasta flaş kart üzerinde bu çalışmayı özetleyebilir.

Yineleme, bilişsel çalışmanın hayati yönüdür. Hastalar defalarca Cezalandırıcı Ebeveyne karşıt argümanları duyma ihtiyacı duyarlar. Cezalandırıcı Ebeveyn modu, sayısız yineleme aracılığıyla uzun bir sürede gelişmiştir. Hastalar her zaman kendilik sevgisiyle Cezalandırıcı ebeveyn moda karşı savaş verirler. Cezalandırıcı Ebeveyni bir parça daha zayıflatırlar. Yineleme, Cezalandırıcı Ebeveyni yavaş yavaş yıpratır.

Son olarak terapist ve hastanın ebeveynin iyi niteliklerini kabul etmeleri önemlidir. Genelde ebeveyn, hastaya biraz sevgi ya da kabul gösterir çok seyrek olduğundan hasta tarafından gittikçe daha değerli görülür. Bununla birlikte terapist, ebeveynin olumlu davranışlarını çıkarmasında ya da ebeveynin zararlı davranışlarını affetmede ısrar eder.

Davranışsal Çalışma. BKB olan hastalar, başka insanların, ebeveynlerinin onlara davrandığı biçimde davranmalarını beklerler. (Bu, Cezalandırıcılık Şemasının parçasıdır). Onların örtük hipotezi, neredeyse herkesin Cezalandırıcı Ebeveyn olduğu ya da olacağıdır. Terapist, bu hipotezi test etmek için deneyler hazırlar. Amaç, hastaya duyguları ve ihtiyaçları uygun bir şekilde ifade etmenin sağlıklı insanlar tarafından reddedilmeye ya da misillemeye yol açmayacağını göstermektir. Ör-

neğin, bir hasta iş ile ilgili endişelendiğinde onu dinleyecek yakın arkadaş ya da partner isteme bildirimine sahip olabilir. Terapist ve hasta, hasta buna kalkışmak için yeterince rahat hissedene dek etkileşim rolü oynarlar sonra hasta bunu ev ödevi olarak uygular. Eğer terapist ve hasta önem verdikleri kişileri akıllıca seçmişlerse o zaman hasta olumlu bir yanıtla çabaları için ödüllendirilecektir.

Cezalandırıcı Ebeveyn Modu Tedavisindeki Tehlikeler. Hastaların Cezalandırıcı Ebeveyn modu ile savaşmalarına yardım etmedeki tehlike, Cezalandırıcı Ebeveynin hastayı cezalandırarak karşı koymasıdır. Seanstan sonra hasta Cezalandırıcı ebeveyn moduna geçebilir ve kendini kesme ya da aç bırakma gibi parasusayd davranışlarla kendini cezalandırabilir. Terapistin, hastayı bu olasılık için izlemeye devam etmesi ve bunun meydana gelmesini engellemek için girişimde bulunması önemlidir. Terapist hastayı kendini cezalandırmaması için zorlar ve bunu yapma arzusu duyduklarında hasta için alternatif aktiviteler oluşturur. Bu aktiviteler flaş kart okuma ya da zihni özendirme meditasyonu içerir.

Diğer tehlike, terapistin hastanın Cezalandırıcı Ebeveynden ne kadar korktuğunu küçümsemesi ve deneysel çalışma sırasında yeteri kadar koruma sağlayamamasıdır. Genelde Cezalandırıcı ebeveyn, aynı zamanda bir istismarcı ebeveyndir. Hasta genellikle Cezalandırıcı Ebeveyne karşı büyük miktarda korumaya ihtiyaç duyar. Terapist bu korumayı Cezalandırıcı Ebeveynle yüzleşerek hayalde Cezalandırıcı Ebeveynin hasta davranışlarına sınır koyarak koruma sağlar.

Benzer şekilde terapist, Cezalandırıcı Ebeveyn ile savaşmada yeteri kadar aktif bir rol üstlenmeyebilir. Terapist oldukça pasif olabilir ya da oldukça sakin akılcı olabilir ve yeterince agresif olmayabilir. Terapist, Cezalandırıcı Ebeveyn ile agresif bir şekilde savaşmak zorunda kalabilir. Terapist Cezalandırıcı Ebeveyne şunu söylemek durumundadır "yanılıyorsun"; "Artık senin onu eleştirmeni duymak istemiyorum. Senin kötü

sesini duymak istemiyorum. Onu daha fazla cezalandırmana izin vermeyeceğim" Cezalandırıcı ebeveynin üstesinden gelmek, ne iyi bir amaç ne de empati sahibi bir kişiyle uğraşmak gibidir. Böyle bir kişiyi kimse ikna edemez; kimse empati yapmaz. Bu yaklaşımlar Cezalandırıcı Ebeveyn moduyla işe yaramaz. Çoğu kez işe yarayan bu metot, Cezalandırıcı Ebeveyn moduna karşı çıkar ve direnir.

Deneysel çalışma yaparken diğer bir tehlike, terapistin hastaya Cezalandırıcı ebeveyn ile nasıl karşılaşacağını asla öğretememesidir. Terapist, sadece geçici bir önlem olarak müdahale eder ve savaşır. Son olarak hasta Cezalandırıcı Ebeveynle yalnız savaşmayı öğrenmek zorunda kalabilir. Terapist, hastanın Cezalandırıcı Ebeveynle savaşmayı sorumluluğun bir üst düzeyi olarak zannetmesine müsaade ederek gittikçe hayal kurma seansından çekilir.

Son bir tehlike, hastanın Cezalandırıcı Ebeveyni eleştirdiği için kendini vefasız hissedebilmesidir. Terapist hastanın sonradan ebeveyni affetmeyi seçebileceğini fakat hastayı şimdilik gerçeği görmesinin önemli olduğuna ikna eder.

Öfkeli Çocuk Modu: Tedavi

Öfkeli Çocuk modu, yanlış davranışlar ve temelde şemaları biçimlendiren giderilmemiş duygusal ihtiyaçlar ile ilgili öfke ifade eder -istismar edilme, terk edilme, yoksunluk, boyun eğicilik, reddetme, cezalandırma. Öfkenin çocuklukla ilgili olarak genelde haklı olmasına rağmen erişkin yaşamda bu ifade modu, kendini engelleyicidir. Hastanın öfkesi, diğer insanları ezer ve uzaklaştırır böylece hastanın duygusal ihtiyaçlarının sonunda giderilmesini daha da olanaksız hale getirir. Terapist, hastaya temel ihtiyaçlarını onaylayıp öfkeyi ifade etmenin ve giderilmiş duygusal ihtiyaçları elde etmenin daha etkili yollarını öğretirken ve aynı anda öfkeli davranış üzerine sınır koyarken Öfkeli Çocuğa yeniden ebeveynlik yapar.

Terapist ve Hasta İlişkisi. BKB olan hasta Öfkeli Çocuk moduna geçtiğinde ve terapiste öfkelendiğinde terapistin stratejisi nedir? Terapiste olan öfke bu hastalarda yaygındır ve pek çok terapist için tedavinin en engelleyici yönüdür. Terapist genelde hastanın ihtiyaçlarını gidermeye çalışmaktan tükenmiş hisseder. Böylelikle hasta terapiste tekrar döndüğünde ve "benimle ilgilenmiyorsun, senden nefret ediyorum" dediğinde terapist doğal olarak öfke ve değersizlik hisseder. BKB olan hastalar bazen istismarcı olabilirler. Çıkarcı olabilirler ve terapisti istediklerini vermeye zorlamaya çalışırlar. Terapisti kızdıran ve intikam alması için ayartan pek çok davranışla meşguldürler. Hastalar bu şeyleri terapiste zarar vermek için değil umutsuzluktan yaparlar. Terapistler, BKB olan hastalara yönelik öfke duyduklarında onların ilk önceliği, kendi şemalarına bakmaktır. Şemalar eğer varsa hastanın davranışlarıyla terapistteki hangi şemalar tetiklenir? Hastaya yönelik terapötik bir tutum sürdürmekle ilgili bu şemalara terapist nasıl tepki verebilir? Sonraki bölümde terapistin kendi şemaları konusunu ele alacağız.

Sonraki adım, hastanın öfkesi suistimal ediciyse sınır koymaktır. Hastaların terapiste yönelik suistimal edici olmaları için basitçe öfkelerini dışa vurarak aşabilecekleri bir sınır vardır. Hastalar, terapiste aşağılayıcı isimler verdiklerinde, terapiste kişisel olarak saldırdıklarında, terapiste sövdüklerinde, başkalarına rahatsızlık verecek kadar yüksek sesle bağırdıklarında, terapiste fiziksel olarak egemen olmaya çabaladıklarında ya da terapisti veya terapistin sahip olduklarını tehdit ettiklerinde bu sınırı aşarlar.

Terapist bu davranışların herhangi birine tahammül etmez ve "Hayır, bunu yapmana izin veremem. Bana bağırmaya bir son vermek zorundasın. Senin için sinirlenmek normal fakat bana bağırman normal değil" gibi açıklamalarla tepki verir. Eğer hasta saldırganca davranmayı bırakırsa o zaman terapist bir sonuç çıkarır. "Sakinleşene dek birkaç dakikalığına bekleme odasına çıkmanı istiyorum. Sakinleştiğinde geri gelebilir

ve öfkenle ilgili konuşmaya devam edebilirsin fakat bana bağırmadan." Terapist hastaya iki mesaj verir: İlki, terapist hastanın öfkesini duymak ister; ikincisi, hasta uygun sınırlar içerisinde öfkesini ifade etmek zorundadır. Bu bölümde daha sonra sınır koymayı ele alacağız.

Aslında BKB olan pek çok hasta, öfkesi şiddetli olmasına rağmen terapiste suistimal edici biçimde davranmaz. Hasta, Öfkeli Çocuk modunda olup suistimal edici biçimde davranmadığında o zaman terapist, sırayla bu dört adımı takip ederek yanıt verir: (1) Açığa vurma; (2) empati; (3) gerçeklik testi ve (4) yineleme. Tek tek bu adımları tanımlayacağız.

1. *Açığa vurma.* Öncelikle terapist hastanın öfkesini bütünüyle ifade etmesine izin verir. Bu, hastanın sakinleşmesi ve ikinci adıma açık olması için rahatlamasını sağlar. Terapist, "bunun hakkında daha fazla şey anlat. Bana neden öfkelendiğini açıkla" der. Yoğunluğun yersiz ya da abartılı gibi görünmesine rağmen terapist hastanın öfkesini çıkarmada oldukça hoşgörülü olmasına izin verir. Eğer terapist bu aşamada empati gösterirse bu öfkeyi etkisiz duruma getirir. Çünkü bu birincil amaç değildir. Terapistin destekleyici değil düz ya da tarafsız bir ton kullanması ve basitçe "benimle ilgili başka ne seni öfkelendiriyor?" diye tekrarlaması önemlidir.

2. *Empati.* İkincisinde terapist, hastanın temeldeki şemalarıyla empati kurar. Hastanın öfkesinin altında genellikle terk edilme, yoksunluk ya da istismar edilme duygusu vardır. Öfkeli Çocuk, İncinebilir Çocuğun giderilmemiş ihtiyaçlarına bir yanıttır.

Terapist "şu anda bana öfkeli olduğunu biliyorum fakat temelde hissettiğinin acı olduğunu düşünüyorum. Seninle ilgilenmediğimi hissediyorsun. Alttan alta benim tarafında terk edildiğini hissediyorsun" gibi şeyler söyler. Terapist, hasta için şema terimleri içerisinde meydana gelenleri isimlendirmeye çalışır.

Empati kurmanın amacı, hastanın Öfkeli Çocuk modundan Terk Edilen Çocuk moduna geçmesidir. O zaman terapist, Terk Edilen Çocuğa yeniden ebeveynlik yapabilir ve öfke kaynağını tedavi edebilir.

3. *Gerçeklik testi.* Üçüncüsünde terapist, hastanın öfke kaynağı ve yoğunluğu ile ilgili gerçeklik testine dahil olmasına yardım eder. Hasta öfkesinde gerçekten haklı mı ya da yanlış anlaşılmaya mı dayalı? Alternatif açıklamalar var mı? Öfke duruma uygun mu? Açığa çıkardıktan ve terapistin anladığını hissettikten sonra pek çok hasta bu şekilde gerçekliği test etmeye razı olur.

Terapist, ne koruyucu ne de cezalandırıcıdır ve hastanın suçlamalarının gerçekçi unsurlarını kabul eder. Gerçekliği test etme ve savunmacı olma arasında hassas bir bağ vardır. Hastanın söylediklerinde bir gerçeklik varsa terapist bunu kabul eder ve özür diler. Terapist "haklısın" ve "üzgünüm" der.

Sonra terapist, genellikle kişisel kendini ifşa aracılığıyla hastanın yıkıcı, abartılı öfke yönleriyle yüzleşir. "Öte yandan hiçbir şekilde seninle ilgilenmediğimi söylediğinde çok ileri gittiğini düşünürüm." Terapist, hastanın "benim seninle hiçbir şekilde ilgilenmediğimi söylediğin zaman, seninle ilgilendiğimi göstermek için denediğim tüm yolların senin için hiçbir şey ifade etmediğini hissettiriyor" şeklinde söylediğini duymanın ne hissettirdiğini paylaşır. Ayrıca terapist uygunsuz bir şekilde "bunun gibi bağırdığında söylediklerini dinleyemiyorum. Tüm duyduğum bana bağırdığın ve seni bırakmak istediğim" ifade edildiğinde hastanın öfkesini deneyimlemenin nasıl hissettirdiğini açıklar.

4. *Uygun girişkenliğin yinelenmesi.* Eğer hastanın öfkesi, ilk üç adımdan sonra önemli oranda azalmışsa terapist ve hasta son adıma geçer ki bu da uygun ifadenin gösterilmesidir. Terapist hastaya "eğer bunu bir kez daha yaparsan bana öfkeni nasıl ifade edeceksin? Ben ya da başka insanların dinleyebileceği ve savunmacı hale gelmeyecekleri biçimde ihtiyaçlarını ve duygularını nasıl ifade edeceksin?" diye sorar. Gerektiğinde terapist davranışı modeller ve sonra hasta bunu uygular. Terapist, daha uygun ve girişken biçimlerde hastanın öfkesini nasıl ifade edeceğini öğrenmesine yardım eder.

Deneysel Çalışma. Deneysel çalışmada hastalar, onlara kötü davranan çocukluk, ergenlik ve yetişkin yaşamlarında önem verdikleri kişilere yönelik öfke gösterirler. Terapist, onları istedikleri herhangi biçimde hatta onları inciten insanlara saldırmayı hayal etmeye bile cesaretlendirir. (Kuşkusuz şiddet içeren hastalar hariç: Terapistlerin şiddet fantezileri hayal edecek şiddet davranış geçmişine sahip hastaları cesaretlendirmemesi gerekir.)

Bununla birlikte BKB olan pek çok hasta, şiddet içeren davranış geçmişine sahip değildir fakat çoğu kurban olma geçmişine sahiptir. Başkalarına zarar vermek yerine zarar görmüşlerdir. Bu hastaların hayalde öfkesini ifade etmesini sağlar -onlara yaşamlarının erken dönemlerinde zulmeden insanlara karşı gelmeyi hayal etmek. Böyle yaparak savunmasızlık yerine güçlenmiş hissederler. Öfkelerini dışarı vurma, duygu boğulmasını serbest bırakmalarına ve mevcut durumu bakış açısına yerleştirmelerine yardım eder. Hastalar öfkelerini dışa vurmayı çalıştıkları terapistle rol oynama uygular ve yaşamlarında onlara zarar veren insanlara yönelik öfkeli mektuplar yazabilirler (genellikle mektupları göndermemelerine rağmen). Hastalar ayrıca bir yastığa ya da mobilyaların yumuşak kısımlarına vurma gibi deneysel çalışma yaparken öfkelerini serbest bırakmak için fiziksel yollar kullanabilirler.

Hastalar, ayrıca mevcut yaşamlarında öfkelerini ifade etmek için daha sağlıklı yollar uygularlar. Problemli durumlarda davranılabilecek yapıcı yollar ortaya koymak için terapistle hayal kurma ya da rol yapma çalışması uygular. Mod çalışması yaparak, Öfkeli Çocuk, Sağlıklı Erişkin ve diğer modlar arasında uzlaşma sağlayacak müzakereler yürütür. Genellikle uzlaşma, hastanın öfkesini ifade edebilmesi veya ihtiyaçlarını

öne sürebilmesidir. Fakat o bunu uygun bir tavır içerisinde yapmalıdır. Örneğin, hasta erkek arkadaşına bağıramaz fakat neden üzgün olduğunu ona sakin bir şekilde söyleyebilir.

Bilişsel Çalışma. Bahsettiğimiz gibi normal insan duyguları üzerine eğitim BKB olan hastanın tedavisinin önemli bir parçasıdır. Öfkenin değerini hastalara öğretmek özellikle önemlidir. BKB olan hastalar, öfkeyi tamamen kötü algılama eğilimindedirler. Terapist onlara her öfkenin kötü olmadığı güvencesini verir: Öfke duymak ve bunu uygun bir şekilde ifade etmek normal ve sağlıklıdır. Öfkeleri esasen kötü değildir daha çok öfkelerini ifade etme biçimleri problemlidir. Yapmayı öğrenmesi gereken, öfkelerini daha yapıcı ve daha etkili biçimde ifade etmektir. Pasiflikten saldırganlığa geçmek yerine girişkenlik becerilerini kullanarak orta bir nokta bulmaya ihtiyaç duyarlar.

Terapist, hastaya gerçeklik testi tekniklerini öğretir böylelikle diğer insanların daha gerçekçi beklentilerini formüle edebilirler. Hastalar, "siyah ve beyaz düşünmeyi" fark etmeye başlarlar ve dürtüsel karşılıktan duygusal önemsememeye kadar kendilerini engellerler. Hastaların kendilerinin öz denetimi sürdürmesine yardım etmek için flaş kartları kullanabilir. Hastalar öfkelendiklerinde davranışsal olarak yanıt vermeden önce biraz ara verip flaş kartı okuyabilir. Saldırmak ya da geri çekilmek yerine öfkelerini nasıl ifade etmek istedikleri üzerine düşünürler.

Örneğin Dominique isimli bir hasta sık sık erkek arkadaşı Alan'ı aramaktadır, ona hemen geri dönemediğinde sinirlenmektedir. Terapistin yardımıyla aşağıdaki flaş kartı düzenlemiştir.

> Şu anda öfkeliyim çünkü yine Alan'ı aradım ve beni hemen geri aramıyor. Üzgünüm çünkü ona ihtiyacım var ve kendisi yok. Eğer bana bunu yapabiliyorsa artık beni önemsemediğine inanıyorum. Benden ayrılacağınadan korkuyorum. Bana cevap verene dek onu tekrar tekrar aramak istiyorum. Onu azarlamak istiyorum.
>
> Bununla birlikte bunun tetiklenmiş Terk Edilme şemam olduğunu biliyorum. Bu, bana Alan'ın beni bırakacağını düşündürten Terk Edilme şemam. Şemanın yanlış olduğunun kanıtı, Alan'ın daha önce beni milyonlarca kez terk edeceğini düşünmem ve daima yanılmış olmamdır. Onu tekrar tekrar aramak ya da azarlamak yerine ondan şüphe duymayıp hemen beni aramadığı için iyi bir nedeni olduğuna ve yapabildiğinde beni hemen arayacağına inanacağım. Sonunda bana ulaştığında ona sakin ve sevecen bir şekilde cevap vereceğim.

Hastadan başkalarının davranışları için alternatif açıklamalar üretmesini istemek ayrıca faydalı olabilir. Örneğin hasta erkek arkadaşının ona hemen dönmediği için "O işte meşgul", "Beni aramak için yalnız kalmadığı bir durumda" ve "Aramak için iyi bir zaman kolluyor" gibi başlıklar içeren alternatif açıklamaların tanımlanmış bir listesini üretebilir.

Davranışsal Çalışma. Hasta hem seanslar sırasında hayal ve rol yapma çalışmasında hem de seanslar arasından ev ödevlerinde öfke yönetimi ve girişkenlik teknikleri çalışır.

Sonraki "Terk Edilen Çocuğun ve Öfkeli Çocuğun Mücadelesine Yardım Etmek" kısmında bunu ve diğer bilişsel davranış tekniklerini ele almaktayız.

Öfkeli Çocuğun Tedavisindeki Tehlikeler. Hastalar Öfkeli Çocuk modundayken terapistin karşı terapötik davranmasında özellikle yüksek risk vardır. Önceden bahsettiğimiz tehlike terapistin çok savunmacı olabilmesi ve hasta şikayetlerinin gerçekçi unsurlarını inkar etmesidir. Terapistler, kendi şemaları üzerinde çalışmaya ihtiyaç duyarlar böylelikle şemaları Öfkeli Çocuk tarafından tetiklendiğinde terapötik olarak yanıt vermeye hazır olurlar.

Daha ciddi bir tehlike terapistin karşı saldırıya geçmesidir. Terapist, hastaya saldırarak misilleme yapıyorsa bu, hastanın

Cezalandırıcı Ebeveyn modunu tetikleyecektir ve hasta terapistle saldırı içerisinde birleşir.

Diğer tehlike, terapistin psikolojik olarak geri çekilebilmesidir. BKB olan hastalar, Öfkeli Çocuk modundayken terapistler genelde duygusal olarak kapanırlar ve kendi "Kopuk Korungan" moduna geri çekilirler. Terapist tarafından psikolojik olarak geri çekilme problemdir çünkü hastaya terapistin hastanın öfkesini kontrol altına alamadığı mesajını verir. Üstelik terapist hastadan duygusal olarak kopuk olduğundan geri çekilmenin hastanın Terk Edilme şemasını tetiklemesi muhtemeldir.

Diğer aşırı uçta terapist, hastanın öfkesini ifade etmede hastanın çok ileri gitmesine gerçekten saldırgan olduğu noktaya yönelmesine izin verebilir. Terapist tarafındaki bu tür bir davranış, hastanın Öfkeli Çocuk modunu sağlıksız bir şekilde pekiştirir. Terapist hastanın öfkesini saldırgan uçlara taşımasına ve uygun sınırlar oluşturamamasına göz yumar. Eğer hasta öfkesinin bütünüyle haklı olduğunu düşünerek seansı bırakırsa o zaman terapist, muhtemelen yeterince gerçeklik testi ya da sınır belirleme yapmamıştır.

Diğer risk, hastanın terapiste öfkelendiğinden kendisini cezalandırmak için seanstan sonra Cezalandırıcı Ebeveyn moduna geçebilmesidir. Hastanın öfkelenmesi "yüzünden" kötü olmadığını, terapistin sonradan kendisini cezalandırmak istemediğini ve terapistin ona yardım etmek istediğini duyması önemlidir. Terapist, "bana öfke duyduğun için 'kötü' değilsin bu nedenle seanstan sonra kendini cezalandırmanı istemiyorum. Eğer Cezalandırıcı Ebeveyn seni cezalandırmaya başlarsa senin onu bırakman gerek ve yapamıyorsan beni çağırmalısın ki onu durdurabileyim. Bugünkü seansımızda olanlardan ötürü hiçbir şekilde senin zarar görmeni istemiyorum." der.

Son tehlike hastanın terapiste öfke duyduğundan terapiyi bırakmasıdır. Bununla birlikte pek çok durumda terapist, hastanın uygun sınırlar içerisinde tamamen ortaya dökmesine ve empati ifade etmesine müsaade ederse hasta terapiyi bırakmaz. Hasta onaylanmış ve kabul edilen hisseder ve o nedenle kalır.

Öfkeli ve Terk Edilen Çocuğun Baş Etmesine Yardım Etmek

Hastalar Öfkeli Çocuk, Terk Edilen Çocuk modundayken ya da Cezalandırıcı Ebeveyn tarafından baskı altındayken hastaların baş etmesine yardım etmek için çeşitli bilişsel davranışçı teknikler tanımlarız. Bu tekniklerin hastanın onları denemeye açık olduğu tedavi sırasında, herhangi bir anda uygulanabilir olmasına rağmen genellikle ilk aşama esnasında hastalara onları öğretmeye çalışırız.

Zihni Özendirme Meditasyonu

Zihni özendirme meditasyonu, hastaların kendilerini sakinleştirmesine ve duyguları düzenlemesine yardım eden belirli bir meditasyon tipidir.[9] Duygular altında ezilmek ya da kapanmak yerine hasta duygularını keşfeder fakat onlara etki etmez. Hasta mevcut deneyimin duyusal yönlerine dikkat ederek mevcut ana odaklanır. Hastalara, sakinleşene dek ve durum üzerinde rasyonel bir şekilde düşünebilene dek zihni özendirme meditasyonu üzerinde odaklı kalmak öğretilir. Bu şekilde davrandığında bu, saldırgan yerine düşünceli bir yol olacaktır.

Örneğin hasta, kendini yatıştırmak için bir baş etme tekniği olarak zihni özendirme meditasyonu kullanmaya çalışabilir. Üzücü bir durumla karşılaşıldığında durum üzerinde yeterince düşünmek için bir sakinleşme aracı olarak meditasyon kullanır. Mevcut an üzerine odaklanır, onları etkilemeden duyguları keşfeder ve düşüncelerini izler. Üzgün hissetme, hastanın meditasyon alıştırması yapması için uyarı veren bir ipucudur.

Kendine İlgi Göstermek için Memnun Edici Aktiviteler

Terapist, hastayı memnun edici aktivitelerle meşgul ederek Terk Edilen Çocuğa ilgi göstermesini cesaretlendirir. Bu, kişiyi memnun eden şeye bağlı olarak hastadan hastaya değişir. Verilebilecek bazı örnekler, köpük banyosu almak, kendisi için küçük bir hediye almak, masaj yaptırmak ya da sevdiğiyle kucaklaşmaktır. Bu aktiviteler, hastanın yoksunluk ve değersizlik duygularına karşı çıkar. Terapist, ev ödevleri olarak bunları hastalara verebilir.

Bilişsel Baş Etme Teknikleri

Flaş Kartlar. Flaş kartlar, pek çok BKB olan hastalar için en yardımcı baş etme stratejisidir. Hastalar, bu kartları yanlarında taşırlar ve üzüldüklerinde ve modlardan biri aktive olduğunda okurlar. Terapist, hastanın yardımıyla flaş kartları hazırlar. Kartlar terapistin el yazısıyla olabilir ya da hasta onları kendi yazabilir. Terapist genellikle, farklı tetikleyici durumlar için farklı kartlar hazırlar -hasta öfkelendiğinde, bir arkadaşı onu hayal kırıklığına uğrattığında, patronu ona kızdığında ya da partneri ondan biraz ayrı kalmaya ihtiyaç duyduğunda olduğu gibi. Ayrıca dört modun her biri için bir ya da daha fazla karta sahibiz.

Terapistlerin flaş kartı hazırlamasına yardım etmek için bir şablon oluşturduk (Bkz. Şekil 3.1). Aşağıdaki, terapist tatile çıktığında hastanın okuması için yol gösterici biçimde şablon kullanılarak yapılmış örnek bir flaş karttır. Terapist, hasta için flaş kartı kişiselleştirir.

> Şu anda öfke ve korku duyuyorum çünkü terapistim tatile çıktı. Kendimi kesiyor ya da yakıyor gibi hissediyorum. Bununla birlikte bu duygularımın Terk Edilen Çocuk modu olduğunu biliyorum ki bunu alkolik olan ve zamanının büyük çoğunluğunda beni yalnız bırakan ebeveynlere sahip olmamdan dolayı geliştirdim. Bu Terk Edilen Çocuk modundayken genellikle insanların asla dönmeyeceği ve benimle gerçekten ilgilenmeyeceği derecesinde abartıyorum.
>
> Terapistimin geri dönmeyeceğine, tekrar beni görmek istemeyeceğine ya da öleceğine inansam bile gerçeklik, onun geri geleceği, güvende olacağı ve tekrar beni görmek isteyeceğidir. Yaşamımda bu sağlıklı bakışı destekleyen kanıt, gittiği her defada daima geri döndüğü, daima iyi olduğu ve her zaman benimle ilgilendiği gerçeğini içerir.
>
> O nedenle kendime zarar veriyor gibi hissetsem bile bunun yerine kendim için iyi bir şeyler yapacağım. Yedek terapisti arayacağım, beni seven insanlarla vakit geçireceğim, eğlenceli bir şeyler yapacağım (yürüyüşe çıkmak, bir arkadaşını aramak, müzik dinlemek, bir oyun oynamak). Ayrıca sakinleşmeme yardım etmesi için terapistimin sesi olan rahatlatıcı kasetimi (ya da diğer geçiş nesneleri) dinleyeceğim.

Ayrıca terapist flaş kartı yazmanın yanı sıra, hastanın evinde dinleyebileceği bir kasete bunu dikte edebilir. Hastanın terapistin sesini duyması yardımcı olabilir. Bununla birlikte flaş kartın yazılı biçimden daha portatif hale getirilmesi önemlidir. Bu şekilde hastalar, yanlarında flaş kartı taşıyabilirler ve ihtiyaç duydukları anda okumak için çıkarabilirler. Pek çok hasta flaş kart yanlarında olduğunda terapistlerinin bir parçası yanlarındaymış gibi hissettiklerini bize bildirmekteler.

Şema Günlüğü. Şema Günlüğü (Şekil 3.2'deki örneğe bakınız) flaş karttan farklı olarak daha ileri bir tekniktir, üzüldüğünde hastanın kendi baş etme yanıtını üretmesi için gerekir. Şema Günlüğünü doldurmanın işareti hastanın üzgün hissetmesi ve bunu nasıl idare edeceğinden emin olmamasıdır. Bazı biçimlerde bilişsel terapideki İşlevsiz Düşüncelerin Günlük Kaydına benzer.[10] Formu doldurmak, hastanın bir problem üzerinde düşünmesine ve sağlıklı bir tepki üretmesine yardım eder. Form Sağlıklı Erişkin modu için bir araç olur. Hasta genellikle terapi sürecinin sonraki aşamalarında Şema Günlüğüne daha fazla yaslanır.

Girişkenlik Eğitimi

Terapi boyunca girişkenlik eğitiminin BKB olan hastalara sağlanması önemlidir. Böylelikle duygularını ifade etmenin, ihtiyaçları gidermenin daha kabul edilebilir yollarını öğrenirler. Daha önce bahsettiğimiz gibi özellikle öfkelerini ifade etmede becerilerini geliştirme ihtiyacı duyarlar çünkü çoğu aşırı pasiflikten aşırı saldırganlığa dalgalanma eğilimindedirler. Hastalar, girişkenlik eğitimiyle bağlantılı öfke yönetimini öğrenirler: Öfke yönetimi, hastaların öfke patlamaları üzerinde öz denetim kurmasını öğretir; girişkenlik eğitimi, onlara öfkelerini ifade etmenin uygun yollarını öğretir. Terapist ve hasta, girişkenlik becerileri biçiminde adlandırılan hastanın yaşamındaki çeşitli durumların rolünü oynarlar. Herhangi bir düzenlemenin yardımcı olabilmesine rağmen genelde hasta kendini terapist ise durumdaki diğer karakteri oynar. Hasta sağlıklı bir yanıt geliştirir geliştirmez terapist ve hasta, hasta bunu gerçek yaşamında uygulayabilecek kadar emin hissedene dek tekrarlarlar.

Seansta hastanın dikkatini davranış tekniklerine çevirmeden önce terapist, hastaya çocukluktan gelen olaylarla bağlantılı ve üzücü durumlarla ilgili tüm duygularını ortaya dökme fırsatı verir. BKB olan hastalar, davranış stratejileri uygulamalarından önce duygularını ortaya dökme ihtiyacı duyarlar yoksa uygun girişkenlik üzerine odaklanabilme becerisine sahip olmayacaklardır.

Sınır Koyma

Ana Hatlar

Terapistler, sınır koyarlarken aşağıdaki ana hatları kullanırlar.

1. *Sınırlar, hastanın güvenliğine ve terapistin kişisel haklarına dayalıdır.* Sınırlarla ilgili karar verirken şema terapistleri kendilerine iki soru sorar; "Hasta güvende olacak mı?" ve "Yapmayı kabul ettiğim şeye içerleyecek miyim?" (Terapist ayrıca bunun BKB olan hastalarda genelde daha az sorun olmasına rağmen başkalarının güvenliği ile ilgili araştırma yapar.)

Hastanın güvenliği ilk faktördür. Terapist, hastanın güvenli olduğundan ve kendisinin buna içerleyip içerlemeyeceğine emin olmak için gereken şeyi yapmak zorundadır. Eğer hasta gerçekten tehlikedeyse (ve eğer terapist diğer stratejileri önceden denemişse) terapist, güvenlik sağlayacak bazı sınırlar koymalıdır. Hasta gece yarısı ya da terapistin tatili sırasında arasa bile terapist, hastayı koruma girişiminde bulunmalıdır (yani polise haber vermek sonra polisler oraya varana dek hasta ile telefonda kalmak).

Bununla birlikte eğer hasta güvende fakat terapistin yapmaktan rahatsız olacağı bazı şeyleri terapistten istiyorsa terapistin bunu kabul etmemesi gerekir. Terapistin daha sonra açıklayacağımız gibi kişisel biçimde reddettiğini ifade etmesi gerekir.

2. *Terapistler belirli bir zaman dilimi için yapmaya devam edeceklerini açıkça ifade etmedikçe hasta için yapmaya devam edemedikleri herhangi bir şeyi yapmaya başlamamaları gerekir.* Örneğin tabii ki terapist, tedavinin ilk üç haftasında her gün hastadan gelen uzun e-postaları okumamalı ve sonra okunan e-postaların terapistin politikasına karşıt olduğunu ve durdurmak zorunda kalacağını birdenbire söyleyerek ifade etmemelidir.

Bununla birlikte hasta bir kriz geçiriyorsa terapist, hastaya sınırlı bir süre için bunun devam edeceğini açıklayarak kriz geçene dek her gün hastayı kontrol etmeye karar verebilir. Örneğin terapist: "Önümüzdeki hafta bu krizi atlatana dek her akşam birkaç dakika için seni kontrol etmek istiyorum" der.

Terapistlerin, vaktinden önce sınırları belirlemesi ve sonra onlara bağlı kalması önemlidir. Terapist düşünmeden, onları

anında çözmeye çabalamak yerine kafasında sınırları daha önceden belirleyerek buna bağlı kalması gerekir.

3. *Terapist, kişisel biçimde sınırları belirler.* Kişisel olmayan sınır açıklamaları kullanmak yerine (mesela; "bu, intihar davranışını yasaklamak merkezimizin politikasıdır") terapist, kişisel bir tavırda iletişim kurar (mesela "içimin rahat etmesi için güvende olduğunu bilmek zorundayım"). Terapist, her ihtimalde anlamlar ve duyguların öz ifşasını kullanır ve cezalandırıcı ya da katı seslenmeden kaçınır. Terapist, sınırlama için daha çok kişisel gerekçe gösterdikçe, hasta daha fazla kabul edecek ve onlara göre davranmaya çalışacaktır. Politika, sınırlı yeniden ebeveynliğin genel tutumuyla uyumludur.

4. *Terapist, hasta bunu ilk kez bozduğunda bir kural öne sürer.* Hasta oldukça düşük faaliyet göstermedikçe ya da hastaneye yatırılmadıkça terapistler, hastalara önceden sınırları anlatmazlar ayrıca açık bir sözleşme hazırlamazlar (olağandışı durumlar dışında). Böyle bir liste ya da sözleşme sınırlı ebeveynlik bağlamında çok katı ve kliniksel gelebilir. Daha doğrusu terapist, bunu ilk kez aştığında sınırı açıklar, anlatır ve hastanın bir sonraki sınır aşımına kadar herhangi bir sonuç uygulamaz. Bu süreci sonra daha detaylı bir şekilde açıklayacağız.

Terapist, sınır empoze etmenin gerekçesini açıklar ve hastanın sınıra uyum sağlama zorluğunu vurgular. Terapist, ilgi ve engellenme duygularını paylaşarak sınırın önemini vurgulamak için kişisel kendini ifşa kullanır. Terapist, sınır bozmanın nedenini ve ilgili modları anlamaya çalışır.

5. *Terapist, sınırı aşmanın doğal sonuçlarını hazırlar.* Mümkün olduğunda terapistler doğal olarak hastanın yaptığından çıkan sınır ihlalleri için sonuçlar hazırlar. Örneğin, eğer hasta kararlaştırılandan fazla terapisti arıyorsa o zaman terapist, hastanın o esnada arayamayacağı bir süre belirler. Eğer hasta uygunsuz bir şekilde öfkesini ifade ediyorsa (örneğin terapiste bağırarak) ve vazgeçmeyecekse terapist bir süre için ofisi terk eder ya da gelecek seanstan süre çıkarır. Eğer hasta ısrarla kendine zarar veriyorsa (örneğin madde bağımlılığı) terapist, ilgi düzeyini arttırma gibi güvenliği sağlayıcı adımlar atmakta ısrar eder.

Terapistin hastaya sinirlendiğini bilmek genellikle çok güçlü bir caydırıcıdır. Terapist, "yaptıkların beni sinirlendiriyor" ya da "yaptıklarınla ilgili kızgınlık duyuyorum" dediğinde çoğu kez yeterli olacaktır. Olmadığında terapist, diğer etkileri yürürlüğe sokar. Örneğin; eğer hasta intihar eğilimli olduğunu söyleyerek terapisti arıyorsa terapist, "beni daha fazla aramaya devam edersen intihar ettiğinde acile gitmek gibi senin izleyeceğin başka bir prosedür üzerinde uzlaşmak zorunda kalacağız" der.

BKB olan hastaları tedavi ederken terapi ilerledikçe daha katı sınırlar uygulama eğilimi gösteririz. Hastanın terapiste güçlü bir bağ kurmasından önce terapinin başlangıcında daha az katıyızdır. Genellikle terapiste daha güçlü bağlandığında, hastanın terapistin belirlediği sınırlara bağlı kalmak için daha fazla motivasyonu olur.

Sınırın ikinci defa aşılması. Terapist, sert bir kınama ortaya koyar, belirlenen sonuca gelir ve sınırın bir dahaki aşılmasının sonucunu açıklar. Bu ikinci sonucun, hastanın ilk sınır aşımının ardından daha ciddi olması gerekir. İhlal edilen sınır önemli bir sınırsa sonuca hızlı bir şekilde geçmek gerekli olabilir. Terapist, hastayı yatması da dahil hastanın güvenliğini sağlaması gereken şey neyse onu yapmalıdır. Terapist hastanın güvenliğini sağlar sağlamaz tekrar mod ve şema açısından sınır aşımının nedenlerini inceler.

Sınırın üçüncü defa aşılması. Terapist, bir sonraki aşma için belirlenmiş uzun bir süre için terapiye geçici ara verme ya da başka bir terapiste geçici transfer gibi daha ciddi sonuçlar ortaya koyar. Terapist, sınır dördünce defa aşılırsa başka bir terapiste yönlendirmeyle kalıcı bir son verme uyarısında bulunabilir.

Terapistin Sınır Belirlediği Alanlar

BKB olan hastalar için terapistlerin sık sık sınır koymaya ihtiyaç duyduğu dört bölge vardır. Bu bölümde burada listelenen genel hatların her bölgeye nasıl uygulanabildiğini açıklıyoruz.

Dış Bağlantıyı Sınırlama. İlk alan, terapist-hasta dış bağlantısını sınırlar. BKB olan hastalarla çalışan terapistler bazen hastalarla olan seanslarının dışında ekstra zaman vermek için hazır olmalıdırlar. Fakat ne kadar? Ana ilkelerimiz bu konuyu nasıl açıklar?

Birinci ana ilke, terapistin hastanın güvenliğini sağlar sağlamaz hasta için sonradan yapılmasına içerleyeceği herhangi bir şey yapmaması gerektiğini öne sürer. Başka bir deyişle terapistler, yaparken rahat oldukları şeyleri yapmalıdırlar: Hastalara öfkelenmeden kurabilecekleri kadar dışsal bağlantı kurmalılar. Hastalar, terapistlerin onlarla kurabildikleri kadar temastan genellikle faydalanabilirler -aslında büyük ölçüde yeniden ebeveynlik yoksunluğu çekerler. Terapistin onlara sorması gereken soru, "Kızmadan bu hastaya ne kadar verebilirim?" Bu soruya cevap vermek için terapistler, kendilerini iyi bilmelidirler. Dış temas ile ilgili sınırlar, kişisel bir konudur ve terapistten terapiste değişir. Örneğin bazı terapistler, hastaların kızdıklarında telesekretere mesaj bırakmalarına müsaade eder. Hastalar sık sık aşırı uzun mesajlar bırakarak ayrıcalıkları istismar etmedikleri sürece bu terapistler rahattırlar. Diğer terapistler, bu düzenlemeyle rahat olmayacaklardır bu nedenle bunu kabul etmemeleri gerekir.

Terapistler, sınırlanmış açık bir süre dışında süresiz bulunmaya devam edemeyecekleri dış temasın herhangi bir biçimine başlamaları ya da müsaade etmemeleri gerekir. Örneğin terapistlerin hastayla her gece telefonda konuşmaya başlaması ve sonra aniden hastaya her gece telefonda konuşmanın çok fazla olduğunu ve bırakmak zorunda olduklarını söylememeleri gerekir. Eğer terapist, hastayı sık sık kontrol etme

ihtiyacı duyuyorsa o zaman, haftada bir gün gibi önceden belirlenmiş bir zaman dilimi için bu prosedürü uygulayabilir.

Terapistlerin hastalar ilk kez sınırı geçtiklerinde sınırlarıyla ilgili hastalarla konuşması ve bunu kişisel biçimde yapması gerekir. Örneğin; bir hasta terapistin rahat hissedeceğinden daha fazla telefon temasına başlayabilir. Terapist, profesyonel kurallardan çok kişisel duygular açısından konuşur, şu gibi şeyler söyler;

> "Seanslarımızın dışında haftada ekstra 10 dakikalık telefon teması istersen bundan memnun olurum. Bana uyar ve seninle konuşmaktan memnun olacağım. Fakat şu anda sen haftada iki üç kez aramaktasın ve bundan rahatsızım. Diğer taahütlerime göre bu bana fazla gibi geliyor ve seni kızdırmak istemiyorum."

Eğer mümkünse terapistin telefonda görüşmek yerine sonraki seansta bizzat kendisinin sınır belirlemesi gerekir.

Hastalar sınırları aştığında terapist doğal sonuçları uygular. Terapist bunu empatik yüzleştirmeyle yapar. Bir örnek olarak aşağıdaki senaryoyu göz önünde tutar: BKB olan bir hasta, acil olmayan bir durum için haftada üç defa aramaktadır (örneğin erkek arkadaşı randevusuna geç kalmıştır). Terapist, hastadan sadece acil durumlarda çağrı cihazını kullanmasını istemiştir. Bir sonuç hazırlamadan önce terapist, hastanın çağrı cihazını kullandığı hafta boyunca sahip olduğu duygularıyla empati kurar. Terapist, "Geçen hafta bana birçok defa çağrı gönderdin, krizdeymişsin gibi hissettiğini biliyorum ve senin için üzücü birçok şeyin meydana geldiğini biliyorum" der.

Ardından terapist, hastanın davranışlarında neyin yanlış olduğunu kişisel biçimde açıklar:

> "Seni önemsesem bile geçen hafta sık sık aranmak benim için çok stresli oldu. Bu, sana kızmama yol açmakta ve ben bu şekilde hissetmek istemiyorum. Bana çok sık çağrı atarsan (burada terapist, makul miktarı belirtmektedir) çağrılarına

yanıt vermeyi bırakacağım, acil servise göndermek gibi acil durumları idare etmenin başka bir yolunu hazırlamak zorunda kalacağım. Bunun olmasını istemiyorum. Senin için acilde olan biri olmak istemiyorum. Nasıl hissettiğimi anlayabiliyor musun?"

BKB olan hastalar genellikle empatiktir ve kişisel bir tavırda sunulduğunda terapistin bakış açıcını anlayabilirler. Terapist, hastanın problemli davranışı için bir ikame bulmasına yardım eder: "Telesekretere bir mesaj bırakma ya da kriz destek hattını arama gibi krizdeyken sana yardım sağlayabileceğimiz başka düzenlemeler var mı?"

Sınır belirleme ve uygun girişkenlik modelleme yanında terapist, hastaya öfkenin doğası ile ilgili bir ders verir. Bu, öfke yaratma fırsatına sahip olmadan önce hastanın kendi tutumunu -Öfkeli Çocuk moduna geçene dek kendi öfkesini oluşturur- ve iddialı bir şekilde sıkıntı kaynağına yönelerek kalıbın nasıl üstesinden geleceğini anlamasına yardım eder.

İntihar ya da Teşebbüs Anında Terapistle Temas Kurma. Terapist, hastadan öncelikle terapistle bağlantı kurmadan intihara kalkışmayacağını kabul etmesini ister. Bu düzenleme, terapinin şartıdır. Hasta intihar etmeyi düşündüğünü ya da geçmişte düşündüğünü ilk söylediğinde terapist şarttan bahseder. Hastalar, terapinin devam etmesini istiyorlarsa kuralı kabul etmek zorundadırlar. BKB olan hastalar terapi seanslarında yapmaya ihtiyaç duydukları kadar intihar etme dileğini ifade edebilirler: Hastalar, terapiste doğrudan harekete geçmeden önce söylemelidir böylelikle terapist onları durdurma fırsatına sahip olur.

BKB olan hastaların intihar etmeyeceklerine söz vermeyi zorlamanın işe yaramadığını gördük çünkü intihar girişimlerini kontrollerinin dışında deneyimlerler ve genelde destek olarak intihardan korunmanın baş etme mekanizmasından vazgeçmeyi kaldıramazlar. Bu nedenle BKB olan pek çok hasta, intihara kalkışmamayı kabul etmeyi reddeder. Onları tedavinin dışında bırakmak yerine girişimde bulunmadan önce terapisti arayıp bulmayı kabul etmelerini isteyerek gerekliliklerı modifiye ederiz. BKB olan hastalar bu gerekliliği ilgi olarak görme ve kolaylıkla kabul etme eğilimindedirler.

Terapist, acil olaylar için hastaya ev numarasını ya da kişisel numarasını verir. BKB olan hastaları tedavi eden terapistlerin, bu tür bir erişimi sınırlı yeniden ebeveynlik ilişkisinin hayati bir unsuru olarak sunabilmesi gerekmektedir. Terapiste ulaşılamadığı durum dışında bir iş arkadaşı ya da nöbetçi doktor gibi bir "vekil" yeterli bir ikame değildir, bu durumda terapist, hastanın erişebileceği birisini sağlar. Terapist, ev ya da çağrı cihazı erişiminin ölüm kalım aciliyeti için olduğunu açıklar ve kural ihlal edildiğinde sınır belirler.

İntihar ya da Teşebbüs Anında Belirli Kuralları İzlemek. Terapiye devam etmek için hastalar, sadece intihar girişiminden önce terapistle temas kurmak değil aynı zamanda intihar krizleriyle baş etmek için terapistin belirlediği kurallar hiyerarşisini izlemeyi kabul etmek zorundadır. Bu kuralları "İntihar Krizlerini İdare Etme" bölümünde ele alacağız. Burada değinmek istediğimiz nokta terapistin aşağıdaki sınırı belirlemesidir. Hasta intihara kalkıştığında, bir dizi belirli adımı izlemeyi kabul etmelidir. Bu adımların ne olduğunu belirlemek hastaya değil terapiste kalmıştır. Terapist, hastanın güvende olması için alması gereken adımlarla ilgili tek otoritedir.

Terapist, hastanın intihar düşüncesini ilk ifade ettiğinde sınırdan bahseder. Eğer uyarıldıktan sonra bile hasta sınır içinde kalmayı reddediyorsa terapist, mevcut intihar krizi aracılığıyla hastayı görür ve sonra hastayla terapiyi sonlandırır. Terapist hastayı sınıra bağlı kalmayı reddettiğinde bunun meydana geleceği hakkında önceden uyarır ve hastaya sınırı yeniden inceleme ve uyma fırsatı verir. Terapist, "İsteklerine saygı gösteriyorum ve sende benimkilere saygı göstermek zorundasın. Hastam olarak intihar eğilimliyken güvende olman için uymak zorunda olduğunu düşündüğüm kurallara uyma-

yacağını bilerek seninle yaşamımı geçiremem. Bu benim için sadece anksiyete uyandırıcıdır ve bu şekilde çalışamam."

Dürtüsel Kendine Zarar Verici Davranışları Sınırlama. BKB olan hastalar, sadece uygulanabilir serbest bırakma biçimleri görülen kendini kesme ya da madde bağımlılığı gibi dürtüsel, kendilik bozucu davranışlar olan dayanılmaz duygulanımla dolu olabilirler. Hastalara önceden tanımladıklarımız gibi baş etme biçimlerini öğretmek, bu hastaların endişelerini gidermeyi öğrenmelerine yardım edebilir. Fakat bazen, baş etme becerilerinden faydalanmak oldukça ezici olur. Yeniden ebeveynlik bağı sıkı bir şekilde kurulana dek terapist, muhtemelen hastanın tüm kendilik yıkıcı davranışlarını tamamıyla durduramaz. Terapist katı sınırlar belirlemeye kalkışır fakat terapinin başlangıcında hasta onları tamamen bırakacak kadar istikrarlı olmadığından bu davranışların bazılarına müsaade etmesi gerekecektir. Terapist, yine de terapinin yaklaşık altı ayı içerisinde hastanın kayda değer sıklıkta artık bu davranışları sergilemeyeceğini bekler.

BKB olan hastalar terapistle istikrarlı, besleyici temelde bağlantı kursa, seans sırasında doğrudan terapiste ve başkalarına yönelik öfkesini ifade ettiklerinde o zaman dürtüsel kendilik bozucu davranışlar uzun süreli ilişki kaybı gibi aşırı çevresel koşullar dışında hastaların tamamında önemli derecede azalır.

Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modunun çok yaygın olabilmesine rağmen bu davranış, dört şema modunun herhangi birinden elde edilebilir. Bu davranışların çoğu, hastanın birisine öfkelendiğinden ve bunu doğrudan ifade edemediğinden meydana gelir. Hastanın öfkesi oluşur ve sonunda dürtüsel kendilik bozucu davranış biçiminde ortaya çıkar. Diğer dürtüsel davranışlar, Terk Edilen Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn ya da Kopuk Korungan modlarından kaynaklanır. Önceden bahsettiğimiz gibi BKB olan hastalar kendilerini kestiklerinde Terk Edilen Çocuk moduna girebilirler ve duygusal üzüntüden kaynaklı bir dikkat dağıtıcı olarak fiziksel acıyı kullanmaya kalkışırlar ya da Cezalandırıcı Ebeveyn moduna girebilirler ve kendilerini cezalandırırlar ve yahut Kopuk Korungan moduna girebilirler ve var olduklarını hissetmek için hissizliği atmaya çalışırlar. Terapist, modun kendilik bozucu davranışlar üretmesine uygun olarak sınır belirler.

Terapist, başkalarına yönelik herhangi bir bozucu davranışa göz yummaz. Hasta diğer insanlar için bir tehditse o zaman terapist, aşağıdaki limiti belirler: Eğer hasta diğer insanları vurma, sinsice hareket etme ya da cinsel istismar gibi istismar edecek ya da zarar verecek biçimde herhangi bir şey yapıyorsa terapist, davranışın ciddiyetine bağlı olarak tehlike altındaki kişiye bildirmek ve/veya polisi aramak zorunda kalacaktır. Terapist, "Senin herhangi birine zarar vermek üzere olduğunu anlarsam seni durdurmak için devreye girmek zorundayım. Başka insanları istismar etmene ya da onlara zarar vermene müsaade etmeyeceğim" gibi şeyler söyler.

Boşlukları ve Aralıkları Sınırlamak. Terapist, BKB olan hastaların seansları kaçırmayı alışkanlık haline getirmelerine izin vermez. Kaçırılan seanslar, birincil olarak Kopuk Korungan modun bir ifadesidir. Örneğin; seans sırasında üzüntü verici bir moda geçerlerse -Terk Edilen Çocuk ya da Öfkeli Çocuk gibi- bir tekrarlamadan kaçınmak için bir sonraki seansa gelmeyebilirler. Alternatif olarak hasta terapistine öfkeleniyorsa ve Öfkeli Çocuk moduna geçmekten korkuyorsa bir seansa gelmeyebilir. Terapi bu şekilde ilerleyemez çünkü terapist, ilerlemek için aktif bir şekilde bu modlara girdiklerinde hastalarla çalışma ihtiyacı duyar. Hastalar, düzenli olarak terapi seanslarına gelmeyi ve sadece aşırı durumlarda seansları kaçırmayı kabul etmelidirler (mesela hastalık, kendilerine yakın birisinin cenazesi, bir kar fırtınasının şehri kapatması).

Eğer hasta seans kaçırmada ısrar ediyorsa terapist, artık seans kaçırmaması için bir sonuç ortaya koyar. Örneğin; terapist şunu diyebilir: "Başka bir seans kaçırırsan bir haftalığına

seanslarımızın dışında seninle bağlantıyı keseceğim" ya da "tekrar kaçırırsan bir haftalığına terapiye ara vermek zorunda kalacağım" ya da "bir seans kaçırırsan bir sonraki tüm seans boyunca sadece bunu neden kaçırdığına odaklanacağız."

Terapist, cezalandırıcı yerine ilgi gösterici bir biçimde sınırı empoze eder. Terapist, "seni cezalandırdığımdan" ya da "kötü" olduğunu düşündüğümden yapmıyorum, bunu yapıyorum çünkü sana yardım edebilmemin tek yolu kızdığında bile seanslara gelmen. Eğer seanslarımıza gelmezsen sana yardım edemem. Bu nedenle burada olmayı gerçekten istemediğinde bile gelmen için seni sınırlamak zorundayım."

BKB olan hastaların itaatsizlikleri, genelde Terk Edilen Çocuk modu kaynaklı değildir. İstisna, hastanın ayrılık anksiyetesi duymasından dolayı terapistle çok sık temas kurmasıdır. Terk Edilen Çocuk, terapiste bağımlıdır ve yol gösterdiği için terapiste güvenir, böylelikle itaatkâr olması muhtemeldir. İtaatsizlik genelde diğer modların birinden kaynaklanır -Kopuk Korungan, Cezalandırıcı Ebeveyn ya da Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk. Hastanın itaatsizliğinin üstesinden gelmek için terapist, hasta sınırlara uyana dek bu modla çalışır.

Örneğin terapist, hastadan itaatsiz mod (Kopuk Korungan gibi) ve Sağlıklı Erişkin arasında bir diyalog yürütmesini isteyebilir. Terapist, Öfkeli Çocuğun kendisine sınırla ilgili öfkesini ortaya çıkarmasını isteyebilir sonra empati kurar ve gerçeklik testi uygular. Terapist hastadan sınırlama ile ilgili duygularını ifade ederek sırasıyla her modu canlandırmasını isteyebilir.

Eninde sonunda terapistin sınır koyma becerisi, yeniden ebeveynlik bağının gücüne dayalıdır. Bu bağ, hastanın kurallara uymasını ikna etmede terapistin kozudur. Hasta kuralların gerekçesini idrak etmese bile genellikle terapistin duygularını hatırına kurallara uymayı kabul eder.

İntihar Krizlerini İdare Etme

Terapistler, bir borderline hasta intihar ya da parasusayd davranışa yeltendiğinde hiyerarşik adımları takip ederler.

Hasta ile Temas Sıklığını Artırma

Bu ilk adımdır ve çok önemlidir; genellikle terapist teması, hastanın intihar eğilimine en etkili antidottur. Terapist, kriz geçene dek her gün birkaç dakika hastayı kontrol ederse yeterli olur. İntihar krizi geçer ve terapist, hiyerarşide daha üstlere çıkmak zorunda kalmaz.

Terapist, hangi modun hastanın intihar eğilimini ürettiğini belirler ve bu moda uygun stratejileri kullanır. Eğer bu Terk Edilen Çocuk moduysa terapist, hastaya ilgi gösterir ve korur. Eğer bu Öfkeli Çocuksa terapist, hastanın dışa vurmasına izin verir, empati yapar ve sonra gerçeklik testi yapar. Eğer Cezalandırıcı Ebeveyn ise terapist, hastayı savunur ve cezalandırıcı sesle savaşır. Cezalandırıcı Ebeveyn, arzuyu meydana getirdiğinde hastanın kendini hissileştirmek için parasusayd davranışa başvurabilmesinin yanında terapist intihar davranışına sınır koyar.

Her Temasta İntiharı Değerlendirme

Bir hasta intihar krizindeyken terapist, hastayla konuştuğu her zaman intiharı değerlendirir. Terapist, "şimdi ile bir daha konuşana kadar geçen zaman arasında kendine zarar verecek olma riskin nedir?" der. Terapist hastaya "yüksek", "orta" ya da "düşük" ölçeğinde risk oranını sorabilir. İntihar eğilimi yüksekse o zaman terapist, hiyerarşideki bir sonraki adıma geçer ki bu da önem verdikleri kişilerle temas kurmaya müsaade etmeye izin almaktır.

Önem Verilen Kişilerle Temas Kurmak için İzin Elde Etme

Terapist şöyle der,

"Şu anda sadece birkaç seçeneğe sahibiz çünkü sen oldukça güçlü bir şekilde intihara eğilimlisin. Ya hastaneye gitmek zorundasın ya da kriz geçene dek seninle kalabilecek, arkadaşlık edecek ve sana göz kulak olacak bir aile üyesi ya da bir arkadaş bulmak zorundasın. Seninle kalabilecek ya da idareten kalabileceğin kimse var mı? Eğer hastaneye gitmek istemiyorsan o zaman sana yakın herhangi biriyle konuşmama izin vermek zorunda kalacaksın çünkü şu andan bir daha ki görüşmemize dek kendine zarar vermeden devam edebileceğinden emin değilim."

(Not: Aile ortamı, hastanın şemalarını büyük ölçüde biçimlendirmişse, aile kökeni sadece son çare olarak kullanılması gerekir.)

Yardımcı Terapistle Bir Konsültasyon Düzenleme

Aynı zamanda terapist, yardımcı terapistle bir konsültasyon düzenler. Bu kişi hastanın intihar etme eğiliminin ağırlığını paylaşır bu nedenle terapist bunu tek başına taşımak zorunda değildir ve terapistin hastanın intihar etme eğilimini en uygun biçimde idare etmesine yardım eder. Terapist yardımcı terapistle hastayı paylaşır ki ana terapiste eşlik ederek hizmet eder. Eğer hasta asıl terapiste ulaşamıyorsa ya da hasta ve terapist kendilerinin çözemediği bir uyuşmazlıkları varsa o zaman yardımcı terapist aracılık edebilir. BKB olan terapistleri tedavi eden terapistler birlikte çalışabilirler ve birbirlerine yardımcı terapist olarak hizmet vererek birbirlerini desteklerler.

Psikotropik İlaç Tedavisine Başlama

Terapist bir psikiyatr değilse, psikiyatr ile bir konsültasyon ayarlar. Psikiyatr, ilaç tedavisi ve hastanede tedavi sorunlarını idare edebilir. BKB olan pek çok hasta psikotropik ilaç tedavisine iyi tepki verir. İlaçla tedavi, korku ve üzüntüleri önemli miktarda azaltabilir ve onların daha yüksek düzeylerde çalışmalarına izin verebilir.

Birleşik Tedavileri Dikkate Alma

Terapist, ilave desteği hastaya sağlayabilen birleşik tedavileri dikkate alır. Bazı örnekler: Gündüz hastanesi, grup terapi, telefon kriz hatları, ensest yaşayan destek grupları ve 12 adım grupları.

Gerektiğinde Gönüllü Olarak Hastaneye Yatmayı Düzenleme

İntihar krizlerinin hem şiddeti hem de sıklığı hastaların hastaneye yatmasının gerekip gerekmediğini belirler. Eğer bir hasta aşırı derecede ya da zamanın çoğunda intihar eğilimliyse o zaman hastanın hastaneye yatması gerekir. Terapist "Kronik bir şekilde ölüm kalım halindeysen o zaman senin güvende olacağın bir hastanede olman gerekir."

Şayet hasta hastaneye gitmeyi reddediyorsa ve intihar yakın gibi görünüyorsa o zaman terapist hastayı gönülsüzce hastaneye yatırır. Terapist hastayı canlı tutmak için isteğine karşı geldiğinde polisi aramak dahil ne gerekiyorsa yapar. Terapist, "Hastaneye isteyerek gitmeyi reddediyorsan o zaman başka seçeneğim yok gönülsüzce seni hastaneye yatıracağım. Bilmeni isterim ki bunu yapmam gerekirse çıktığında artık terapistin olmayacağım." Terapist, hastanın işbirliği reddinden dolayı bir sonuç dayatır ve ona yumuşama fırsatı verir: "Hastaneye isteyerek gidersen terapistin olarak kalacağım ve hastaneden çıktığında senin tedavine devam edeceğim. Sen isteyerek gitmeyeceksen zorunlu kabul için ayarlama yapmak zorundayım. Eğer sınırlarımı kabul etmeyeceksen terapistin olmayacağım."

Suistimal ya da Terk Edilmenin Travmatik Çocukluk Anılarını Derinliğine Çalışma

Travmatik çocukluk anılarını derinliğine çalışma, deneysel çalışmanın en son ve en zorlu düzeyidir. Terapistin yol gösterici olarak hareket etmesiyle hasta, hayalde suistimal ya da terk edilme travmatik anılarını (ya da diğer travmatik anıları) hatırlar ve yeniden yaşar.

Terapist, belirli koşullar karşılanana dek travmatik hayal kurma çalışmasına başlamaz. İlki hastanın bastırılma ya da intihar etme eğilimi olmadan, sürece dayanmak için yeterince yüksek bir düzeyde istikrarlı ve faal olmasıdır. Terapist ve hasta, hastanın hazır olup olmadığına birlikte karar verebilirler. İkincisi, terapist ve hastanın seansın erken dönemlerinde hastanın travmasını enine boyuna tartışana dek terapist travmatik hayal kurma çalışmasına başlamaz. Diğer bir deyişle terapist ve hasta deneysel çalışmaya girişmeden önce bilişsel bir düzeyde travma üzerinde çalışırlar. Üçüncüsü, terapistlerin travmatik materyale hayal kurma tekniklerini uygulamadan önce travmayla çalışmada ileri düzeyde eğitim elde etmesi gerekir.

Travmanın tanımlanmış karakteristikleri, korku, savunmasızlık, dehşettir. (DSM-IV; Amerikan Psikiyatri Derneği.[11]) Travmatik anılarla birleşen duygular sıradan duygular değillerdir, aşırıdırlar. Normal insanın duyguya tahammül etme kapasitesini baskı altına alırlar. İnsan yapımı ve yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen ve geniş bir zaman diliminde tekrarlanan travma özellikle mahvedicidir, ne yazık ki çocukluk istismarı ve ihmalinin gerçekleri olan karakteristiklerdir.

Terapist, hastanın terapötik ilişkinin bağlamı içerisinde travma ile ilişkili duyguları kontrol altına almasına yardım eder. Böylelikle hasta onları yalnız deneyimlemek zorunda kalmaz. Sonunda bu, hastanın duygulara dayanmasını ve travmayı tekrar atlatmasını sağlayan terapist-hasta bağının güvencesidir. Terapist-hasta bağı, hastanın asıl travmaya genel katkı sağladığı anlayışa karşı çıkar: O değersizdir, savunmasızdır ve yalnızdır. Aksine terapi bağı, travmatik deneyime rağmen hastanın değerli, korunan ve diğer insanlarla bağlantılı hissetmesini sağlar.

Gerekçe Sunma

İstismar anılarının üzücü duyguları çağrıştırabilmesi nedeniyle hastalara onları yeniden canlandırması için inandırıcı bir gerekçe vermesi önemlidir. İyi bir gerekçe bağlamı olmadan hayalde istismarı yeniden canlandırma, iyileştirmek yerine yeniden travmaya neden olabilir. Bu hastaya yardım etmek yerine zarar verebilir.

Terapist, "empatik gerçeklik testi" biçiminde gerekçe sunar. Terapist, istismarı hatırlarken hastanın acısıyla empati kurar, bundan kaçınma arzusunu anladığını ifade eder fakat durumun gerçekliği ile yüzleşir. Hasta, istismarı hatırlamaktan kaçındıkça istismar, hastanın yaşamına daha da egemen olacaktır. Oysa hasta istismarı işledikçe istismarın gücü ve yaşam üzerinde etkisi azalacaktır. Hasta, anılarını dissosiye etmeye devam ettiği sürece anılar, semptom ve kendilik bozucu davranış biçiminde hastanın yaşamını baskılamaya devam edecektir. Hâlbuki hasta anıları hatırlayabilir ve birleştirebilirse sonunda semptomlardan kurtulmuş olacaktır.

Terapist, istismarı yeniden canlandırmanın amacını açıklar. Hasta onları engellemeden travma anıları ve duygularını ilk kez deneyimleyecektir. Sonra terapistin yardımıyla istismar edene karşı koyacaktır. Bu hastanın hem istismarcıya karşı hem de onu istismar etmeye kalkışan diğer bireylere karşı gelecekte daha güçlü hissetmesine yardım edecektir. Bu ayrıca ne olduğunu incelerken travmanın onun hayatındaki devamlılığını zayıflatacak ve hayatına yeni bir anlam verecektir. Hasta istismarın dışında bazı iyi şeyler yaratabiliyorsa onun üzerinde galip gelmiş hissedebilir.

Terapist, hayal sırasında hastanın terapistin değişmeyen tutumu ile ilgili endişelerini giderir. Terapist, "seninle burada olacağım. Acılı duygularına dayanmanda sana yardım edeceğim." Amaç, istismar anılarında hasta için artık o kadar yıkıcı olmayan bir noktaya varmaktır.

Travmatik Olayların Hayalini İdare Etme

Hasta gerekçeyi anlayıp kabul ettiğinde terapist, hayal kurma çalışmasına başlamaya hazırdır. Hastanın kontrol duy-

gusunu azaltmak için terapist, ne olacağını açıklayarak başlar. Terapist şöyle der;

> "Senden gözlerini kapatmanı ve daha önce bana anlattığın istismarın (ya da terk edilme) hayalini kurmanı istiyorum. Hayal başladığında yapabildiğin kadar detaylı bir şekilde ne olduğunu bana anlatmanı istiyorum. Şu anda oluyormuş gibi şimdiki zaman kipinde konuş. Eğer korkuya kapılmışsan ve hayalden uzaklaşmak istersen kalman için sana yardım edeceğim fakat bir anda durdurmak istersen elini kaldır, duracağız. Sonradan senin hayalden şu ana geçiş yapmana yardım edeceğim. Böylelikle hayalde ne olduğu hakkında konuşabiliriz. Hoşlandığın sürece bunun hakkında konuşabiliriz."

Terapist, hastanın herhangi bir sorusu olup olmadığını sorar.

Travmatik anılarla çalışırken terapist, çok kısa hayal çalışması yürütür ve genelde prosedüre devam etmeden önce sonraki aşamaya geçmek için birkaç hafta verir. Bu süre sırasında terapist ve hasta hayali derinlemesine tartışır. Süreç doldurma değil, aşamalı açılım sürecidir. Hastalar, travmatik hayalde özellikle en üzücü kısımlarıyla uğraşmaya çoğunlukla isteksizdirler. Terapist, korkulu hayallere adım adım yaklaşma yoluyla hastaya yardım eder.

Hastanın hayalini tanımladığı ilk an terapist, hasta sadece takıldığında devam etmesini cesaretlendirmek için önemsiz şeylerden bahseder. Aksi halde terapist, sessiz kalır ve dinler. Peş peşe hayal kurma seansları aracılığıyla terapist, gittikçe daha aktif hale gelir. Hastalar hayalleri engellemeye başladığında terapist onların devam etmesine yardım eder. Terapist, onların anıları canlı bir biçimde deneyimlemesine yardım eder. Amaç, hastanın hayalle duygusal bağlanımını arttırmaktır. Terapist, sorular sorarak eylemi yavaşlatır ve hastayı hikayenin önemli bir kısmını sözcüklere dökmeye teşvik eder. Hasta neyi görmekte, duymakta, koklamakta; neye dokunmakta; neyin tadını almaktadır? Hastanın bedensel duyumları

nedir? Hasta neyi düşünmektedir? Hastanın tüm duyguları nedir? Hasta tüm duygularını yüksek sesle ifade edebilir mi?

Travmatik anılarla mücadele ederken hasta sadece meydana gelenin bağlantısız hayallerini üretebilir. İmgeyi bir anlık elde edebilir ya da imgenin tümünü göremeyebilir. Çocuk istismarı yaşayanların çoğunun, hatırlamaya dayanamadıkları belirli anları vardır. Hayalde bu anlara yaklaşırlarken anlatım bozulur. Sadece bir dizi değişmez hayal görebilirler. Genelde bu anları hatırladıklarında duyguyla dolarlar. Korku içinde sarsılabilir, hayali savuşturmak için ellerini kaldırabilir ya da kafalarını çevirebilirler. Terapist, hastaların pek çok travmatik imgeyi bütünleştiren uygun bir hikayeye bu parçaları monte etmesine yardım eder. Amaç, sonunda mümkün olduğu kadar az anının ayrışmış kalacak olmasıdır. Terapist, anı unsurlarını öne sürmemeye özellikle dikkatli olmalıdır yoksa "sahte bir anı" yaratır. (Bu konu Bölüm 4 "Deneysel Stratejiler" de etraflıca ele alınmıştır.")

Terapist, hastaların, istismarcıya karşı koymak gibi çocukluklarında yapamadıklarını hayalde yapmaları ya da söylemeleri için cesaretlendirir. Terapist, hastaya yardım etmek için hayale katılır. Kanımızca hayalde istismarcıya karşı koymak, çocukluk istismarının tedavisinin merkezidir. Hasta istismarcıya karşı durabilene dek -ve böylece kendi Cezalandırıcı Ebeveyn moduna karşı- istismarı iyileştiremeyecektir. Hastalara önemli bir istisna dışında saldırgan davranışlar da dahil seçtikleri biçimde karşı koymalarına müsaade ederiz. Eğer bir şiddet davranışı geçmişine sahiplerse hastaların icra edilen şiddetin hayali imgeleri ayrıntılandırmasına olanak vermeyiz.

Hayal kurma çalışması sona erdikten sonra terapist, bir tür rahatlama prosedürü aracılığıyla hastaya yol gösterir. Bu, hastanın tedavide şimdiye kadar öğrendiği zihni özendirme meditasyonu, ilerlemeli kas gevşemesi, güvenli yer hayali ya da olumlu telkinler gibi kendini yatıştırma becerilerinden herhangi biri olabilir. Hasta sakinleşene dek terapist rahatlama

prosedürüne devam eder. Hasta sakinleşir sakinleşmez terapist, mevcut ana yerleşmesi için birkaç dakika verir. Terapist, hastanın dikkatini yakın çevreye çeker örneğin ofiste birkaç şeye bakmasını ister, hastaya içmesi için su verir ya da günlük olaylarla ilgili hasta ile sakince sohbet eder.

Hasta sakinleşince terapist, hasta ile hayal kurma seanslarını derinlemesine ele alır. Terapist, hastayı yeniden canlanan istismara karşı tüm reaksiyonlarını dışa vurması için cesaretlendirir ve hastayı buna dayanacak gücü olduğu için över. Terapist, hastanın yeniden kendine gelmesine yeteri kadar zaman ayırmaya dikkat gösterir (en az 20 dakika). Terapist, hastanın hayal kurma çalışması ile ilgili aşırı üzülüp seansı bırakmasına izin vermez. Gerekirse terapist, hastanın seanstan sonra bekleme odasında kalmasına imkan verir ya da günün devamında ve ya akşam kontrol için aramasını ister.

Yakınlık ve Bireyleşmeye Geçiş

Tedavi ilerlerken terapist, terapi ilişkisinden terapi dışındaki uygun önem verdikleri kişilere genelleştirmeyi teşvik eder. Terapist, hastanın istikrarlı partnerler ve arkadaşlar seçmesine yardım eder ve sonra onlarla gerçek bir yakınlık geliştirmesi için cesaretlendirir.

Hasta, bu süreçle meşgul olmaya direndiğinde terapist, empatik yüzleştirme ile yanıt verir: Terapist, hastanın yakınlığını riske atmanın ne kadar zor olduğunu ifade eder fakat şunu da belirtir ki hasta ancak bu tür ölçülmüş riskler yoluyla başkalarıyla anlamlı yakın ilişki deneyimleyecektir. Hasta yakınlıktan kaçındığında terapist hastanın kaçınma kısmıyla mod çalışması yürütür; terapist, hastanın hayalindeki bir karakteri "dirençli" kısım yapar ve sonra bu modla diyalog yürütür. Terapist ayrıca yapışma, geri çekilme, aşırı öfke gibi kendini engelleyici sosyal davranışlarla empatik olarak yüzleşir.

Ayrıca hasta istikrar kazanır kazanmaz terapist, "doğal eğilimlerini" keşfederek bireyleşmesine yardım eder. Başkalarını

sevindirmek yerine gerçek ihtiyaç ve duygularının temelinde hareket etmeyi öğrenir. Dr. Young'ın Kate ile görüşmesinde tedavinin bu kısmının önemini etkili bir şekilde ifade eder.

KATE: Çok güçlü bir kanım olduğunu ya da bazı şeylerle ilgili çok güçlü hissettiğimi söyleyebilirim fakat hemen sonraki dakikada gitmiş olur. Gariptir, birkaç ay önce favori rengimin ne olduğunu buldum ve çok heyecanlandım (*güler*). Çünkü benim favori bir rengim vardı. Ve bu gerçekten dikkat çekmek istediğim bir şey.

TERAPİST: Ve bunun sen olduğunu biliyordun.

KATE: Evet. (*Ağlar*). 27 yaşındayım ve hepsi de buydu. Başkası bunun hoşlanmam gereken renk olduğunu söylediği için ya da olmak istediğim biri ondan hoşlandığı için değil bu gerçekten benim hoşlandığım renk. Sadece -bana- hoş geliyor. Yani kendimle gurur duyuyorum. (*Güler*).

TERAPİST: Bu harika. Başkalarının senden olmanı istediği şey olmaya çabalayan kısmın aksine kendinin gerçek olan kısmını bulabildin.

KATE: Evet.

TERAPİST: Hayatının büyük bir kısmında bu senin yapmayı beceremediğin bir şey oldu.

KATE: Bu çok eğlenceli. Ama bu rengi ne zaman görsem üzerine atlamak istiyorum zira hoşlandığımı bildiğim bir şey ve bu benim için önemli. Çünkü hoşlandığımı ve istediğimi bildiğim çok az şey var.

Son adım, terapistin seans sıklığını yavaşça azaltarak terapiden adım adım bağımlılığını kesmeye cesaretlendirmesidir. Önceden bahsettiğimiz gibi pek çok durumda başarılı bir şekilde tedavi edilen BKB olan hastaların bozukluklarının asla tamamen sona ermeyeceğini gördük. Temaslar arasında uzun süre geçiyor bile olsa bu hastaların çoğu sonunda terapisti tekrar ararlar. Hasta, terapisti geçici bir ebeveyn olarak görür ve bir temas sürdürmeye devam eder.

Terapist Tuzakları

Modlar sürekli olarak değiştiğinden BKB olan hastalar, istikrarlı içsel terapist imgesine sahip değildirler. Bunun yerine terapist imgesi, modlarla birlikte değişir. Terk Edilen Çocuk modunda terapist, aniden ortaya çıkabilen ya da hastayı çekebilen idealleştirilmiş bir bakıcıdır. Öfkeli Çocuk modunda terapist, değersiz mahrum edicidir. Cezalandırıcı Ebeveyn modunda terapist, saldırgan bir tenkitçidir. Kopuk Korungan modunda terapist, uzak, mesafeli bir figürdür. Hastanın terapist algısı, bu nedenle sürekli değişir. Bu geçişler, terapist için oldukça alt üst edicidir. Bu değişen değerlendirmelerin nesnesi olan terapistler, suçluluk duygusu, kurtarma fantezileri, öç almak için öfke tutkusu, sınır aşımları ve derin savunmasızlık duygularını içeren şiddetli karşı aktarım reaksiyonlarına eğimlidir.

Terapistlerin, BKB olan hastaları tedavi ederken genelde karşılaştıkları tehlikelerin çoğunu kısa bir şekilde listeledik. Tehlikeler, terapistin kendi özel şema ve baş etme biçimlerine bağlıdır.

Terapistin Boyun Eğicilik Şeması

Boyun Eğicilik şemalarına sahip ve baş etme biçimi olarak teslim olma ya da kaçınmayı kullanan terapistler, hastalara karşı çok pasif olma tehlikesiyle karşı karşıyadırlar. Yüzleştirmeden kaçınabilirler ve uygun sınır hazırlamada başarısızdırlar. Sonuçlar, hem terapist hem de hasta için negatif olabilir. Terapist zamanla öfkeli hale gelir ve hasta sınır yoksunluğu ile ilgili gittikçe artan bir anksiyete duyar ve dürtüsel ya da kendine zarar verici davranışlarla uğraşabilirler.

Boyun Eğicilik şemasına sahip terapistler, gerektirdiğinde -empatik yüzleştirme aracılığıyla- uygun sınırlar oluşturmak ve uygulamak için ve hastaları yüzleştirmek için bilinçli ve belirli çabayı göstermelidir.

Terapistin Kendini Feda Şeması

Kendini Feda şemalı terapist için tehlike (deneyimlerimizde neredeyse tüm terapistler bu şemaya sahiptir), hastalarla çok fazla dış temasa müsaade etmeleri ve sonra kırgın olmalarıdır. Pek çok terapistin Kendini Feda şemasının temelinde Duygusal Yoksunluk duygusu yatmaktadır -pek çok terapist, çocukken kendilerine verilmesini istedikleri ne ise hastalara onu verirler. Terapist, çok fazla fedakârlık gösterir, kırgınlık ortaya çıkar ve sonunda hastadan uzaklaşır ya da onu cezalandırır.

Bu şemalı terapistlerin durumu yönetmesi için en iyi yol, önceden kendi sınırlarını bilmek ve onlara tam olarak bağlı kalmaktır.

Terapistin Kusurluluk, Yüksek Standartlar ve Başarısızlık Şemaları

Bu şemaların herhangi birine sahip terapistlerin, BKB olan hastalar ilerlemede başarısız olduklarında, kötüye gittiklerinde ya da terapisti eleştirdiklerinde yetersizlik duyma tehlikesi vardır. Bu şemalı terapistlerin, en iyi terapistlerle en iyi koşullar altında olsalar bile BKB olan hastalarla olan tedavi sürecinin cesaret kırıcı süreçler, nüksetme, anlaşmazlıklar tarafından karakterize olduğunu hatırlaması önemlidir. Yardımcı bir terapiste ve iyi bir yönlendirmeye sahip olmak, terapistlerin hangi zaman aralığında neyi başarmanın gerçekçi olduğunun açık bir vizyonunu elde etmesine yardım edebilir.

Terapist Tarafından Şemanın Aşırı Telafisi

Bu tuzak, oldukça tehlikelidir ve terapi ilişkisini ortadan kaldırabilir. Eğer terapist, şema aşırı telaficisi olma eğiliminde ise - yani karşı saldırı eğilimleri- o zaman terapist, öfkelenebilir ve hastayı suçlayabilir ya da cezalandırabilir. Şemayı aşırı telafi eğiliminde olan terapistler, yardım etmek yerine BKB olan hastalara zarar verme yüksek riskine sahiptirler ve bu hastaları tedavi ederlerken yakından gözetmeleri gerekmektedir.

Terapist Tarafından Şemadan Kaçınma

Şemadan kaçınan terapistler, bilmeden hastanın şiddetli duygu ve ihtiyaç ifadesini engellerler. Hasta güçlü bir duygulanım ifade ettiğinde bu terapistler, rahatsızlık duyarlar ve kaçınırlar aksi halde kaygı ifade ederler. BKB olan hastalar, bu reaksiyonları belirleyip onları eleştiri ya da reddetme olarak yorumlarlar. Terapistler bazen bu hastaların şiddetli duygulanımından kaçınmak için zamanından önce terapiyi sonlandırmayı teşvik ederler.

BKB olan hastalarda terapistlerin etkili olması için şemadan kaçınanlar, kendisinin ve hastanın duygularına dayanmayı öğrenmelidirler.

Terapistin Duygusal Baskılama/Ketlenme Şeması

Duygusal Baskılama şemasına sahip terapistler, BKB olan hastalara genelde soğuk, katı ya da kişilikdışı görünürler. Bu ciddi bir tehlikedir. Duygusal olarak aşırı baskılanmış terapistler, BKB olan hastalara zarara neden olabilirler ve muhtemelen onlarla çalışmamaları gerekir. BKB olan hastalar, ilgiye ve yeniden ebeveynliğe ihtiyaç duyarlar. Dış görünüşü soğuk terapist, muhtemelen hastanın farkına varıp kabul edebildiği bir tutumda onun ihtiyaç duyduğu ilgiyi hastaya veremeyecektir.

Eğer terapist şemayı iyileştirmeye çalışmayı seçerse terapi sırasında duygusal ketlenmenin üstesinden gelme olasılığı vardır.

ÇÖZÜM

BKB olan bir hasta ile terapi, uzun vadeli bir süreçtir. Bir hastanın bireyleşme ve başkalarıyla yakınlık kurması için genelde tedaviye 2-3 yıl gerekir belki de daha fazlası gereklidir. Fakat hastalar, süreç boyunca yeterli gelişim gösterirler.

Bizler, BKB olan hastalarla şema terapi kullanımıyla ilgili umut ve iyimserlik duymaktayız. Hem hasta hem terapist için

tedavinin yavaş ve zor olmasına rağmen ödülü büyüktür. BKB olan pek çok hastanın yeterli ilerlemeler kaydettiğini görmekteyiz. Kanımızca bu hastalar için şema terapinin gerekli tedavi edici unsurları, terapistin sağladığı "sınırlı ebeveynlik", mod çalışması, tanımladığımız aşamalarda terapi içerisindeki ilerlemedir.

10

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ŞEMA TERAPİ

Deneyimlerimizde terapistler için en kalıcı zorluk gösteren borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalardadır. Bir anlamda bu iki grup hasta, terapistlere karşıt ikilemler yaratır. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar genelde savunmasız ve yeterince hassas değillerken BKB olan hastalar yoksundurlar ve pek çok terapist için hassastır. Her iki grup terapi süreci ile ilgili değişkendirler. BKB olan hastaların tedavisindeki gibi narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara moda dayalı bir yaklaşım kullanırız. Geliştirdiğimiz mod kavramı büyük ölçüde bu iki hasta tipini daha başarılı bir şekilde tedavi etmek içindir. Mod yaklaşımı, uyumsuz kısımlarla -izolasyona yönelik hareket eden, kendilik bozucu, başkalarına zarar veren- savaşırken aynı zamanda iyileşmek için çabalayan hastanın yönleriyle bizim terapötik ittifak kurmamıza olanak verir.

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN HASTADAKİ ŞEMA MODLARI

Narsisistik kişilik bozukluğunu niteleyen üç birincil modu keşfetmiştik (terapistin artırmaya çalıştığı Sağlıklı Erişkine ek olarak):

1. Yalnız Çocuk
2. Büyüklenmeci Kendilik
3. Kopuk Yatıştırıcı Kendilik

Narsisistik kişilik bozukluklarının hepsi üç modun tümüne sahip değildir. Bazılarının başka modları olur. Bununla birlikte bu üç mod, açık farkla en yaygın olanlardır. Üç modu ele alırken narsisizmin oluşma teorisini kurduğumuz şemalar ve baş etme biçimlerine bağlarız.

Deneyimlerimize göre bu hastalar genellikle gerçek bir sevgi alıp veremezler (nadiren kendi çocukları hariç). Narsisizmin çekirdek şemaları, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluktur ki bu da Yalnız Çocuk modunun parçasıdır. Hak Görme şeması, diğer iki şema için bir aşırı telafidir ve Büyüklenmeci Kendiliğin parçasıdır. Narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hastanın gerçek bir sevgi deneyimleyemeğinden yaşamı boyunca Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarını sürdürmesi olasıdır. Sevilmemiş ya da sevemeyen kalmaları kendi davranışları aracılığıyla olur -terapi görmedikçe ya da başka sağlıklı ilişkilerle meşgul olmadıkları sürece.

Yalnız Çocuk neredeyse daima Aşırı telafi baş etme biçimiyle birlikte Duygusal Yoksunluk şemasına sahiptir. Şemayı telafi etmek için hastalar, hak görme duygusu geliştirirler. Onlar kendilerine en yakın insanlardan çok fazla şey talep ederler ve çok az şey verirler. Mahrum kalmayı beklediklerinden ihtiyaçlarının giderilmesini sağlayacak biçimde ısrarlı davranırlar. Bu hastaların kendilerinin ne kadar ihmal edilmiş ve yanlış anlaşılmış olmalarının nedeni Duygusal Yoksunluk şemalarıdır.

Kusurluluk şeması genellikle narsisizimde mevcuttur. Narsisistik kişilik bozukluklarıyla pek çok hasta kusurlu hisseder. Bu nedenden ötürü başka insanların kendilerine çok yakın olmalarına müsaade etmezler. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, yakınlıkla ilgili değişkendirler: Buna karşı mesafeli ve rahatsız hissederler ve eş zamanlı olarak bunu kabul etmeye başladıklarında savuştururlar. (Biri, bunu Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemaları arasındaki gerilim olarak görebilir. Yoksunluk duyguları, onları başkalarıyla yakınlaşmaya motive eder fakat kusurluluk duyguları, uzaklaşmaya motive eder.) Herhangi bir kusurun açığa çıkması utandırıcıdır ve sonunda reddedilmeye yönelecektir. Herkesin önünde yüksek standartları karşılayamadıklarında büyüklükten aşağılığa çökerler ve utanç duyarlar. Bu gibi başarısızlıklar, çoğunlukla depresyon ya da anksiyete veya psikosomatik bozukluklar gibi Eksen I semptomları üretir. İlaveten başarısızlık genellikle aşırı telafi için yeni çabalar oluşturur.

Genelde hassas davranırız ya da her bireysel hastaya daha uygun olması için modların isimlerini değiştiririz. Örneğin, Yalnız Çocuğa "Reddedilmiş Çocuk", "İhmal Edilen Çocuk" ya da "Yetersiz Çocuk" ismini verebiliriz. Büyüklenmeci Kendiliğe "Rakip" ya da "Eleştirmen" diyebiliriz. Kopuk Yatıştırıcı Kendiliği "Heyecan Bağımlısı" ya da "Spekülatör" olarak adlandırabiliriz. Hasta için modu en iyi yakalayan isim neyse onu kullanırız.

Diğer Şemalar

Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Hak Görme, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda en göze çarpan şemalardır. Fakat çoğunda başkaları da vardır. Sık sık aşağıdaki şemaların bazılarını da gözlemleriz.

Güvensizlik/Suistimal Edilme
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma
Başarısızlık
Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin
Boyun Eğicilik
Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık
Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik
Cezalandırıcılık

Baş etme biçimleri olarak aşırı telafi ve kaçınma kullandıklarından narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, çoğu zaman şemaların farkında değildirler.

Yalnız Çocuk Modu

Bu mod, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda bulunan İncinebilir Çocuk modunun versiyonudur. Özde bu hastaların çoğu, yalnızca ebeveynlerini abarttıkça belli bir derece değer verilen yalnız çocuklar gibi hissederler. Hastalar bununla birlikte bu çekirdek duygunun biraz farkındadırlar. Çocuğun önemli birçok duygusal ihtiyacı genellikle giderilmemiş olduğundan hasta boş ve yalnız hisseder. Terapist, hastanın Yalnız Çocuk moduyla en derin bağı biçimlendirir.

Bu modda narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, sevgiyi hak etmediğini düşünürler. Yalnız Çocuk sevgisiz ve sevimsiz hisseder. Narsisistik kişilik bozukluğu pek çok hasta, gerçek kapasitesinin ötesi bir düzeyde bir yolunu bulup başarılı olabileceklerine inanırlar. Bir şekilde herkesi kandırırlar ya da inanılmaz derecede şanslı olurlar. Bu nedenle genellikle alttan alta başkalarının onlar için hazırladıkları beklentilere ulaşamadıklarını ama yüzeyde ihtiyaçlarını karşılıyor gibi görünürler. Bu beklentileri daha fazla karşılamaya devam edemeyeceklerini hissederler. Çoğu zaman bu hastalar, temelde kabul görmek için aşırı telafi gösterdikleri yaşam alanları duygusuna sahiptirler ve değer yıkılmasının eşiğindedirler.

Bu hastalar için "özel" duygusunun karşıtı, "sıradanlık" duygusudur. Sıradanlık, pek çok narsisistik kişilik bozukluğu hastaları için en kötü duygulardan biridir. Çünkü kendilik imgeleri parçalanmıştır: Ya ilgi odağıdır ve harikadırlar ya da hiçtirler. Bunun bir ortası yoktur. Bu, çocukken bu hastaların aldığı koşullu onaylamanın bir sonucudur. Eğer özel olmazlarsa hiç kimse onları sevmeyecektir, hiç kimse onlarla zaman geçirmeyecektir. Yalnız kalacaklardır.

Yalnız Çocuk modu, genellikle narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda özel statülerin ya da bazı geçerlilik kaynaklarının kaybedilmesiyle tetiklenir. İşleri başarısızdır; işlerinden kovulurlar. Eşleri ya da partnerleri onları terk eder. Bir mücadele kaybederler; başka birisi daha çok başarıya ya da övgüye ulaşır. Saygı gösterdikleri herhangi birisi onları eleştirir; ya da hastalanırlar ve çalışamazlar. Bu hastalar, Yalnız Çocuk moduna geçtiklerinde olabildiğince hızlı bir şekilde diğer modlardan birine geri dönmeye çalışırlar (Büyüklenmeci Kendilik ya da Kopuk Yatıştırıcı Kendilik). Çoğu hasta Yalnız Çocuk modunda mümkün olduğu kadar kısa bir süre kalır çünkü Yalnız Çocuğu deneyimlemek, şiddetli bir acıdır. Yalnız Çocuk, üzgün, sevgisiz, küçük düşürülmüş ve (genelde) kendinden nefret etmeye zorlandığını hisseder. Yaşamlarında belli bir noktada -engelleme, başarısızlık ve reddedilmenin bir sonucu olarak- narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta Yalnız Çocuk modunda biraz zaman geçirmişlerdir. Bununla birlikte genellikle bunu açık bir şekilde hatırlamazlar, bununla ilgili düşünmeye direnirler ve tekrar incinebilirlik hissinden kaçınmak için neredeyse hiçbir şey yapmayacaklardır.

Büyüklenmeci Kendilik Modu

Büyüklenmeci Kendilik modu, hastanın duygusal yoksunluk ve kusurluluk duyguları için bir aşırı telafidir. Hastalar bu moddayken hak gören, rekabetçi, büyüklenmeci, istismarcı, statü arayıcı biçimde davranır. Bu, bilhassa başka insanların etrafında "öntanımlı" ya da otomatik modlarıdır. Narsisistik kişilik bozukluklarının, çoğu zaman deneyimledikleri mod budur. Uzun süreler kendi kendilerine kaldıklarında Kopuk Yatıştırıcı Kendilik moduna ve nadiren de Yalnız Çocuk moduna geçerler.

Yalnız Çocuk (genelde) kusurlu hissettiği için Büyüklenmeci Kendilik üstünlük göstermeye çalışır. Bu modda hastalar, genelde takdir görme arzusu duyarlar ve başkalarına karşı eleştirel hale gelirler. Onlar lütfeden bir tonda konuşma,

önemsiz olarak algıladıklarında öfkeyle karşılık verme, sürekli üstünlük taslama ve daima hak görme gibi rekabetçi davranışlara eğimlidirler. Bu davranışlar telafi edicidir: Temelde bu hastalar aşağı ve hor görülmüş hissederler. Hastalar, incinebilir ve konuşmanın akışını duygusal olarak materyal ortaya çıkarmaktan uzaklaştıracak şekilde kontrol ettiklerini hissettiklerinde şema, bu tür yakınlaşma-kaçınma davranışları içerisinde öfke ifadesi olarak kendini gösterir (bu bölümün devamında sunduğumuz örnek vaka Carl'ın yapmaya çalıştığı gibi).

Hastanın benmerkezciliği, başka insanların ihtiyaçları ve haklarına ilgisizlik ve "benzersizlik" duygusu yönelten Hak Görme şemasıdır. Büyüklenmeci Kendilik modunda narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, duyarsız bir biçimde davranma eğilimi gösterirler. İstediklerine sahip olma ve istediklerini yapmada başkalarına olan maliyetine bakmadan ısrar ederler. Nerdeyse bütünüyle bencildirler ve başkalarının ihtiyaçları ve duyguları için çok az empati gösterirler. Başkalarının davranışlarını kendi isteklerine uygun olarak idare etmeye çalışırlar. Özel muamele görmeyi beklerler ve başkalarına uygulanan kurallara uymak zorunda olduklarına inanmazlar.

Bahsettiğimiz gibi terapist genelde Büyüklenmeci Kendilik modunun ismini, herhangi bir hastaya daha uygun olması için değiştirir. Bu moda "Yetkili Kısım" ya da "Statü Arayıcı" adını verebilir. Terapist, mod ismine yardım etmek için hastanın baş etme biçiminin en çarpıcı niteliğini kullanabilir.

Deneyimlerimize göre Büyüklenmeci Kendilik modundayken narsisistik kişilik bozukluğu olan hastanın en yaygın baş etme biçimleri aşağıdakilerdir:

Saldırganlık ve Düşmanlık
Üstünlük ve Kendini Aşırı Ortaya Koyma
Tanınma ve Statü Arayıcılık
Manipülasyon ve Sömürü

Bu baş etme biçimleri aşırılık gösterir. Narsisizmin pek çok biçimde göründüğünü hatırlamak önemlidir. Tüm hastalar, bu tür aşırı baş etme biçimlerini göstermez. Nispeten yumuşaklıktan kötülüğe giden bir "narsisizm spektrumu" vardır. Bir aşırı uçta hastalar sosyopatiktirler; diğer uçta bencildirler fakat bazı insanlarla empati kurabilirler ve sıcaktırlar. (bkz. Kernberg'in[1] "kötücül narsisisizm" tartışmasına) Terapi hastaları, bütün bu aralığa yayılır. Onların tümünün temelde bir İncinebilir Çocuğa sahip olduğunu biliyoruz.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, Saldırganlık ve Düşmanlık baş etme biçimini kullandıkları durumda, başkaları onların ihtiyaçlarını karşılayamadıklarında ya da onların telafilerinden birine karşı koyduklarında öfkelerini dışarı vururlar. Bu hastalar "en iyi savunma iyi bir saldırıdır" deyişine inanırlar. Tehdit altında olduklarını hissettiklerinde saldırırlar. Aşırı uçta, bu baş etme biçimi kendini başkalarına yönelik şiddet olarak gösterir. Baş etme biçiminin işlevi, diğer insanları kendi duygusal ihtiyaçlarını gidermek için zorlamak (temeldeki duygusal yoksunluk duygularına karşı koyarak) ya da bir üstünlük maskesi sürdürmektir (kusurluluk duygularına karşı koyarak).

Diğer baş etme biçimi olan Üstünlük ve Kendini Aşırı Ortaya Koyma, durumları kontrol altında tutmak için başkalarına zorbalık etme eğilimidir. Bu baş etme stratejisini kullanan hastalar, zorbalar gibi davranabilirler. Başkalarının gözünü korkutmak için fiziksel ve psikolojik olarak onları alt etmeye çalışırlar. "Alfa" olmaya -ve bu yüzden duygusal ihtiyaçlarını gidermeye ve üstünlüklerini kurmaya- kalkışırlar. Temeldeki şemalardan biri tetiklendiğinde bunu yaparlar (çoğunlukla Duygusal Yoksunluk ya da Kusurluluk).

Tanınma ve Statü Arayıcılığı, başkalarından takdir görme tutkusudur ve neredeyse her narsisistik kişilik bozukluğu olan hastanın dominant bir unsurudur. Hastalar, sosyal statü, üstün başarı, fiziksel görünüm ve zenginlik gibi görünüşteki başarı işaretlerine abartılı önem verirler. Hemen hemen her zaman temeldeki kusurluluk duygusuyla baş etmek için bunu

yaparlar. Kendilerini aşağıda hissettiklerinden daha iyi olduklarını ispat ederler. Büyüklenmeci Kendilik modunda narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta, kendilerine en yakın olan insanlar da dahil başka insanların başarılarını kıskanır -başkalarının başarılarını yıkmaya ya da azaltmaya çalışırlar.

Manipülasyon ve İstismar baş etme biçimleri, kişinin kendi memnuniyeti için başkalarını kullanma eğilimidir. Aşırı uçta, baş etme biçimlerini benimseyen hastalar, merhametsizdirler. Başkaları için bedeli ne olursa olsun istediklerini elde etmek için her şeyi yapacaklardır. Çok az empati gösterirler ve diğer insanları kendi başlarına bireyler olarak değil kendilerini tatmin için kullanacakları nesneler olarak görürler. Duygusal yoksunluk duygularını aşırı telafi için hak gördüklerini düşünürler. (Gerçekte birçok şema, narsisistik aşırı telafidir: Hak Görme, Yüksek Standartlar, Onay Arayıcılık.

Bazı hastalar "gizli narsisisttir. Aynı üç moda sahiptirler fakat Büyüklenmeci Kendilik modu, gerçeklik yerine fantezide var olur. James Thurber'in "The Secret Life of Walter Mitty"deki uysal anakarakter gibi başka bir hayata dair fantezi kurmaları ve kendilerini özel olarak görmeleri dış dünyada açıkça görülmez. Dış dünyaya karşı gizli narsisistler, alçak gönüllü ya da insana hoş gelen biri gibi bile görülebilirler. Bununla birlikte kendi fantezi yaşamlarında bir çok insandan üstündürler. Bu hastalar, daha aşırı narsisistik bireylere benzer kişilik yapılarına sahiptirler fakat diğer insanların etrafında açık bir şekilde Büyüklenmeci Kendilik modunu göstermezler.

Kopuk Yatıştırıcı Kendilik Modu

Diğer insanlarlayken narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, genellikle Büyüklenmeci Kendilik modunda olurlar. Yalnız olduklarında başkalarıyla etkileşimden elde edilen takdir görme ile ilişkilerini kestiklerinde, genellikle Kopuk Yatıştırıcı Kendilik moduna geçerler. Bu modda bir şekilde yatışacakları ya da hissetmekten uzaklaşacakları aktiviteler içerisinde meşgul olarak duygularını kapatırlar. Hastalar yalnız kaldıklarında Kopuk Yatıştırıcı Kendilik moduna geçerler. Çünkü onları itekleyecek başka insanlar olmadığından Yalnız Çocuk moduna geçerler. Boş, sıkıcı ve bunalımlı hissetmeye başlarlar. Dış kaynak geçerliliğinin yokluğunda Yalnız Çocuk yüzeye çıkmaya başlar. Kopuk Yatıştırıcı Kendilik mod, Yalnız Çocuk acısından kaçınmanın bir yoludur.

Kopuk Yatıştırıcı Kendilik, şema kaçınma mekanizmalarının tümünü göstererek pek çok biçime girebilir. Hastalar, sık sık kendilerini uyarmak için çeşitli aktivitelere girişirler. Bu davranışlar genellikle bağımlı ve kompulsif biçimde edinilir. Bazı hastalarda mod işkoliklik, bazı hastalarda ise kumar oynama, spekülatif stok yatırımı, araba yarışı ya da kaya tırmanıcılığı gibi tehlikeli sporlar, rastgele cinsel ilişki, pornografi ya da siber seks veya kokain gibi madde kullanımı gibi davranışlar biçimini alır. Bu aktiviteler uyarı ve heyecan sağlar.

Bir başka hasta grubu, bilgisayar oyunu oynama, televizyon izleme ya da hayal kurma gibi kompulsif olarak kendini uyarıcı yerine kendini yatıştırıcı ilgi alanlarına eğilirler. Bu kompulsif ilgiler, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarının -Yalnız Çocuk modundan ayrı- acısına uzak olan ilgilere odaklanırlar. Aktivitelerin tümü aslında boşluk ve değersizlik duygularından kaçınma yollarıdır.

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN DSM-IV KRİTERLERİ

Narsisistik kişilik bozukluğunun DSM-IV tanı kriterleri, aşağıda listelenmiştir. Hepsinin üç moddan sadece birine odaklandığına dikkat edin; Büyüklenmeci Kendilik.

- Büyüklenmeci kibir duygusuna sahiptir (örneğin başarıları ve becerileri abartma, yeterli başarılar olmadan üstün olarak fark edilmeyi bekler).

- Sınırsız başarı, güç, göz alıcılık, güzellik ya da ideal sevgi fantezileriyle meşguldür.
- "Özel" ve eşsiz olduğuna ve sadece diğer özel ya da üst düzey insanlar (ve ya kurumlar) tarafından anlaşılabileceğine ya da ilişkilendirilmesi gerektiğine inanır.
- Aşırı beğeni ister.
- Hak görme duygusuna sahiptir, örneğin bilhassa olumlu tedavinin mantıksız beklentileri ya da kendi beklentilerine otomatik uyumluluk.
- Kişilerarası olarak sömürücüdür yani hedeflerine ulaşmak için başkalarından faydalanır.
- Empati yoksunudur: Başkalarının duygu ve ihtiyaçlarıyla ilgilenmek ya da farkında olmak istemez.
- Genelde başkalarını kıskanır ya da başkalarının onu kıskandığına inanır.
- Küstah ve kibirli davranışlar gösterir.

Biz bu DSM-IV kriterlerini eleştiriyoruz çünkü onlar, neredeyse sadece hastaların görünen ve dengeleyici davranışları üzerine odaklanmaktadır ve bu hastaların problemlerinin merkezinde olduğuna inandığımız diğer modlara odaklanmazlar. Dahası yalnızca Büyüklenmeci Kendilik modu üzerine odaklanarak DSM-IV, pek çok klinisyeni bu bireylerin çoğunun paylaştığı derin düzeydeki acı, kaygı ve empatiden herhangi birini duymaya değil narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara anlayışsız bir bakışa sahip olmaya yöneltir. Son olarak narsisistik kişilik bozukluğu tanı kriterleri -diğer Eksen II bozukluklarında olduğu gibi- etkili tedavilere yönelmez. Kriterler, hastanın sadece baş etme biçimlerini tanımlar ve temeldeki ilgili şema ve temaları anlamasına rehberlik etmez ki bunların devamlı ilerlemeyi elde etmek için Eksen II'yi değiştirmesi gerektiğine inanmaktayız.

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA KARŞI MUTLAK HAK GÖRME

Mutlak hak görmeyle tanımlıyor olduğumuz narsisistik kişiliği fark etmek önemlidir -bu, temel Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şeması olmadan, saf biçimde kişinin Hak Görme şemasına sahip olduğu durumlardan kaynaklanır.

Hak Görme şeması, iki biçimde gelişebilir. Saf biçimde çocuk basitçe şımartılır. Ebeveynler, çok az sınır koyar ve çocuğun başkalarının duygu ve haklarına saygı göstermesini gerektirmez. Çocuk, ilişkilerde karşılıklılık prensibini öğrenmeyi beceremez. Bununla birlikte çocuk, ne duygusal olarak yoksundur ne de reddedilmiştir yani Hak Görme şeması telafici değildir.

Alternatif olarak Hak Görme şeması duygusal yoksunluk ve kusurluluk duygularının bir aşırı telafisi olarak gelişebilir. Mutlak Hak Görme şeması gösteren "şımarık" hastalardan farklı olarak bunlar, "kırılgan" hastalardır. Hak görme duyguları kırılgandır çünkü temelde aldırılmamış ve değer verilmemiş olmanın nasıl olduğunu bilirler. Telafilerin onları savunmasız ve açıkta bırakarak kendi çevrelerinde kötüye gitme riski her zaman vardır.

"Şımarık" hastalar gibi narsisistik bozukluğu olan kırılgan hastalar, ayrıca talepkar ve kibirli biçimde davranır. Bununla birlikte saf Hak Görme şeması olan hastalar, çekirdekte Yalnız Çocuk moduna sahip değildirler. İçeride bir yerlerde üzgün, kayıp, değersiz, kusurlu çocuk yoktur. Saf "şımarık" hastanın çekirdeğinde dürtüsel ve disiplinsiz çocuk vardır. Narsisistik kişilik bozukluğu olan şımarık ve kırılgan hastalar, dışardan benzer görülebilmelerine rağmen iç dünyaları çok farklıdır.

Aslında tedavi ettiğimiz narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta, şımarık ve kırılgan bir hak görme kombinasyonu gösterirler. Hak görme duygusu, kısmen öğrenilmiş kısmen de telaficidir -kısmen çocukken şımarık ve müsamaha

gösterilmiştirler ve kısmen de hak görme, temelde duygusal yoksunluk ve kusurluluk duygularını telafi etme biçimidir. O nedenle pek çok hasta, sınır koyma ve mod çalışmasının kombinasyonuna ihtiyaç duyar. Bununla birlikte tedavi arayan narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta, önemli kırılgan bir bileşene sahiptir; aşırı telafilerinden biri çökmüş ve depresyondadırlar bu yüzden terapiye gelirler. Bu hastaların çoğunda tedavinin ana odağının mod çalışması olması gerekir. Sınır koyma tedavinin bir parçasıdır fakat birincil parçası değildir.

Narsisizm üzerine uzmanlaşmış kişiler, narsisistik kişilik bozukluğu üzerine yazarlarken genellikle Mutlak Hak Görme şemalarına sahip olduklarından bahsetmek yerine daha kırılgan ve daha dengelenmiş hastalardan bahsederler. Bu bölümde Kırılgan hastaların tedavisine yöneleceğiz. Altta ulaşılacak uyumsuz hiçbir mod bulunmadığından Mutlak Hak Görme şemasına sahip hastalarla bu bölümde tanımladığımız mod çalışması yapmanın hiçbir anlamı yoktur. Sadece Hak Görme şeması vardır ve terapistin rolü, hastaya uygun sınırlar ve karşılıklılık öğretmektir. (Bu, mod çalışmasının daha basit biçimiyle yapılabilir: "Şımarık Çocuk" ve "Sağlıklı Erişkin" arasında diyalog yürütmek.")

Narsisizmin Çocukluk Kökenleri

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların çocukluk ortamını karakterize eden dört faktör bulmaktayız.

1. Yalnızlık ve izolasyon
2. Yetersiz sınırlar
3. Kullanılmanın ya da yönlendirilmenin geçmişi
4. Koşullu onaylama

Yalnızlık ve İzolasyon

Narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta çocukken yalnızdır. Kayda değer biçimde sevilmemişlerdir. Çoğu, önemli derecede duygusal yoksunluk yaşamıştır. Anne (ya da diğer temel bakıcı figür) onlara çok ilgi gösterebilirler fakat bu genelde fiziksel ilgi ya da inandırıcı değildir. Anne tarafında içten sevgi ve duygusal bağlılığın yanı sıra empati ve uyum eksikliği vardır. Ayrıca pek çok hasta, akranlarından farklı olduğunu ya da onlar tarafından reddedildiğini düşünür. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon gibi şemaları içeren çocukluk geçmişine sahiptir. Genellikle hastalar, bu şemaların farkında değillerdir (ya da belli belirsiz farkındadırlar).

Yetersiz Sınırlar

Narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hastaya çocukken gerekli sınır verilmemiştir ve genellikle müsamaha edilmiştir. Bununla birlikte duygusal olarak müsamaha gösterilmez. Bunun yerine fiziksel biçimlerde ya da başkalarının duygularını dikkate almadan istedikleri gibi davranmaya izin verilmiştir. Muhtemelen başkalarına kötü davranmalarına müsaade edilir ya da "öfke krizlerine" girdiklerinde kabullenilmişlerdir. Günlük ev işleri ya da yatma zamanı gibi aktivitelerde büyük ölçüde denetlenmemişlerdir -ebeveynler için narsisistik doyum kaynaklarıyla ilişkili olanlar dışında. Sevgi yerine "benzersizlik" duygusu sunulmuştur: Bu, çocuğun sahip olduğu en iyi şeydir. Bu hastalar, Hak Görme ve Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin gibi şemaları içeren çocukluk geçmişine sahiptirler.

Kullanılıyor ya da Yönlendiriliyor Olmanın Geçmişi

Pek çok hasta çocukken genellikle ebeveynlerinden biri tarafından bir şekilde kullanılır ya da yönlendirilir. Örneğin; bir ebeveyn cinsel olarak kullanmış olabilir, ikame eş rolünü doldurması için onları yönlendirebilir ya da ebeveynin kazanım, başarı, statü ya da tanınma ihtiyacını dolaylı yoldan doldurması için onları cezalandırabilir. Çocukken bu hastaların çoğu, ebeveynin şemalarını -ebeveynin giderilmemiş cinsel tat-

min ihtiyaçları, duygusal destek (Duygusal Yoksunluk şeması) ya da yetersizlik duygularını (Kusurluluk şeması)- aşırı telafi için kullanılır.

Genellikle bu, çocuk farkındalığının dışında meydana gelir. Hastalar tedaviye şunu söyleyerek başlar, "Harika bir çocukluğum oldu. Her iki ebeveynim de muhteşemdi." Bazı şeylerin yanlış olduğunun bilincinde değildirler. Bununla birlikte terapist, bu tür hastaların çocukluklarına daha yakından baktıklarında, ebeveynlerin çocukların ihtiyaçlarını anlamadıklarını fakat çocukları aracılığıyla kendi ihtiyaçlarını tatmin ettiklerini görür. Çoğunlukla terapist, narsisistik kişilik bozukluğu olan ebeveynler bulur.

Çocukken bu hastaların çoğu, kafa karıştırıcı bir durum deneyimlemişlerdir. İlgi, övgü ve beğeni almışlardır ve bunların hepsi, iyi hissettirir bu nedenle sevildiklerine inanırlar. Fakat genelde temel ilgiden yoksundurlar: Dokunulmamış, öpülmemiş, kucaklanmamışlardır. Ne yansıtılmış ne de anlaşılmışlardır - görülmemiş ve duyulmamışlardır. Böylece onaylama almışlar fakat gerçek sevgiyi deneyimlememişlerdir: Sadece belirli standartlar dışında performans gösterdiklerinde ilgi gördüklerinden kullanılmışlardır. Çocukluk hikayeleri, Güvensizlik/Suistimal Edilme ve Boyun Eğicilik gibi şemaları içerir. Bu durumlarda biri, genellikle ebeveyn, sadece ebeveynlik hazzı anlamına gelen nesnelermiş gibi onları kullanır ya da onlara egemen olurlar.

Koşullu Onaylama

Pek çok hastaya çocukken gerçek, bencil olmayan sevgi yerine koşullu onaylama verilmiştir. (Ebeveynlerin çocuğunu sevip sevmediğini -ebeveynlerinin duygularının gerçekten sevgi oluşturup oluşturmadıklarını- söylemek zordur. Bir hastanın ifade ettiği gibi "Evet, babam beni seviyordu, kurdun kuzuyu sevdiği gibi.") Çocukken ebeveynleri tarafından zorlanan yüksek standartları biraz karşıladıklarında özel hissetmişlerdir. Aksi halde ebeveynleri tarafından görmezlikten gelinirler ya da değersizleştirilirler. Ebeveyn, gerçek mutluluk ve samimiyet pahasına "görünüme" vurgu yapar. Çocuk, ebeveynin onayına layık olmak ve ebeveynin eleştirilerini ve taleplerini engellemek için mükemmel olmaya çalışır. Çocuk istikrarlı bir kendilik saygısı duygusu geliştirememiştir bunun yerine çocuğun kendilik saygısı, başkalarının onayına bağımlı hale gelir. Başkaları onayladığında çocuk bir an için değerli hisseder. Başkaları onaylamadığında çocuk değersiz hisseder. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, Kusurluluk, Yüksek Standartlar ve Onay Arayıcılık gibi şemaları içeren çocukluk geçmişlerine sahiptirler.

Tipik Çocukluk Geçmişi

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların tipik çocukluk geçmişlerinin bazılarını tanımlamaktayız. Bunlar, narsisizmde evrensel olanlar değil yaygın örüntülerdir. Çok sayıda hasta, çocuklukta tercihen onlara sanki "özelmişler" gibi davranan ve çok az sınır koyan düşkün bir ebeveyne sahiptir. Bu ebeveyn genellikle annedir ancak bazen de babadır. Anne, onları şımartır ve müsamaha gösterir. Fakat davranışı, onunkilere değil kendi ihtiyaçlarına dayalıdır. Anne, onlar aracılığıyla statü ve tanınma ihtiyaçlarını giderme arayışındadır. Bunları idealleştirir ve karşılamak için yüksek beklentiler hazırlar. Onları arzularına uygun tutmak için annenin yölendirici ve kontrolcü olması gerekir. İhtiyaçları ve duygularından dolayı empatiden yoksundur ve fiziksel duygulanım vermemiştir (belki de başkalarının önünde göstermek için ya da kendi istediği zamanlar hariç). Diğer ebeveyn, ayrıca önemli bir rol oynar. Bu hastaların çoğu için diğer ebeveyn, karşıt uçtadır. Bulunmayan, pasif, mesafeli, reddedici, eleştirel ya da istismarcı babalara sahiptirler. Bu yüzden çocukken bu hastalar, iki farklı biçimde karşıt mesaj almaktadırlar. Bir ebeveyn, değerlerini yükseltirken diğer ebeveyn onlara aldırmaz ya da değerlerini düşürür.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta çocukken bir şekilde yeteneklidir: Onlar, göz alıcıdırlar, güzeldirler, atletiktirler ya da artistiktirler.

Genellikle ebeveynlerden biri ya da her ikisi de bu yeteneği aracılığıyla övgü almak için zorlamaktadırlar. Bir bakıma ebeveyne olumlu şekilde yansıyan, başarılarında ya da görünümlerinde sivrildiklerinde aşırı sevgi ve ilgiye tutulurlar. Aksi halde hemen hemen hiçbir şey verilmez -aldırılmazlar ya da değersizleştirilirler. Eğer bırakırlarsa ebeveyn onlardan aniden ilgilerini keseceği ya da onları eleştireceği korkusundan dolayı ebeveynin onayı için yeteneklerini göstermeyi sürdürmeye çalışırlar. Bir durumdaki benzersizlikleri ile -yeteneklerini gösteriyor olduklarında- diğer bir durumdaki değersizlikleri -sıradan çocuklar olduklarında- arasında bir farklılık vardır.

Benzer şekilde narsisistik kişilik bozukluğu olan bazı hastalar, başkalarının özel olarak gördükleri ailelerde büyürler. Belki de aile, diğer ailelerden daha zengindir, bir ebeveyni ünlüdür, üstün başarılıdır ya da aile farklı bir şekilde üst düzeydedir. Çocukken bu hastalar, "ben özelim çünkü ailem özel"i öğrenirler. Bunun yanında aile içinde bu farklı olmuştur -aile içinde aldırılmazlar ya da reddedilmişlerdir. Aile içinde ilgi ve övgü alan çocukların, üstünlük gösterenler olduğunu öğrenirler. Sıradan çocuklar, görünmezdirler. Tekrarlarsak bir durumdaki yüksek değer ile -aile dışında- diğer durumdaki düşük değer -aile içinde- arasında bir gerilim vardır.

Narsisizmin diğer yaygın çocukluk kökeni, sosyal reddedilme ya da yabancılaşmadır. Bazı hastalar, ev içerisinde sevilirler ve değer verilirler. Fakat aile dışında akranları tarafından reddedilirler ya da belirgin bir şekilde farklı hissederler. Belki de karşı cinse çekici, atletik değildirler ya da etraflarındaki çocuklar kadar zengin değildirler. Ergenlik döneminde popüler değildirler ya da kalabalığın bir parçasıdırlar.

YAKIN İLİŞKİLERDE NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN HASTA

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastanın tedavisinde terapistlerin kapsayıcı amacı, onların hem terapide hem dış dünyada giderilmemiş çekirdek duygusal ihtiyaçlarını nasıl elde edeceklerini öğrenmelerine yardım etmektir. Amaç, Yalnız Çocuğa yardım etmektir. Modlar açısından açıklandığında tedavinin amacı, Yalnız Çocuğu fark etmek ve ilgi göstermek için terapist üzerinden modellenen hastanın Sağlıklı Erişkin moduyla birleşmesine yardım etmek, Yalnız Çocuğun sevgi alıp vermesine yardım etmek, endişelerini gidermek ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik ve Büyüklenmeci Kendilik modlarını adım adım değiştirmektir. Bunu yapmak için terapist, hastanın kendi çekirdek ihtiyaçlarının ve partnerinin çekirdek ihtiyaçlarının giderilmemesine neden olacak yakın ilişkilerde yaptıklarını gözlemlemelidir. Hastanın yakın ilişkileri, bu nedenle tedavinin merkezi odağıdır.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından gösterilen bazı nitelikleri yakın ilişkiler içerisinde tanımlarız. Her bireysel hasta bu niteliklerin bir kısmına ya da tamamına sahip olabilir.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu Olan Hastalar Sevgiyi Özümseyemezler

Gerçek sevgi, bunu özümseyememiş narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara çok yabancıdır. Herhangi biri onlara ilgi ya da empati göstermeye çabaladığında bunu kolaylıkla alamazlar. Onay kabul edebilirler, takdir kabul edebilirler, ilgi kabul edebilirler, fakat sevgiyi kabul edemezler. Bu sevgiyi özümseme yetersizliği, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarını devam ettirir.

Onaylama ve Geçerlilik Kaynakları Olarak İlişkiler

Hastanın duygusal partnerleri ve eşleri ile birçok yakın ilişkisinde takdir, gerçek sevginin yerini alır. Bu, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastanın çoğunlukla çok mutsuz olmasının birincil nedenlerinden biridir. Onların çekirdek sevgi ihtiyacı en yakın ilişkilerinde bile giderilmemiştir.

Bu hastaların çoğu, kendilerine duygusal olarak uzak olan partnerler seçerler ve sevgi vermede zorlanırlar. Bu şema devamlılığıdır -onları duygusal olarak yoksunlaştıran ebeveyne benzer partnerlere yönelirler. Sevilmediklerinde rahat hissederler ve buna dayanmaya rıza gösterirler (genellikle kaybediyor olduklarının farkında olmadıklarından). Diğer hastalar, sıcak, fedakâr ve her şeyi almaya karşılık olarak hiçbir şey vermemeye kalkışan partnerler seçerler. Bu hastalar ne kadar aldıklarına sınır koymazlar, eğer partner sınır koymamışsa karşılık göstermeden durmadan alacaklardır.

Sınırlı Empati

Çoğunlukla çocukken yaşadıkları empati yoksunluğundan dolayı pek çok hasta özellikle onlara en yakın insanlara yönelik empatik değildirler. Kendileri çok az empati aldıklarından önem verdikleri kişilere nasıl empati duyacaklarını ve ifade edeceklerini bilmezler.

Gariptir ki bu hastalar Yalnız Çocuk modundayken hayli empatik olabilirler. Bu, hastaların hiç empatik olmadıkları diğer iki modda - Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik- oldukları zamandır. Çoğu hasta empati kurabilir görünmektedir fakat temeldeki şemalarından kaçınma ya da aşırı telafi gösterdiklerinde empati kapasitesini kaybederler. Bu yüzden narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, genelde empatiye ilişkin karmaşık bir tablo sunarlar. Örneğin; narsisistik kişilik bozukluğu olan bir baba sevgisiz bir çocukla ilgili bir film izleyebilir ve oldukça duygusallaşabilir. Hatta baba ağlayabilir. Yine de aynı baba aynı filmdeki çocuğa davranıldığı biçimde kendi çocuğuna davranabilir ve az ya da hiç empati kurmayabilir. Filmdeki çocuğu izlerken baba Yalnız Çocuk moduna geçer ve empati kurabilir fakat kendi çocuğuylayken Büyüklenmeci Kendilik moduna geçer ve empati kuramaz. Bir modda yapabildiğini diğerinde yapamaz.

Kıskançlık

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, kendilerinden bir şekilde önde olarak algıladıkları başkalarına kıskançlık beslerler. Bu kıskançlığın nedeni, başka birisi onay alırken bu hastaların sanki kendilerinden bir şeyler alınıyormuş gibi hissetmeleridir. Bunu aşmak için yeteri kadar ilgi, özen ya da takdir hissetmezler. Eğer başka birisi bir kısmını alırsa o zaman onlar kendilerine daha az bırakılmış gibi hissederler. Yalnız Çocuk moduna geçerler ve kandırılmış, sevilmemiş, yoksun bırakılmış ve kıskançlık hissederler. Ya bunalıma girerler ya da daha yüksek ihtimalle harekete geçerler ve ilgi merkezi olarak konumlarını düzeltecek bazı şeyler yaparlar. Yani Büyüklenmeci Kendilik moduna geçerler.

Sevgi Nesnelerini İdealleştirme ve Değerini Düşürme

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, Kusurluluk şemaları için bir telafi olarak ilişkinin birincil düzeyinde, genelde sevgi nesnelerini idealleştirirler. Sevgi nesnelerini mükemmel olarak görürler çünkü mükemmel bir partnerin onayını elde ederek kendi değerinin artmış olduğunu hissederler. Bu aşamada hastalar, eleştiri işaretlerine ve yahut partnerleri tarafından reddedilmeye aşırı hassastırlar. Aşırı davranışlar göstereceklerdir ve duygulanım nesnesini kazanmak için neredeyse herşeyi yapacaklardır.

Bu hastalar, genelde kendilerini iyi gösterecek partnerler seçerler -ki bu kişiler çekici ve diğer insanların takdirlerini kazanmışlardır. Öncelikle idealize ederler ve bu partnere tapınırlar. Bununla birlikte zaman geçtikçe partnerin küçük kusurlarını ve eksikliklerini görerek onları değersizleştirmeye başlar-

lar. Hastalar neredeyse daima bu partnerini değersizleştirme kalıbını gösterirler. Bunun için çok sayıda nedenleri vardır. Nedenlerden biri şema devamlılığıdır: Partnerdeki her kusur, kendi kusurluluk duygusunu tetikler. Bu kusurluluk duygusundan kaçınmak için partnerlerinden üstün hissederek telafi sağlarlar. Hastalar, kendi öz saygılarını arttırmak için partnerlerini değersizleştirirler. Partnerlerini daha aşağıda tutarak kendilerinin daha iyi hissetmelerini sağlarlar. Ayrıca partnerlerini daha düşük bir konumda tutarak kontrolü sürdürebildiklerinden partnerlerini değersizleştirebilirler. Partneri değersizleştirme, başkasının partneri daha iyi görmesine yetecek kadar değerli hissetmesini daha az olası hale getirir ve bu nedenle hastayı terk eder. Partnerin kusurlarından biri her ortaya çıktığında hasta, tenkitçi ya da kibirli olur. Bazı hastalar partnerlerine karşı sadist ve küçük düşürücüdür. Sonunda partnerleri onlara çok az ya da hiç değer vermeyene dek partnerlerini küçültürler. Bu noktada partnerler bir onaylama kaynağı olarak artık değerli değildir.

Partner, hastayı memnun etmeye daha sıkı çabalayarak bu tedaviye karşılık veriyorsa -genelde olduğu gibi- strateji genellikle geri teper. Partner hastayı memnun etmeye çalıştıkça hasta partnerin değerini daha da düşürür. Partner, yatıştırmaya, empati kurmaya ya da hasta için mazeretler bulmaya ne kadar çabalarsa partner bir o kadar değersiz hale gelir. Genelde narsişistik kişilik bozukluğu olan hastalar, sadece kendilerine direnen ve karşı çıkan kişilere saygı gösterirler. Partner karşı çıktıkça hastanın partnere değer vermesi artacaktır ve hasta partnerin onayına daha değer verecektir.

İlişkilerde Hak Görme

Bu hastaların Hak Görme şeması, genellikle ebeveyn tarafından bir çocuk olarak müsamaha gösterilmesinin doğrudan bir sonucudur. Bu ayrıca ilave geçerlilik kaynağı olarak hizmet eder. Hasta, "Partnerim tarafından özel davranış görürsem o zaman değerli olurum, bana özel davranıldıkça değerim artar"

diye düşünür. Hastalar, ilişkinin neredeyse her yönünün onları tatmin etme görevi görmesini bekler. Kendi ihtiyaçları ve tutkularını gidermek için partnerin davranışları ve çevre üzerinde denetim kurmaya kalkışır (nasıl ki bir ebeveynin genelde çocuklukta hastalara yaptığı gibi).

Dışsal Geçerlilik Yokluğunda Kopuk Yatıştırıcı Kendilik

Bu hastalar zamanla partnerlerini değersizleştirirlerken partnerlerinden uzaklaşmaya başlarlar ve kendi başına sakinleştirici kendilik yatıştırıcı davranışlarla daha çok uğraşır olurlar. Partnerler, yüceltici fonksiyona hizmet edecek kapasiteyi kaybederlerken bu hastalar, Kopuk Yatıştırıcı Kendilik moduna geçerek partnerlerinden kendilerini gittikçe izole ederler. Yalnız Çocuk modu acısından kaçınmak için hastalar, partnerlerine dönmek yerine yalnızlık bağımlılığına, kompulsif davranışlara ya da uyarım aramaya geçerler.

NARSİSİZMİ DEĞERLENDİRME

Narsisizmi değerlendirmek için çeşitli metotlar vardır. Terapist, aşağıdakileri gözlemleyebilir: (1) Terapi seanslarında hastanın davranışı; (2) hastanın mevcut problem ve geçmişinin doğası; (3) hastanın çocuklukla ilgili sorulara ve hayal kurma çalışmasına yanıtları (Young Ebeveynlik Envanteri dahil); ve Young Şema Ölçeği.

Terapi Seanslarında Hastanın Davranışlarını Gözlemlemek

Terapide hastanın narsisistik olduğunun ilk işaretleri nedir? Tedavinin başlangıcında en olası işaretler, hak görmeyi gösteren davranışlardır. Hasta, son dakikada seansları iptal eder ya da geç kalır (ama yine de tam bir seans bekler); terapistin "yeteri kadar iyi" olup olmadığını belirlemek için terapistin belgeleri ile ilgili detaylı sorular sorar; başarılarını ve yeteneklerini anlatarak terapisti etkilemeye çalışır; terapistin

acil çağrılara dönmesini bekler; sık sık mantıksız program taleplerinde bulunur; terapistin ofisindeki koşullarla ilgili şikâyette bulunur; terapisti mükemmel olarak görür (sonradan terapisti değersizleştirmek için); terapist konuşurken ya da terapisti dinlemeyi başaramazken araya girer; küçük problemleriyle ilgili terapisti doğrular ya da terapistin belirlediği sınırlara uymayı reddeder.

Hastanın narsisistik olmasının diğer erken işareti, başkalarını suçlamaya meyilli olmasıdır. Kendi problemlerini ele alırken sorumluluğu almak yerine bu hastalar, başkalarını suçlama eğilimindedirler. Tedavi ilerlerken terapist bazen hastanın suçlama hedeflerinden biri olur.

Son işaret, terapist dahil önem verdikleri kişilere empati eksikliğinin ortaya çıkmasıdır.

Hastanın Mevcut Problem ve Geçmişinin Doğası

Genelde mevcut problem ve geçmiş, hastanın narsisistik olduğuna işarettir. Bu hastaların tedaviye katılmalarının en yaygın nedeni, onlar için önemli olan birisinin -sevgili, eş, en iyi arkadaş, çocuk, kardeş, patron, iş arkadaşı- kendi ben merkezci davranışlarının bir sonucu olarak onlara karşılık vermesi ya da reddetmesi yüzünden kişisel ya da profesyonel yaşamlarında bir krizle karşılaşmasıdır. (Kriz çözülür çözülmez hastanın zamanından önce tedaviyi bırakma riski vardır.)

Bazen bu hastalar, biri onları zorladığından dolayı tedaviye başlarlar. Partnerleri ya da diğer aile üyeleri, tedaviye başlamadıkça ilişkiyi sonlandırma tehdidinde bulunurlar. Patronları ya tedaviye başlamalarını ya da işten ayrılmalarını ister. Belki de ceza adalet sistemi, içkiliyken araba sürme gibi kanuna aykırı bazı şeyler yaptıklarından tedaviye katılma hükmü alırlar. İradeleri karşısında tedaviye başlamak zorunda kalırlar ve problemlerinin kendi hataları olduğuna inanmazlar. Çoğunlukla değişmesi gerekenin başka insanlar olduğuna inanırlar.

Bu hastaların, tedavi aramasındaki diğer neden, boşluk duygusudur. Görünürde başarı süslerine sahip olsalar da yaşamlarında sık sık içsel anlam eksikliği yaşarlar. Yaşamlarının merkezinde bir boşluk vardır: Yalnız Çocuğun giderilmemiş Duygusal İhtiyaçları. Bu hastalar her şeye sahipmiş gibi görünseler bile yaşamlarında başkalarıyla yakın bağlantı ve gerçek öz ifade eksikliği duyarlar.

> Bizler içi oyuk adamlarız
> Bizler içi doluk adamlarız
> Birlikte eğilen
> Kafaları saman tıklı. Yazık !
> Kurutulmuş seslerimiz
> Birlikte fısıldaşınca
> Sessizdir, anlamsızdır
> Yel nasılsa kuru otlarda
> Ya da sıçan ayakları cam kırımlarında
> Kuru Kilerimizde.
>
> T.S. ELIOT, "Oyuk Adamlar"[2]

Narsisistik kişilik bozukluğu olan bazı hastalar, kişisel ve profesyonel yaşamlarında başarısızlık anlarında tedaviye başlarlar. Bir aşırı telafi olarak faaliyet gösteren yaşamlarının bazı alanlarında başarısızdırlar ve bundan sonra temelde küçük düşme ve bunalım duyguları deneyimlerler. Onlar, aşırı telafilerin yeniden oluşmasına çalışır ve terapist bu fonksiyondan saptığında sinirlenirler. (Bu önemli bir noktadır: Terapistin hastanın narsisistik telafilerini desteklemesi gerektiğine inanmıyoruz. Böyle yapmak, hastanın Yalnız Çocuk ya da Sağlıklı Erişkin modları yerine Büyüklenmeci Kendilik modu ile birleşmesi anlamına gelir).

Bazı hastalar, Kopuk Büyüklenmeci Kendilik modundan meydana gelen problemler nedeniyle tedaviye başlarlar. Kumar oynarlar, madde bağımlısı olurlar, sonradan utanacakları biçimde cinselliklerini dışa vururlar ya da kendine zarar verici dürtüsel veya kompulsif davranışlara girişirler.

Son olarak evliliklerindeki memnuniyetsizlik, bu hastaların terapiye gelmelerinin diğer nedenidir. Örneğin; ilişkide oldukları diğer kişi için eşinden ayrılıp ayrılmama kararını almak için gelebilirler.

Çocukluğun Tanımı ve Hayal Kurma Çalışmasına Tepki Verme

Onlar "mükemmel" çocukluk anıları sunmadıkça narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, genellikle çocukluklarındaki derin temaları inceleyen sorulara tam olarak cevap veremezler. Onlar isteyerek güzel çocukluk anılarını ele alırlar fakat acılı çocukluk anılarının farkında değillerdir. Bu hastalar, genelde herhangi bir acılı duygulanım içeren çocukluk çalışmalarının hayalini kurmaya karşıttırlar (öfkeden başka). İncinebilir kalmaya ve Yalnız Çocuğa geçmeye direnirler.

Bazı hastalar -muhtemelen daha iyi bir prognozu olan hastalar- terapinin erken dönemlerinde Yalnız Çocuğun varlığını kabul etmeye daha isteklidir. Acılı çocukluk anılarını tartışmaya ve hayal kurma çalışması yapmaya daha isteklidir. Çocukluk hayallerini üretirken daha sağlıklı hastalar, yalnızlık ya da utanç duygularını ifade edebilirler ve deneyimleyebilirler.

Young Şema Ölçeği ve Diğer Değerlendirme Ölçütleri

Young Şema Ölçeğinde narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar için tutarlı bir profil bulmaktayız. Onlar genellikle Hak Görme, Yüksek standartlar ve Yetersiz Özdenetimde yüksek, neredeyse diğer her şeyde düşük puan alırlar. Bu profil, bu hastaların aşırı telafi ve kaçınma güçlerine bir vasiyettir. Diğer şemaların yanı sıra çoğunlukla çekirdek Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarının farkında değildirler.

İlginç bir şekilde bu hastalar, çoğunlukla Young Ebeveyn Envanteri üzerinde çocukken ebeveyn davranışlarının pek çok olumsuz yönlerini tespit edebilirler. Şemaların farkında olmasalar bile sık sık onlara zarar vermiş olan ebeveynlerin yaptıklarını envanter üzerinde anlatabilirler. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, çok sayıda telafici davranışlara sahiplerken Young Telafi Envanteri üzerinde öngörülebilir şekilde yüksek puan alırlar.

VAKA ÖRNEĞİ

Sunulan Problem ve Mevcut Kliniksel Betimleme

Carl, narsisistik kişilik bozukluğu tanısı konulan 37 yaşında bir hastadır. İlk kez terapiye 36 yaşındayken Leah isimli bir şema terapistiyle başlamıştır. Carl'ın Leah ile terapisinin yaklaşık birinci yılında meydana gelen Carl ile Dr. Young'ın yürüttüğü konsültasyonun parçalarını sunmaktayız. Leah, Carl ile terapisinin tıkandığını düşündüğünden Dr. Young'tan bu konsültasyonu rica etmişti.

İlk parçada Dr. Young ve Leah hastayı tartışmaktadır. (Diğer tüm parçalar, Dr. Young'ın hasta ile seansından alınmıştır.) Parçanın başlarında Leah, Carl'ın tedaviye ilk geldiğinde nasıl olduğunu ve onunla çalışmanın neye benzediğini açıklamaktadır.

LEAH: Carl, çok mücadeleciydi. Birkaç seansın ötesinde terapiyi sürdürebileceğine inanmamıştı. Belki de beni "deniyor" olabileceğini düşündüm.

Kapıdan içeri girdiği dakika neredeyse tepemi attırabilirdi. Asla ismimi söylemiyordu ve yanıt verecek ve herhangi bir giriş selamı verecek biri değildi. Ceketini yere atıyordu ve bir nevi sandalyeye çöküveriyordu ve "Bu seansta beni etkileyecek sözcükler çalıştın mı? Senin akıllı olduğunu düşünmemi istiyorsun, değil mi? gibi şeyler söylüyordu. Yani oldukça küçümseyici bir dil kullanmaktaydı ve bana meydan okumaya çalışmak için neredeyse bilerek ezoterik doğasının izlenimini bırakıyordu.

Bir oyun gibi hissetmiştim. Başlangıcından itibaren bir oyun gibiydi.

DR. YOUNG: Bunu bir oyuna çevirdiğini, sana meydan okuduğunu, seni yenmeye çalıştığını anlaman sana ne hissettirdi?

LEAH: Kızgınlık. Ona kızgınlık duydum bana tuzak kuruyormuşçasına. Kendi şemam -ve oyun oyma ve yenme isteği dürtüsü- ortaya çıktı.

Bunlar, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarla çalışırken terapistlerin deneyimlediği bazı tipik duygulardır. Bununla birlikte terapistler, hastayı etkileme ya da hastayla rekabete girme hatası yapmamalıdırlar. Bu tür davranışlar sadece hastanın narsisizmini pekiştirir ve zamanla hastanın terapisti değersizleştirmesine yol açar.

Leah ile görüştükten sonra Dr. Young, Carl ile konsültasyona başlamıştır. Bir sonraki parçada Carl, Dr. Young'a tedaviye başlama gerekçelerini anlatmaktadır. Evliliğinde ve iş yaşamında ciddi problemler yaşamaktadır.

CARL: 37 yaşındayım. Evliyim ve iki çocuğum var. Los Angeles'da büyüdüm ve şu anda kariyerler arasında sıkıştım.

DR. YOUNG: İkinci bir kariyere mi başlamayı planlıyorsun yoksa henüz bir kariyerin yok mu?

CARL: Kesinlikle bir kariyerim yok. Ve ikinci bir kariyere başlayabilirim. Bu şu an yaptığım şeyin bir parçası, ne yapmam gerektiğini bulmak.

DR. YOUNG: Anlıyorum. Eşinin ismi nedir?

CARL: Danielle. Yaklaşık dokuz yıldır evliyiz.

DR. YOUNG: Terapideki güncel hedeflerinizi söyleyebilir misiniz? Bu noktada niçin tedavi altında olduğunuzu düşünüyorsunuz?

CARL: Peki. Şu anda henüz hiçbir şeyde başarı gösteremediğimi söyleyebilirim. Geniş anlamda dürtü kontrolü diyebilirim. Pratik olarak hayatıma birçok yoldan müdahale ettiği için bunun en iyi yol olmayabileceğini bilmeme rağmen bütün gece uyanık kalmayı ve gündüzleri uyumayı seviyorum. Şu ana dek bunu değiştirmede tamamıyla anlamlı bir ilerleme sağlayamamıştım.

DR. YOUNG: Bu dürtü kontrol sorununun üstesinden gelmenin dışında terapide gerçekleştirmek istediğin başka bir hedefin var mı?

CARL: Pekâlâ, bu somut hedef. Nasıl bir birey olunacağını, insanlarla nasıl geçinileceğini keşfetmek için çalışmaya devam etme ihtiyacını hala hissettiğimi düşünüyorum.

DR. YOUNG: Ve bunun senin için zor bir şey olduğunu mu düşünüyorsun? İnsanlarla geçinmek senin için ne açıdan zor?

CARL: Peki, kendimi bir parça farklı, sıra dışı görüyorum ya da -benden disiplinsiz diye bahseden biri vardı; bilmiyorum bu tam olarak doğru mu? Bana disiplinsiz ya da gıcık veyahut uyumsuz, ben merkezci türde entelektüel diyebilirsin. (*Güler*)

DR. YOUNG: Ne zaman farklı olduğunu düşünüyorsun ve bu, farklı ve daha iyi mi; farklı ve daha kötü mü ya da farklı ve diğer insanlarla karşılaştırılabilir gibi mi görünüyor?

CARL: Aslında, farklı ve farklı. Ama aynı zamanda farklı ve daha iyi. Fakat bazı durumlarda farklı ve daha kötü.

DR. YOUNG: Ayrıca formlarından birinde bir "irade felcinden" söz etmiştin. Bu hala bir sorun mu ve senin için ne ifade ediyor?

CARL: O zamanlar bu, günlük rutinimin dışında bir telefon görüşmesi, psikoterapisti görmek için randevu ayarlamak gibi en ufak bir şey yapmayı bile beceremediğim anlamına geliyordu. 2 yıl önce gerçekten yardıma ihtiyacım olduğunu fark ettim ve bunun için yaklaşık 6 ay boyunca bir telefon görüşmesi bile yapamadım.

DR. YOUNG: Aynı felç yüzünden.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: Şu anda felcin neyden kaynaklandığına dair bir fikrin var mı, ne ile ilgiliydi?

CARL: Yani, tam olarak emin değilim. Bir tür korku, bir tür depresyon durumuna benziyor.

Terapiste ilişkin Carl'ın ses tonu ve tavrının oldukça kibirli olması dikkate değerdir. O, yardım için gelen bir hasta gibi değil Dr. Young ile sanki eşit seviyedeymiş gibi konuşuyordu. Tavırlarında kopuktu ve problemlerinin tanımı bir şekilde büyüklenmeci kendilikti. Kibirli ton ve tavır genelde hastanın narsisistik olmasının ilk göstergesidir.

Carl, tedaviye girmek için çeşitli nedenler öne sürer. İlki, dürtüsel kontrol yetersizliğidir. Bu, Yetersiz Özdenetim/Yetersiz Özdisiplin şemasıdır ve Büyüklenmeci Kendilik modunun parçasıdır. Kendi davranışları üzerinde sınır belirleyemez. İkinci neden, başka insanlarla ilgili zorluğudur. Bu, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların ortak bir problemidir -Carl diğer hastalardan farklı olarak en azından bunun zorluğunun farkındadır. Üçüncü neden, onun "irade felcidir"- Yeterince teşvik ve onay almadığında depresyon hisseder. Şu dikkate değer ki depresyonda olmasını fark etmesine rağmen Carl bu semptomu anlamaz. Sonradan görüşmeci onun depresyonunu Yalnız Çocuk moduna bağlamaya çalışacaktır.

Sonraki parçada Carl, insanlarla geçinme problemine sahip olmanın gerekçelerini ele alır. İnsanların onu sıkıcı bulduğunu düşünmesinin nedenini açıklayarak başlar. Parça, onun davranışları üzerinde bazı içgörülere sahip olduğunu gösterir.

DR. YOUNG: Neden insanların seni sıkıcı bulduğunu düşünüyorsun.

CARL: Pekala, tahmin etmem gerekseydi her cümleye "ben" sözcüğü ile başlayan insanlardan olduğumu söylerdim. (*Güler*)

DR. YOUNG: Yani sıkıcısın, çünkü bencilsin. Bunu mu demeye çalışıyorsun?

CARL: Evet, sanırım.

DR. YOUNG: Ve neden bencil olduğuna dair bir fikrin var mı? Konuşmalar sırasında neden bu kadar kendine odaklandığını düşünüyorsun.

CARL: Ah, aslında sana annemden bahsetmemi ister misin? (*Alaycı biçimde güler.*)

DR. YOUNG: (*O da güler*) Hayır, o kadar tarihsel düşünmüyordum daha çok içgüdüsel düzeyde. Özellikle şimdi bunun bazı insanları bunalttığını fark ediyorken odağı senin üzerinde tutan içindeki şeyin ne olduğunu düşünüyorsun?

CARL: Evet işte tam da bu, tam olarak farkında değilim. Sosyal bir etkileşime teoride herhangi birinin sahip olabileceği bir düşüncelilikle yaklaşmıyorum. Bu benim için çok zor. Ve bu sadece bencillik değil, sanırım bir tür utangaçlık ya da korku var.

Carl, sosyal ortamlarda çok ben merkezci olduğunu fark etme kapasitesine sahiptir fakat sadece bu moddayken ve görüşme sırasında bu noktadayken. Bu bir kopuk moddur. Onu bu moddan çıkarmak, görüşmenin odağıdır. Carl sosyal ortamlardayken Büyüklenmeci Kendilik modu egemen olmaktadır ve çok benmerkezci olduğu farkındalığını kaybeder.

Carl, bunun temelde Büyüklenmeci Kendilik modu olduğuna dair mahcubiyetin farkındalığını gösterir ki bu iyi bir prognostic işarettir. Bununla birlikte kendisinin benmerkezci olduğu gerçeği hakkında usanmış görünmektedir -bununla problemliymiş gibi görünmez. Bu, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara özgüdür. Benmerkezci davranışı biraz bildiğini gösterdiğinde bile bundan özellikle rahatsızmış gibi görünmez. "Güzel kayıtsızlıkları" içinde diğer insanları uzaklaştırdığını ve haksız olduğunu keşfetmek onları üzmez.

Sonraki parçada Carl, karısına yönelik duygularını açıklamaktadır. İlişkinin ileri aşamalarında narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların niteliği olarak daha önce de bahsettiğimiz partneri değersizleştirme sergiler.

DR. YOUNG: Eşinle nasıl gidiyor? Birlikteyken nasıl hissediyorsun? Burada (*ölçeği işaret ederek*) söylediğin şeylerden biri de dileklerinden birinin "eşini yenilemek" olduğuydu.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: O halde ilişkide bazı olumsuz duygular olmalı, bazı hayal kırıklıkları...

CARL: Şimdilerde o biraz daha iyi. Biz biraz daha iyiyiz. Az çok bunu geçmişte bıraktım.

DR. YOUNG: Ondaki hayal kırıklığı neydi? Ne şeklide hayal kırıcıydı?

CARL: Aslında o dürüstlük düzeyinde, gerçeğe bağlılık düzeyinde, kendini bilirlik düzeyinde ve entelektüel kapasitesinde hayal kırıcıydı.

Karısına olan eleştirileri burada ezberden söylediği sevimsiz biçimden anlaşıldığı gibi Carl'ın narsisismi henüz tamamen iyileşmemiştir.

Sonraki parçada Carl, karısının kendisiyle ilgilenmesini açıklar. Paragraf gösterir ki itiraf etse bile yine de gerçekçi sınırlamalar içinde bazı içgörülere sahiptir.

DR. YOUNG: Danielle'ye nasıl davranıyorsun?

CARL: Geçmişte bazı zamanlarda çok soğuk, çok mesafeli oldum. Bazen bunu fark etmiyor bile. Kendisi açısından o benden daha bencil. Kendi problemlerine öylesine takılır ki dünyaya bütün kapılarını kapatır ve eğer ben kendi duygularıma ulaşmakta güçlük çekiyorsam onun kendi duygularına ulaşmakta benden daha fazla güçlük çektiğini söyleyebilirim.

DR. YOUNG: İlk aşamada seni ona çeken neydi?

CARL: Temelde bir tür uyum hissettim. Çünkü işlevsizliğimiz açısından birçok ortak şeye sahip olduğumuzu düşünüyorum.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda önceden de görüldüğü gibi Carl, çocukluğun duygusal yoksunluk duygusunu pekiştirecek bir kadınla evlenmeyi seçer.

NARSİSİZMİN TEDAVİSİ

Tedavinin Birincil Amacı

Tedavinin birincil amacı, Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Kendini Yatıştırma modlarıyla savaşma, Yalnız Çocuğa yeniden ebeveynlik yapabilme ve terapist üzerinden model alıp hastanın Sağlıklı Erişkin modunu inşa etmektir. Amaç, daha az aşırı telafi ve kaçınma ile incinebilirliği arttırmaktır.

Daha belirgin olarak tedavinin amacı, Sağlıklı Erişkin modunun oluşumuna yardım etmektir:

1. İlgilenilmiş ve anlaşılmış hissetmesi, başkalarıyla ilgilenme ve empati kurması için Yalnız Çocuğa yardım eder.
2. Büyüklenmeci Kendilik moduyla yüzleşmek, böylelikle Yalnız Çocuk daha gerçekçi sevgi kabul ederken hasta, aşırı onaylanma ihtiyacını bırakır ve karşılıklılığa dayalı davranır.
3. Kopuk Kendini Yatıştıranın uyumsuz alışkanlıkları ve kaçınmacı davranışları bırakmasına yardım etme ve yerine gerçek sevgi, kendini ifade ve duygulanım deneyimini koyma.

Terapist, hastanın önce terapistle sonra uygun önem verdiği başka kişilerle gerçek yakın ilişki kurmasına yardım eder. Yalnız Çocuk daha fazla sevgi ve empati kabul ederken hasta artık geçici beğeni ya da sevgi hissizliği sahibi değildir ve artık başkalarıyla küçültücü ya da ben merkezci bir tavırla hareket etmek zorunda değildir. Hem Büyüklenmeci Kendilik modu hem de Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modu zayıflar ve gittikçe güçten düşer.

Tedavinin birincil odağı o yüzden hastanın yakın ilişkileridir -hem terapi ilişkisi hem de hastanın diğer önemli ilişkileri. BKB olan hastanın tedavisindeki gibi birincil stratejimiz mod çalışmasıdır.

Onları hastaya tanıttığımız sırada kabaca tedavinin unsurlarını sunmaktayız.

Terapist Koz Olarak Mevcut Şikâyetleri Tespit Eder

Terapist, hastaları duygusal acılarıyla temasta tutmaya çalışır çünkü acılar gider gitmez hastalar tedaviyi bırakma eğilimlidir. Tedaviyi bırakmaları muhtemeldir. Terapist, hastaları içsel boşluk, duygu, kusur ve yalnızlıklarını farkında hale getirdikçe onları tedavide tutmak için o kadar kozu olur. Eğer hasta tedaviye duygusal endişe durumunda gelirse bu durum, hastayı tedavide kalmaya motive etme ve değişmeye çabalama kozu olarak işlev görebilir. Terapist ayrıca sevdikleri tarafından reddedilme ya da kariyerinde başarısızlık gibi hasta, narsisizminin olumsuz sonuçları üzerine odaklanır.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta temelde yatan duygusal yoksunluk ve kusurluluk duyguları üzerinde çalışma amacıyla tedaviye başlamaz. Bunun yerine amacı, kaybettiği bazı onay kaynaklarını geri almak ya da Büyüklenmeci Kendilik veya kendini yatıştırma davranışlarının bazı olumsuz sonuçlarından kendini kurtarmaktır. Onlar, Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kednilik modlarını desteklemeye yardım eder. Terapistin bu modların yararına hizmet edemeyeceği belli olur olmaz bazı hastalar, öfkeli olurlar ve tedaviyi bırakmaya karar verirler. Bununla birlikte terapist, bu hastaları duygusal acılarının, değişmedikleri takdirde kaçınılmaz yaşam kayıpların ve olumsuz sonuçların farkına vardırırsa o zaman tüm bunlar kalmalarına neden teşkil edebilir. Terapistle duygusal bağlantı ve başkalarından karşılık görme korkusu terapiye devam etmek için temel motive edici etkenlerdir. Diğer modlarda hasta kalmak istemese de eğer terapist, hastayı Yalnız Çocuk modunda tutabilirse ve hastaya ilgi gösterebilirse o zaman hastanın tedavide kalması olasıdır.

Terapist Yalnız Çocuk ile Bağlantı Kurar

Terapi ilişkisi içerisinde terapist, mükemmel ya da özel olmaya gerek kalmadan önemsendiğini ve değer verildiğini hissettiği ve terapistin mükemmel ve özel olmasına gerek kalmadan hastanın terapisti önemsediği ve değer verdiği bir ortam yaratmaya çalışır. Terapist, Yalnız Çocuk ile bir bağ kurar. Terapist, hastanın savunmasızlık ifade etmesine değer verir ve hastaya "koşulsuz olumlu bakış" verir.[3]

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, çoğunlukla yakınlık kurma sorunları olduğunu bilmezler. Gerçek yakınlığı asla deneyimlememiş olabilirler. Terapi ilişkisi aracılığıyla diğer insanlarla duygusal yakınlık kurmanın onlar için ne kadar zor olduğunu fark etmeye başlarlar. Terapist, hastaların Yalnız Çocuk modunda kalmasına yardım etmesi için terapi amacını yeniden çerçevelendirir ve temel duygusal ihtiyaçları gidermeye çalışır. Büyüklenmeci Kendilik modu için orada bulunan ebeveynin aksine terapist, Yalnız Çocuk için oradadır. Terapist, diğer modlardan birine geçmeden Yalnız Çocuk modunda olmanın acısına dayanması için hastaya yardım eder. Terapist, şemanın iyileşmesini destekleyerek Yalnız Çocuk modunda hastaya ilgi gösterir. "Sınırlı yeniden ebeveynlik" aracılığıyla terapist, hastanın diğer şemalarının yanı sıra Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemasına kısmi bir antidot sağlar.

Terapist hastayı değersizleştirmeden hastanın onay arayıcı davranışıyla yüzleşir. Terapist daima aynı mesajı verir: "Benim ilgilendiğim sensin, performansın ya da görünümün değil." Benzer şekilde terapist, hastayı değersizleştirmeden hastanın hak gören davranışıyla da yüzleşir. Karşılıklılık prensibini vurgulayarak terapist, sınır koyar. "Seninle ilgileniyorum fakat kendim ve başkalarıyla da ilgileniyorum. Hepimiz eşit derecede ilgi görmeyi hak ediyoruz" mesajını verir.

Hasta, uygunsuz bir şekilde terapiste öfkelendiğinde terapist, hasta ile empatik bir şekilde yüzleşir. Terapist, sempati

ve hastanın bakış açısını anladığını ifade eder fakat hastanın terapistin bencil, yoksun, değersizleştirici ve kontrolcü olduğu çarpık düşüncesini doğrulamaz. Hasta küçültücü bir biçimde geçerli bir eleştiriden bahsediyorsa o zaman terapist, yine de değerli olma hakkını ileri sürer. Terapist, "Hepimiz ilgiye layığız, mükemmel olmasak bile" mesajı verir. Terapist, değersizleştirici davranışı terapiste nasıl hissettireceğini ve terapi dışındaki diğer insanlar üzerinde nasıl bir etkisi olacağına dikkat çeker. Ayrıca hastanın neden davranışla meşgul olduğunu mod açısından anlaması için durumun üstesinden gelmesine yardım eder.

Terapist Hastanın Küçümseyici ve Meydan Okuyucu Stiliyle Anlayışlı Bir Şekilde Yüzleşir

Er ya da geç narsisistik kişilik bozukluğu olan pek çok hasta, terapistlerine başkalarına davrandıkları biçimde davranmaya başlarlar -küçümseyici ya da meydan okuyucu bir tavırda. Hasta, terapisti değersizleştirmeye başlar. Bu meydana geldiğinde terapistin hastaya karşı koyması önemlidir yoksa terapist hastanın saygısını kaybedecektir.

Bu hastalarla yüzleşmek terapistler için genelde zordur çünkü deneyimimize göre pek çok terapistin Kendini Feda ve Boyun Eğicilik şemaları vardır. Bu şemalar, narsisizm karşısında girişkenliği zorlu bir görev haline getirme eğilimindedirler. Bu hastalar, önemli derecede terapistin ebeveynlerinden birine benziyorsa -örneğin; onlar talepkar, eleştirel ya da kontrolcü ise- o zaman terapist, hasta için en iyisini yapmak yerine çocukluk uyumsuz baş etme davranışlarına devam etme riski taşırlar. Örneğin terapistler, mantıksız sonuçlara teslim olabilirler ya da hak gören davranışları tolere edebilirler.

Terapist, narsisistik kişilik bozukluğu hastaların tedavisinde kendi şemalarının aktivasyonuna karşı tetikte olmalıdır. Terapistin şemalarının tetiklenmesi, hastalara yardım etmek yerine zarar veren, karşılık verme ya da rekabete girme gibi ters etki eden yanıtlara yol açabilir. Kendini Feda ve Boyun

Eğicilik şemaları olan hastalar genellikle soğuk, yoksun ya da kontrolcü bir ebeveyne sahiptirler. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların davranışları, genellikle çocukken ebeveynin yaptığı zararlı davranışların aynısıdır. Bu terapistler, bu nedenle hastaya yeniden ebeveynlik etmek yerine bu hastalarla çocukluk baş etme stratejilerine dönme riskini taşırlar.

Terapistin hastaya karşı koyması önemlidir fakat empatik yüzleştirme aracılığıyla. Terapist aşağıdakiler gibi açıklamalarda bulunabilir:

> "Bana zarar vermeyi istemediğini biliyorum fakat benimle bu şekilde konuşurken bana zarar vermeye çabalıyorsun gibi görünüyorsun."
>
> "Bu ses tonunda bana konuşurken üzgün olduğunu ve senin için burada olmama ihtiyaç duyduğunu bilsem bile sana karşı mesafeli hissediyorum."
>
> "Benimle küçültücü şekilde konuştuğunda bu, senden uzaklaşmama neden oluyor ve ihtiyaç duyduğun şeyi vermemi zor hale getiriyor."
>
> "Temelde insanlara yakınlaşmak istesen bile onlarla bu şekilde konuşursan seninle yakınlaşmak istemeyecektir."

Terapist, hastanın neden bu şekilde davrandığını anladığını göstererek, hatta hastanın ilişkilerindeki -terapistle ve hastanın yaşamındaki diğer insanlarla- davranışlarının olumsuz sonuçlarını bilmesini sağlayarak hastanın değersizleştirici davranışına dikkat çeker.

Aşağıdaki parçada Dr. Young, Carl'ın Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modları ile yüzleşmeye başlar. Carl'ın Danielle ile ilişkisinin başlangıcı hakkında bir tartışma bağlamında Dr. Young, Carl'ın kendisine yönelik değersizleştirici biçimde davranıyor olmasına dikkat çeker.

DR. YOUNG: Danielle o zamanlar nasıl görünüyordu? Güzel miydi? İdealindeki gibi miydi?

CARL: Güzeldi. Ama hatırlatırım ki sarhoştum, oturuyordum, o da oturuyordu (*Güler*). Her zaman bu kadar kısa birine

asla âşık olmayacağım esprisini yapardım. Sarhoş olduğum ve oturuyor olduğumuz zamanlar hariç.

Doğru vücut tipine sahipti, doğru saç rengine sahipti.

DR. YOUNG: Öyleyse bütün bu objektif kriterleri karşılıyordu.

CARL: (*Sıkılarak*) Onlar objektif kriterler değil. Hissedilen ama bir şekilde tanımlanamayan, nerden geldiğini bilmeden sahip olduğumuz kriterler.

DR. YOUNG: Ama o sana sezgisel bağlı olan bütün bu şeylere uyuyor gibi görünüyordu...

CARL: (*Keser*) Aslında *yeterince uygundu*. Ve benimle ilgileniyordu ve ben de hazırdım. Yani, burada bir çok faktörün kesişimi var.

DR. YOUNG: (*Duraklar*) Biz konuştukça fark edilen şey şu ki Carl, ne zaman en ufak yanlış bir şey söylesem belki senin hissettiklerinden yalnızca bir derece kadar farklı, bunu bulup çıkarıyorsun ve sanki tartışıyormuşuz gibi karşılık veriyorsun. Ne demek istediğimi biliyor musun? "Evet, haklısın, bu doğru ama tam olarak o değil" demek yerine "bu tamamen alakasız" diyorsun.

CARL: (*Sıkılarak*) Bunu bir derece olarak görmüyorum. Ben buna *bir* derecelik farklılık demezdim. Hatta *beş* derecelik derdim -bunun farklı olduğunu düşünüyorum. Bu konuda çok titizim, öyle değil mi?

Terapist, Carl ile nazik bir şekilde yüzleşir sonra Carl, meydan okuyucu bir tavırda tepki verir. Carl terapistin gözlemlerini değersizleştirmeye devam ederken terapist, empatik bir şekilde konuşmaya devam eder. Bununla birlikte bu, öfkelenme ve cezalandırma olmadan Carl ile yüzleşmeye devam eden terapisti vazgeçirmez. Bunun yerine terapist, Carl'ın terapistle ve yaşamındaki diğer insanlarla ilişkilerindeki davranışın sonuçlarına tekrar tekrar dikkat çeker. Terapist, halihazırdaki durumun üstesinden gelmeye, hastayı sakince gözlemlemeye, empati ifade etmeye, objektif geri bildirim ve eğitim sağlamaya çalışır.

DR. YOUNG: Konuştuğun kişi üzerinde bu yaptığının, yaptığın bu düzeltmelerin nasıl bir etkisi var?

CARL: Bilmiyorum (*yavaşça güler*).

DR. YOUNG: Tahminin nedir? Duyarlı bir insan olduğunu söylemiştim.

CARL: (*Keser*) Normalde insanların nasıl tepkiler verdiğine karşı duyarlıyım. Şu anda bu seni sıkıyor gibi görünüyor. Bu tür bir düzeltme seni üzüyor gibi görünüyor.

DR. YOUNG: Tabi, Her söyledikleri şeyde düzeltilmenin başka insanları da üzeceğini düşünüyorum. Ben bir psikiyatrım. Ve sahip olduğun sorunlar birlikte mükemmeliyetçi olmanın, her şeyi tam tutturmanın senin için çok önemli olduğunu anlıyorum, dolayısıyla "tabi onun bakış açısından her şeyi doğru yapma görevi hayati ve önemli" diyebiliyorum.

CARL: (*Keser*) Bu, bana konuşma sırasında hayati ve önemli geliyor.

DR. YOUNG: Evet ama söylemeye çalıştığım şey şu ki senin düzeltmeni anlamaya çalışan ve psikiyatr olmayan birine aynı şeyi yaptığında kişi bunu sanıyorum ki bir tür eleştiri olarak yani onların söyledikleri şeyin zekice olmadığı, bir diyalogdan beklentilerini karşılamadığı şeklinde deneyimleyecek.

CARL: Ya da devam etmesi lüzumsuz olan bir konuya eklenmiş gereksiz bir ilave.

DR. YOUNG: Evet. Ama ben bununla onların duygularının incindiği kısım olarak ilgilenmiyorum.

Carl, odağını diğer insanların zarar verdiği düşüncesinden uzaklaştırmaya çalışır. Tartışmayı entelektüel düzeyde tutmaya ve çok ciddi değilken yaptıklarını haklı çıkarmaya çalışır. Bununla birlikte terapist, bunun onun yanına kalmasına izin vermez. Terapist, nazik olmaya devam eder fakat Carl'ın davranışının başkaları için zararlı olduğunu sıkı bir şekilde tekrar ileri sürer. Sonraki pasajda Carl, seanstaki davranışlarında bazı içgörüler göstermeye başlar.

CARL: O halde bana belirtmeye çalıştığın şey, ki bunun yararlı bir gözlem olduğunu düşünüyorum, bütün etkileşimleri amacın bir tür entelektüelleştirme olduğu bir tür oyun olarak kavramsallaştırma eğilimim olduğu.

DR. YOUNG: Bunun yaptığı şey şu ki, duyguları kesme etkisi var. Senin hakkında ne hissedersem hissedeyim ya da sen ve benim hakkımda, sözcükler arasında kaybolup gidiyor. Bu, yalnızca birçok kelimenin olduğu ve yeterince duygunun olmadığı bir kitap okumaya benziyor.

CARL: Belki bu benim tarzım. Belki duyguları kesmek benim tarzım.

Carl, kendisindeki ilerlemenin bir işareti olarak terapistin söylediklerindeki -duygulardan kaçındığı için mantıkla değerlendirip eleştirdiği- gerçeği kabul eder. Bununla birlikte çok geçmeden terapistle alay etmeye döner. Dr. Young, Carl'ın mevcut terapisti Leah'tan bahseder.

DR. YOUNG: Leah'ın bahsettiği şeylerden biri şu "baskınlık dansı" -bu senin temalarından biri.

CARL: (*Alaycı bir biçimde güler*) Bunun sadece senin seçtiğin bir şey olduğunu düşündüm. Benim temalarımdan biri mi bilmiyorum? Bu alımlı bir cümle.

DR. YOUNG: Evet bundan bahsetti, fakat bu bağlamda alakalı olabilir. Bu, altmetinde kimin daha zeki ya da kimin daha kusursuz olduğunu görmek için entelektüel düzeyde rekabet eden iki kişinin olduğu entelektüel diyaloglarda olabilir.

CARL: (*Meydan okuyarak*) Evet, evet. Ve fark edecek olursan *tango iki kişiliktir*.

DR. YOUNG: İnanmayarak yani bundan benimde eğlendiğimi mi söylüyorsun?

Bu tür bir ileri geri mücadele, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisine özgüdür. Hasta terapistle tartışmaya ya da değersizleştirmeye devam eder ve terapist, hem kendisi hem de hastanın yaşamındaki diğer önemli insanlar üzerinde

bu davranışın etkilerine işaret ederek yanıt vermeye devam eder.

Terapist ve Carl arasındaki görüşme devam ederken, Carl adım adım terapistin söylediklerindeki gerçeği kabul etmeye başlar. Terapistle savaşmaya devam eden Carl'ın bir parçası -azaldığını hissetmek istemeyen ve bırakmayı direnen kendini büyük görme, kopma modu- olsa bile aynı zamanda terapisti daha kabul edici ve yaptıklarının daha da farkında olan onun sağlıklı bir kısmı da vardır. Bu, Carl'ın Sağlıklı Modu detaylandırmasına yardım etmek için tedavinin amacıdır.

Hasta Ne Zaman İhlal Etse Terapist Haklarını Nazik bir Şekilde İfade Eder

Terapist, hastanın değersizleştirici bir tavırda davrandığı her an, hastaya karşı uygun bir şekilde kesinliğini korur. Terapist bir ebeveynin bir çocuk için yaptığı aynı şekilde hasta için sınır belirler. İyi bir ebeveynin evin dışında kabul edilemeyecek olan ev içindeki davranışlara izin vermemesine benzer -küçültücü bir tavırda konuşmak ya da zorbalık etmek gibi- terapist hastanın terapi dışındaki insanlarla kabul edilemeyecek biçimde terapiste yönelik davranmasına izin vermez. Terapist, hasta yanlış davrandığında sınırları belirler.

Burada narsisistik kişilik bozukluğu hastalarına sınır koyarken terapistlerin izleyebileceği bazı prensipler bulunmaktadır.

1. *Terapistler narsisistik bakış açısıyla empati kurarlar ve hak görme ile yüzleştirmede anlayışlıdırlar.* Terapist, hastanın bu davranışının başkalarına nasıl etki ettiğini öğrenmesini sağlarken aynı anda narsisistik kişilik bozukluğu olan hastanın bencil bir şekilde hareket etmede neden "haklı" hissettiği ile empati kurar. Terapist, empati ve yüzleştirme arasında doğru bir denge kurmalıdır.

Eğer terapist, yeterli empatiyi ifade etmezse hasta yanlış anlaşıldığını ve iftira edildiğini hissedecektir ve terapistin ne

söylediğini dinlemeyecektir. Eğer terapist, hasta ile yeteri kadar yüzleşmez ise o zaman hasta terapistin hak görme davranışları için saklı bir izin vermiş gibi hissedecektir.

2. *Terapistler hastalar onları değersizleştirdiklerinde ne kendilerini savunurlar ne de karşı saldırıya geçerler.* Terapist, hastanın saldırılarının içeriğinde kaybolmaz. Terapist, içeriğe değil fakat tartışmanın bireyler arası unsurları üzerine odaklanarak belirli içeriğin üstesinden gelir ve bunu kişisel olarak almaz. Hastanın söylediklerinin içeriği ile ilgili tartışan terapist, genellikle bir hata yapar. Terapist savunma ya da karşı saldırı yaptığı sürece hastanın "oyununu" oynamış olur ve hasta seansı kontrol eder. Bunun yerine terapist, meydana gelenin sürecine odaklı kalır -hastanın kendi duygularından kaçınmak için terapisti değersizleştirmesine- ve bu davranışın sonuçlarıyla ilgili hasta ile empatik olarak yüzleştirmeye devam eder.

3. *Terapistler, cezalandırmadan haklarını öne sürer.* Hastalar, terapist haklarını ihlal ettiklerinde terapist, tekrar empatik yüzleştirme kullanarak buna dikkat çeker. Terapist; "Muhtemelen bana zarar verme niyetinde olmadığını biliyorum ve aslında hissettiklerin yanlış anlaşılmış şeyler fakat şu anda benimle konuşma biçiminden rahatsızım" gibi şeyler söyler.

4. *Terapistler, hastaların yapmak istemedikleri şeyleri yapmada kendilerine zorbalık yapmalarına müsaade etmezler.* Aksine terapistler, hastanın uygulama baskısını dikkate alamadan onların rahat ve adil gördüğü şeylere dayalı açık sınırlar koyarlar. Örneğin terapistler, hastaların sürekli olarak programı yenilemek için aklını çelmesine, seans zamanını geçirmesine, hastanın manipüle etmesine yardımcı olmak için potansiyel sevgili ve düşmanlarını analiz etmesine ya da güç mücadelesini kazanmasına izin vermez; yoksa terapötik ilişki aşılır. Ayrıca terapistler hastaları zorlamaya çabalamaz.

5. *Terapistler, efendi-köle prensibi üzerine değil karşılıklılığa dayalı müşterek terapi ilişkisi kurar.* Hasta terapiste hak gören biçimde davrandığında terapist, buna dikkat çeker. Terapist, "korktuğunu biliyorum, şu anda sana yardım etmem için bana ihtiyaç duyuyorsun, fakat bana bir uşakmışım gibi davrandığını düşünüyorum ve bu beni uzaklaştırıyor" ya da "bana saygısızca davranıyorsun ve orada olmak istediğim biçimde senin için orada olmamı zorlaştırıyorsun çünkü içinde sıkıntı çektiğini biliyorum" gibi şeyler söyler.

Genelde hasta "Sana para ödüyorum" yanıtını verecektir. Terapist, şöyle yanıtlayabilir; "Zamanım için para ödüyorsun, bana saygısızca davranmaya hakkın olduğun için değil." Terapist, ilişki için yalnızca eşit olan koşulların kabul edilebilir olduğunu belirtir. Hastanın terapiste ödeme yaptığı gerçeği, hastaya terapiste kötü davranma hakkını vermez. Terapistin, hastanın tüm taleplerini gidermeye mecbur olduğu anlamına da gelmez.

6. *Terapistler, temeldeki dayanıksızlık delilini ararlar ve bunun meydana geldiği her ana dikkat çekerler.* Terapist hastadaki Yalnız Çocuğu arar ve bu ne zaman yüzeye çıksa hastanın dikkatini moda çeker. Bu tür işaretler, anksiyete, üzüntü ya da utanç; zayıflık kabulü ve giderilmemiş ihtiyaçların kabulü ifadelerini içerir. Terapist, hastayı mümkün olduğu kadar çok Yalnız Çocukta kalması için cesaretlendirir ve hastaya yeniden ebeveynlik yapar.

7. *Terapistler, belirli durumların üstesinden gelirler ve hastadan hor görme, kendini büyük görme, değersizleştirme ya da kaçınmacı açıklamaların arkasındaki motivasyonu incelemesini isterler.* Terapistler, tartışmaların içeriğine saplanmazlar. Aksine hastanın davrandıkları biçime ve bu davranışın diğer insanlar üzerinde sahip oldukları etkiye yönelirler. Terapist hastanın temelde incinebilirlik duyduğunu fark eder. Hastalar değersizleştirici bir tavırda davrandığında terapistin, çoğu zaman onlara hissettirdiği şekilde hissettirmeye çalışırlar ve tartışma içe-

riği, hastanın terapistin kusurlarını algılamaları üzerine değil daha çok hastanın nasıl iftira edilmiş hissettiği üzerine gelişir.

Suçlayıcı sesten kaçınmak için terapist sorular sorar. Terapist, "Şu anda bunu neden yapıyorsun? Neden küçümseyici olmaktasın? Neden beni uzaklaştırıyorsun? Neden bunun hakkında konuşmak istemiyorsun? Neden bana öfkeleniyorsun?"

Genelde narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar oldukça zekidirler, terapiste kurnazca davranabilirler ve tartışmaları kazanabilirler. Bununla birlikte tartışmaları kazandıklarında bile terapiste değersizleştirici ve ilgisiz biçimde davranıyorsa yanılmışlardır. Tartışma içeriğinde yanlış olmayabilirler fakat süreç ve stilde elbette yanlıştırlar. Olayların üstesinden gelerek terapist pek çok tartışmadan kaçınabilir.

8. *Terapistler, ortak narsisistik temaları ararlar ve onları hastaya ifade ederler.* Yaygın narsisistik tema örnekleri, (a) küçümseyici, yukardan, rekabetçi davranış; (b) yargılayıcı, eleştirel ve değerlendirici yorumlar, olumlu ya da olumsuz; (c) statü arayan beyanlar ya da sevgi ve tatmin gibi içsel nitelikler yerine dışsal görünüm ya da performans üzerine vurguyu yansıtanlar.

Bir kez daha tekrarlarsak eleştirici yerine destekleyici olmak için terapist, sorular biçimindeki temalara işaret edebilir. Terapist, "şu anda küçümseyici biçimde hareket edebildiğini neden düşünüyorsun?" ya da "neden beni uzaklaştırıyosun?" ve yahut "başarıların hakkında bana konuşman neden bu kadar önemli?" diye sorar.

9. *Terapistler, Büyüklenmeci Kendilik ya da Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modları temsil ediyor gibi görünen açıklamaları adlandırır.* Bu, hastanın içlerindeyken modları fark etmeyi öğrenmelerine yardımcı olur. Hastalar, Büyüklenmeci Kendilik ya da Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modundayken terapist hastanın dikkatini moda çeker ve hastanın modda varoluş deneyimini duygusal olarak fark etmesine yardım eder.

Terapist İncinebilirlik Gösterir

Terapistlerin narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara, incinebilir olmanın kabul edilebilir olduğunu gösterebilmesinin en iyi yolu kendilerinin incinebilir olmalarıdır. Mükemmel görünmek yerine terapistler, incinebilirliklerini kabul ederler. Terapistler incinebilirliğe model olurlar: Duygularının incindiğini ve yakın bir ilişkide uygun olabilecek ölçüde kolaylıkla hatalarını kabul ettiklerini belirtirler. Kusurlu olmaya razıdırlar. Bu hastaların çoğu incinebilirliği zayıflığın bir işareti olarak görse bile terapistin uygun incinebilirliği ifade etmesi yine de önemlidir. Terapistlerin, kişisel yaşamlarının özel detaylarını tartışmalarını önermiyoruz. Bunun yerine, terapistlerin hastalarla terapi seansı sırasında doğal olarak ortaya çıkan savunmasızlık duygularını paylaşmalarını öneriyoruz. Genellikle tedavinin başlangıcı yerine seanslar ilerlerken daha fazla incinebilirlik göstermek terapist için daha iyidir. Eğer terapist erkenden çok fazla incinebilirlik gösterirse hasta, terapistin hastanın güç davranışıyla uğraşmak için çok zayıf olduğu anlamını çıkararak yanlış yorumlayabilir. Terapist, sınır koyma becerisini önceden göstermiş olarak bir güç ortamından gelmek zorundadır. Böylelikle iletmeye çalıştığı, gerçekten ince bir güven, güç ve incinebilirlik karışımıdır.

Aşağıdaki parçada terapist, Carl'ı aynısını yapmaya cesaretlendirmek için incinebilirlik ifade eder. Parça başlarken terapist, onun rekabetçiliğinin (oyun) çoğunlukla farkında olmadığı temeldeki yetersizlik duyguları tarafından güdülendiğini Carl'a belirtmektedir. Bu, Carl'ın Büyüklenmeci Kendilik moduna geçerek Yalnız Çocuk duygularını telafi etmesidir.

DR. YOUNG: Bu oyunu oynamak, sana nasıl bir işlev sağlıyor? Biriyle böylesi bir oyunu oynamanın altında yatan işlev nedir?

CARL: (*Sıkılarak*) Bilmiyorum. Bu sadece var olmak için doğal bir uyarıcı yol.

DR. YOUNG: Bu soruya daha derin bir cevap varmış gibi görünüyor.

CARL: Evet, genel olarak bu oyunu oynamanın amacı ne olabilir? Bu tür bir oyunu oynayacağım zamanı düşünürsem o an, amacın ta kendisi olurdu ama özel olarak bu oyunu neden seninle oynamaya başladığımı düşünürsem... (*durur*). Aslında etkileşimin içeriğinden beni koparırsa o zaman bu benim konuşmayı kontrol etme ve konuşmanın bir kısım rahatsız edici olabilecek duygusal içeriğinden daha rahat bir alana kaydırma yöntemim.

DR. YOUNG: Evet, bu bana doğru geliyor. Olan şey buymuş gibi görünüyor. Bu rahatsız edici durumdan uzaklaştırmaya çalıştığın şeyin ne olduğuna dair bir fikrin var mı? Bu oyunu hiç oynamamak ve birileriyle tamamen duygusal olmak nasıl bir şey olurdu? Sen benimle ilgili duygusal reaksiyonlarını paylaşabilirsin ve ben seninle ilgili duygusal reaksiyonlarımı paylaşabilirim. Sana duygusal bir düzeyde ne hissettiğinle ilgili sorular sorabilirim ve sen bunu açık bir şekilde ele alabilirsin.

CARL: Bu, sanırım zor olurdu.

Bu noktada Carl, motivasyonunu kesin olarak anlamaktadır -diyalogu onu üzme potansiyeline sahip duygusal konulardan başka tarafa çekmek. Yalnız Çocuk ve yakınlıktan kaçınmak için Kopma ve Kendini Büyük Görmeyi seçer. Bu kaçınma ve telafi modları, Yalnız Çocuğu emniyette tutar. Carl terapisti değersizleştirmeyi bırakır. Bir süreliğine Yalnız Çocuk moduna geçer ve sonra geri gelir.

Terapist Yalnız Çocuk Mod Kavramına Giriş Yapar

Terapist, sonradan Carl'ın Yalnız Çocuk moduna daha doğrudan yönelmeye başlar. Terapist, görüşmenin kameraya çekildiğinden bahseder ve Carl'a duyguları ile ilgili sorular sorar. Carl, kendisindeki incinebilirlik duygusunu inkar ederek cevap vermeye başlar. Terapist kendi incinebilirliğini ifade ederek yanıt verir.

DR. YOUNG: Burada benimle olmak ya da burada kaydediliyor durumda olmak sana nasıl hissettiriyor? Bunun entelektüel analizi bir yana böyle bir durumda olmak içgüdüsel düzeyde sana ne hissettiriyor?

CARL: Sanırım bunu yok sayabiliyorum.

DR. YOUNG: Hiçbir duygusal reaksiyon ya da içerik yok mu?

CARL: (*Durur*) Benim tarafımda mı yoksa senin tarafında mı?

DR. YOUNG: Her iki tarafa da. Ben kesinlikle duygusal bir reaksiyona sahibim. Ben burada insanların izleyeceği bir video hazırlıyorum...

CARL: (*Keser*) Aslında sen benden çok daha fazla göze çarpan durumdasın çünkü ben aşağı yukarı anonim bir hastayım ve sen bunu yöneten kişisin (*sinsi bir şekilde güler*). Burada olup bitenle ilgili ben yargılanmayacağım, sen yargılanacaksın. Bu, *senin* bilincinde olan bir şey. Benim bilincimde olmak zorunda değil.

DR. YOUNG: Entelektüel olarak bu doğru. Ama bir şekilde buna içgüdüsel olarak inanmıyorum. Bana göre böyle bir durumda olan herkes içten içe duygusal bir karşılığa sahiptir.

CARL: (*Sıkılarak*) Neden ne hissettiğin hakkında konuşmuyorsun?

DR. YOUNG: Aslında, sanırım yaptım. Diyordum ki: bence bir şekilde gergin hissediyorum çünkü burada kendim hakkında yüksek beklentilerimin olduğu, izleyen insanların yüksek beklentilerinin olacağı bir durumdayım ve gerçek bir hata yapma olasılığım var, kötü gidebilir ve bu utandırıcı olabilir.

CARL: (*Keser*) Ama görmüyor musun, benim hata yapma şansım yok. Ben hastayım, ne canım isterse yapabilir ve söyleyebilirim. (*Galip edasıyla güler.*)

DR. YOUNG: Haksız olduğunu söylemiyorum ama bunun içinde hissettiğin şey olduğuna ve insanların seni nasıl gördüğüne dair hiçbir anksiyete ya da kaygın olmadığına emin misin?

CARL: Belki bu senin için anlaması zor çünkü insanların içe kapanık olmalarını bekliyorsun.

DR. YOUNG: Evet, özellikle de senin: Utangaçlığın olduğundan söz etmiştin.

CARL: Evet ama öyle oluyor ki gerçekten içine kapanık olmuyorum.

Carl, Büyüklenmeci Kendilik modundadır, nazikçe terapisti küçültmektedir ve o anda kendi İncinebilir Çocuk modunun farkında değildir. Terapist ısrar eder fakat hastanın temelde ne hissettiğini fark etmesi için çok erkendir.

Terapist, hasta içinde Yalnız Çocuğun -hastanın savunmasızlık, korku, yetersizlik ve kaybolmuş hisseden kısmı- olduğunu dile getirmeye başlar. Terapist, hala Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modlarına işaret ederek hastanın savunmasızlığını pekiştirir.

Aşağıdaki parçada Dr. Young Carl'ın incinebilirlik duygusunu ya da terapistle kurduğu duygusal bağlantıyı kabul edip edemediğini görmek için terapist Leah ile olan ilişkisini inceler. Tekrardan Carl, incinebilirliği kabul etmede aynı zorluğu gösterir.

DR YOUNG: Bu tür bir duruma karşıt olarak Leah ile seanstayken nasıl hissediyorsun? Onunla birlikteyken duygusal hislerin neler? Farklı mı yoksa buradakiyle aynı mı?

CARL: Peki, sanırım Leah ile seanslarımda öğrendiğim her türlü kapasiteyi burada denemek ve uygulayabilmek için getiriyorum.

DR. YOUNG: Hayır, demek istedim ki Leah ile seanstayken nasıl duygulara sahipsin? Sende hangi duygular hakim oluyor?

CARL: Kopuk bir tavır sürdürmeye ve duygularım ortaya çıkarken bilinçli ve düşünceli olmaya çalışıyorum.

DR. YOUNG: Ama duygularının içinde kaybolmama, kendini çok fazla duygularına kaptırmama isteği var.

CARL: Aslında her zaman değil. Bazen kendimi duygularıma kaptırmaktan, onları keşfedip hissetmekten hoşlandığımı düşünüyorum.

DR. YOUNG: Ama neden kopuk bir tavır sergiliyorsun?

CARL: Hayır, sanırım bu kopuk tavır, yalnızca benim doğal halim. Bu Carl'ın doğal hali.

DR. YOUNG: Kopuk.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: O halde deneyimlemek istemediğin bazı duygusal hislerden kaçınmak için kopuk olduğun diğer açıklamaya geri dönüyoruz.

CARL: Şimdi neden kopuk hale gelmeyi öğrendiğimi soruyorsun. Kopuk olmaya 37 yaşında başlamadım.

DR. YOUNG: Senin bu ayrı kısmını geliştirmeye başladığın anın ne zaman olduğunu düşünüyorsun.

CARL: Belki dört ya da daha önce ve kesinlikle büyüyen genç bir çocukken, hiç kuşkusuz.

Carl, kopuk olduğunu ve kopmanın normal bir varlık durumu olduğunu ve yaşamının erken dönemlerinde başladığını kabul eder. Artık terapist, Yalnız Çocuğa giden bir gediğe sahiptir. Artık terapist, temeldeki kopukluğun ne olduğunu inceleyebilir -kopukluğun neden 4 yaşında başladığını ve bu modun gelişimine yol açan kopukluktan önce ne hissettiğini.

Dr. Young ve Carl, Carl'ın kopuk kısmını "Kopuk Carl" olarak isimlendirir. Gerçekte bu mod, Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modlarının bir karışımıdır.

Terapist Hayal Kurma Yoluyla Modların Çocukluk Kökenlerini İnceler

Hasta, modları fark eder etmez terapist, çocukluktaki modların özellikle hastanın Yalnız Çocuk modunun kökenleri üzerinde hareket eder. Üstesinden gelecek en iyi yolun, hayal kullanımından geçtiğini bulduk. Bununla birlikte öncelikle te-

rapist, hastanın hayal kurmaya karşı çıkışını hemen hemen her zaman yenmelidir.

Aşağıdaki parçada terapist, Carl'ın kopukluk modunun kökenlerini keşfeder. Terapist, hayal kurma çalışması yapmasını ister fakat Carl öncelikle yöntemle ilgili çeşitli tereddütlerini ifade eder ve sonra hayal kurma sürecine direnir.

DR YOUNG: Bundan önce nasıl olduğunu anlamak için bir hayal kurma çalışması yapmayı kabul eder misin? Gözlerini kapatmanı ve kendini kopuk olmadan önce üç yaşındaki bir çocuk olarak hayal etmeni isteyebilir miyim -böylece kesmeden önce o noktada senin bu duygusal yanına dair bir şeyler anlayabilirim. Bunu denemeyi ve ne gördüğünü bana söylemeyi kabul eder misin?

CARL: Deneyebilirsin, ama 3 yaş hakkında çok fazla yardımcı olamam (*güler*).

DR. YOUNG: Pekala, hayal edebileceğin en genç yaşı dene.

CARL: Biliyorsun bence geriye dönmek, yıllar içinde havanın ve kirin doldurduğu bir kuyu gibi ve dibe inmek istiyorsan aşağı bakamazsın, önce bütün o kiri kazıman gerekir, işte hissettiğim şey bu.

DR. YOUNG: Evet, ne demek istediğini anlıyorum. İmgelere ulaşması zor gibi görünüyor ama hadi deneyelim. (*Duraklar*) Şimdi gözlerini kapa ve bir çocuk olarak küçük Carl'ın bir imgesini yakala ve bana ne gördüğünü söyle. Çalışma bitene kadar gözlerini kapalı tut. Bir başka şey ise bunu imgeler içinde yapmaya çalış. Analizini yapmaya çalışma, yorum yapmaya çalışma, sadece kafanın içinden geçen bir filmmişçesine bana ne gördüğünü söylemeye çalış.

CARL: Pekala genel olarak konuşursak imgeler görmüyorum.

DR. YOUNG: Yani -gözlerin kapalıyken- Carl'ı bir çocuk olarak hayal etmeye çalıştığında gerçekten hiçbir şey görmüyor musun?

CARL: Doğru. Bir imge, fark edilir bir imge görmüyorum.

DR. YOUNG: Oraya geriye baktığında gerçekte ne görüyorsun.

CARL: Pekala, bazı izlenimler edinmeye çalışacağım.

DR. YOUNG: Evet bu iyi olur.

CARL: Deneyeceğim ve ne bulursam almaya çalışacağım. Ancak bu, gerçekten görebileceğim bir imge formunda olmayacak.

DR. YOUNG: Peki, bulabileceğin buna en yakın olan şey yeterli olacaktır.

Carl yine de direnmektedir fakat en azından başlamaya niyetlidir. Çünkü bir çocuk olarak kendi hayalini üretme sorunu olduğunu söylediği için bunun yerine Dr. Young çocukluğundaki annesinin hayalini kurmasını önerir. (Hastaya gittikçe daha kolaylaşan görevler sunma, hastanın hayal kurmaya direnmesine karşı bir stratejidir.)

DR. YOUNG: Peki, genç olduğun zamanlardan annene dair bir imge yakalayıp, oradan başlayabilir misin? Bu daha mı kolay olur?

CARL: Evet.

DR. YOUNG: Hayalde annenin yüzündeki ifadeye baktığında ne hissediyorsun? Buna herhangi bir tepkin var mı? Ne hissediyorsun?

CARL: Aslında çok üzgün hissediyorum. Çünkü sanırım annemi çok derinden içtenlikle seviyorum ve sadece onunla olmak ve onu sevmek istiyorum.

DR. YOUNG: Peki o bunu kolaylaştırıyor mu?

CARL: (*Uzunca duraksar*) Hayır.

DR. YOUNG: Bana sana karşı nasıl olduğu ve sana nasıl davrandığını söyleyebilir misin?

CARL: Gerçek bir imge yakalayamıyorum ama sanki taştan yapılmış gibi. Hareket etmiyor.

DR. YOUNG: Şu anda hayalde ona, sanki çocukmuşsun gibi, o zamanlar bunu söyleyememiş olsan da, ondan ne beklediğini söyleyebilir misin?

CARL: (*Çocuk olarak*) "Anneciğim, bana sarılmanı, beni sevmeni, bana özen göstermeni ve hep benimle olmanı istiyorum. Ve hiçbir zaman gitmeme izin vermemeni."

DR. YOUNG: Onun seninle temas kurması kolay mı yoksa duygulanım göstermekte güçlük mü çekiyor?

CARL: O, taş. Bu hayalde o, taştan yapılmış.

DR. YOUNG: Evet ve bununla birlikte ona baktığında onun herhangi bir şey düşünebileceğini hayal edebiliyor musun? Onun zihnine girebilir misin?

CARL: (*Uzunca duraksar*) Yalnızca birçok üzüntüsü olduğunu düşünüyorum.

DR. YOUNG: Peki sen ona "seninle olmak istiyorum, sana sarılmak istiyorum, beni sevmeni istiyorum" derken kendi kendine ne düşünüyor?

CARL: Sanırım yalnızca bir parçasıyla bunu duyabiliyor. Bence kendi üzüntüsüyle meşgul.

DR. YOUNG: Anlıyorum. Yani kendi duygu durumuna çekilmiş.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: Şimdi sen bunu ona söylediğinde ondan cevabını al.

CARL: Benimle gerçekten konuşmak istemiyor. Aslında onun zihnine girdiğim için kızgın.

DR. YOUNG: Sana kızıyor olması sana nasıl hissettiriyor?

CARL: Berbat hissettiriyor.

Burada hayalde ilk defa Yalnız Çocuğa erişmekteyiz. Hasta, duygusal olarak kendini vermeyen taştan bir anne tanımlar; ve o bir çocuktur, annesinin sevgisini istemektedir ve bunu elde etmenin hiçbir yoluna sahip değildir.

Terapist, Carl'ın Yalnız Çocuk modunu kabul etmesi ve deneyimlemesini sağlamaya çalışarak terapist öteden beri bu ana yönelik hareket etmektedir. En azından terapist Carl'ın Kopuk, Büyüklenmeci Kendilik modunu baypas etmiştir, onunla sadece yüzeysel bir bağ mümkündür. Terapist, Yalnız

Çocuğa yeniden ebeveynlik yapabilir ve şemayı iyileştirme sürecini başlatabilir.

Terapist Hasta ile Mod Çalışması Yapar

Terapist, hastaların modları adlandırmasına ve tespit etmeyi öğrenmesine ve sonra da onlar arasında diyalog kurmasına yardım eder. Aşağıdaki pasajda terapist, iki modu tespit eder -"Küçük Carl" ve "Kopuk Carl". İlki, Yalnız Çocuktur ve sonraki Kopuk Yatıştırıcı Kendilik ve Büyüklenmeci Kendilik modlarının bir kombinasyonudur. Küçük Carl ile başlarken Dr. Young, Carl'ın modlarına duygusal bağlantı kurmasına yardım eder.

DR. YOUNG: Kendini iki Carl'a bölmeni işstiyorum: Annesinin sevgisini isteyen küçük çocuk olan Carl ve kopuk davranışa sahip olan diğer Carl.

CARL: Tamam.

DR. YOUNG: Her ikisini de görebiliyor musun?

CARL: (*Başını sallar*) Evet.

DR. YOUNG: Bana ikisini de tanımla ki böylece ne kadar farklı olduklarını ve ne kadar farklı hissettiklerini anlayabileyim.

CARL: Pekala, annesini sevgisini isteyen Carl çok üzgün (*duraksar*). Öyle üzgün ki kopuk kısmı da üzgün oluyor (*güler*).

DR. YOUNG: Anlıyorum. *Felç* olmuş üzgün gibi, sürekli yatakta kalmak istiyormuş gibi bir üzgünlük, sanki zorla hareket edebiliyormuş gibi mi?

CARL: (*Duraksar*) Hayır. Neredeyse.

DR. YOUNG: Neredeyse.

CARL: Ama çok fazla değil.

Burada terapist, Carl'ın depresyonunu Yalnız Çocuğun üzüntüsüne bağlar.

Terapist Carl'ın İncinebilir Çocuk ve Kopuk Büyüklenmeci modlarını fark etmesine yardım eder etmez terapist, modların altında yatan şemaları incelemeye geçer. Terapist,

Carl'ın Yalnız Çocuk modunu hangi şemaların karakterize ettiğini belirlemek için sorular sorar. Özel olarak Carl'ın Kusurluluk şemasına sahip olup olmadığına ilaveten hayalinde taştan yapılmış annesini önceden tanımladığı Duygusal Yoksunluk şemasını inceler.

DR. YOUNG: Peki kendisini güvensiz, sevilmemiş ve reddedilmiş hissediyor mu yoksa sadece yalnız mı? Onu üzen ne?

CARL: Sanırım. Kendini güvensiz hissediyor... (*duraksar*). Aslında daha çok reddedilmiş diyebilirim.

DR. YOUNG: Annesinin istediği şekilde onu neden sevmediği hakkında herhangi bir fikri var mı?

CARL: Hayır, sadece kafası karışık.

DR. YOUNG: Kendisiyle ilgili yanlış bir şeyler olduğunu düşünüyor mu?

CARL: Hayır.

DR. YOUNG: Ne olduğunu düşünüyor?

CARL: Anlamıyor.

DR. YOUNG: Bilmiyor.

CARL: Hayır sadece anlamıyor.

DR. YOUNG: O sadece çok mu özlüyor?

CARL: Evet ve neden olduğunu hiç anlamıyor.

DR. YOUNG: Yalnız mı? İzole edilmiş ya da yalnız mı hissediyor?

CARL: O, annesi için yalnız.

Carl, kendisinde Kusurluluk şeması değil Duygusal Yoksunluk şeması olduğunu gösterir. Kişisel olarak eksiklik değil yalnızlık hisseder.

Terapist hastaları şema modları hakkında eğitir. Dr. Young, örneklemek için Carl'ın kendi modlarını kullanarak modları gösterir.

DR. YOUNG: Sorunlarına baktığımızda iki şema modun varmış gibi görünüyor. İlk mod yalnız, incinebilir çocuktur ve bu Carl, kimse ona ihtiyaç duyduğu sevgiyi gerçekten vermediği için üzgün ve yalnız hisseden, üç yaşındaki annesiyle ilişkilendirdiğin Carl'dır.

Sonra hak görme modu ile kendini sakinleştirme modunun birleştiği durum olan senin ikinci modun var. Ve bu diğer mod, deneyimlemek istemediğin bu incinebilir çocuk modunu gizlemek, kaçınmak ve telafi etmek için tasarlanmış.

CARL: (*Hemfikir biçimde konuşarak*) Kopuk Carl, yakınlaşmakla gerçekten ilgilenmiyor, yakınlaşmakla hiçbir ilgisi yok.

Dr. Young, Carl'ın diğer şemalarını keşfetmeye devam eder. Carl'ın ölçeğine bakarak terapist, temelde Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahip olup olmadığını belirlemeye çalışır. Terapist Carl'a diğer insanları, ona kötü davranmaya çalışıyor olarak görüp görmediğini sorar.

DR. YOUNG: Envanterlerde söylediklerinden Kopuk Carl'da diğer insanların kötü niyetli düşünceleri olduğunu da hissediyorum. Bu sadece insanlar sana sevgi vermeyecek gibi bir görüş değil, insanların çok daha olumsuz olan görüşleri varmış gibi görünüyor: Seni bir alt konuma getirmeye çalışmaları ya da seni açığa çıkarmak, sana darbe vurmak yani seni "yenmek" fikri.

CARL: Aslında Kopuk Carl'ın bir hayata sahip olmak için bir telafi geliştirdiğini, rekabete katıldığını düşünüyorum.

DR. YOUNG: Ve bu ona bir değer ve amaç anlayışı veriyor.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: Değer olan, rekabettir.

CARL: Evet ve bu yüzden sanırım rekabet, birçok düzlemde ortaya çıkar, yalnızca oyun alanlarında değil ki orada olması olağandır ama aynı zamanda senin de şahit olduğun gibi sadece etkileşimlerde de vardır. Kopuk Carl'ın orada da rekabet ediyor olduğu gibi. Ve potansiyel olarak bir yabancıyla olması daha muhtemeldir.

DR. YOUNG: Bu sadece oyunun oluşmasından mı yoksa insanları, alttan alta o onları anlamadan onu anlamaya çalışıyorlarmış gibi gördüğünden mi?
CARL: (*Kesin bir şekilde konuşur*) Hayır. O, insanları anlamadan onları, onu anlamaya çalışıyorlarmış gibi görmez.
DR. YOUNG: Diğer insanlara şüpheci bir bakış değil mi?
CARL: Hiç de değil.

Carl, diğer insanları istismarcı olarak görmediği cevabını verir. Aksine oyunu oynamaya onu motive eden, kazanma tatminidir. Carl'ın temel şeması Güvensizlik/Suistimal Edilme değil Duygusal Yoksunluk gibi görünmektedir. Acımasızlıktan ya da küçük düşmeden kendisini korumak yerine duygusal yoksunluk boşluğunu doldurmak için oyun oynamaktadır.

DR. YOUNG: Şeylere amaç veren sadece oyun olmuş oluyor.
CARL: Hayata bir anlam katıyor.
DR. YOUNG: Tam bir bağlantı yokken.

Terapist, Carl'a temeldeki şemaları da içeren, modların esaslı entelektüel anlamına ulaşmasına yardım eder.

Terapist Baş Etme Modlarının Uyumlayıcı Fonksiyonlarını Keşfeder

Terapist, Carl'ın "Kopuk Carl"a erişmesine yardım eder ve mod vazifesi gören fonksiyonu keşfeder. Kopuk Carl, onu üzüntüsünden başka tarafa çekmek için vardır.

CARL: Sanırım dokuz yaşındaki Kopuk Carl ile iletişim kurabilirim.
Dr. Young: Tamam. Nasıl biri?
CARL: Ah, dayanıklı gözüküyor. Sanırım bu küçük çocuğu çok üzgün görüyor ve kendisinin de bir zamanlar üzgün olduğunu fark ediyor. Eğer bunun hakkında düşünürsek o da üzülebilir ancak bunu istemiyor.
DR. YOUNG: Bununla ilgili düşünmek istemiyor mu?

CARL: Aslında bunun üzerine düşünmeye alışık değil, hayır. Bunun üzerine düşünmemeye alışık.
DR. YOUNG: Kendini bundan alıkoymak için neler yapıyor?
CARL: Ah, çizgi roman okumayı, satranç oynamayı ve tv seyretmeyi seviyor. (*Duraksar*) Kopuk olmak için özel bir şey yapmaya ihtiyacı olduğunu sanmıyorum.
DR. YOUNG: Daha çok insanlarla mı yoksa izole bir durumda mı ya da her iki durumda da olabilir mi?
CARL: Her iki durumda da olabilir.
DR. YOUNG: Herhangi birinde daha güvende ya da daha az rahat hissetmiyor mu?
CARL: Hayır, hayır. O dayanıklı.

Annesiyle ilgili üzüntüsünden kendisini korumak için Carl da taşlaşmıştır.

Terapist, Carl'ın Kopuk Carla duygusal olarak bağlanmasına daha fazla yardım eder. Kopuk Carl'ın başlangıçta terapistin sorusunu eleştirerek kendisini uzaklaştırmaya çabalamasına dikkat edin. Şemadan kaçınma ile meşguldür, temel fonsiyonuna sadıktır. Dr. Young duygularıyla ilgili Kopuk Carl'a soru sorduğunda Kopuk Carl sinirlenir.

DR. YOUNG: Kopuk Carl ile birkaç dakika konuşabilir miyim?
CARL: Tabi.
DR. YOUNG: İşte buradasın, çizgi roman okuyor, satranç oynuyor, tv izliyorsun. Bu sana nasıl hissettiriyor?
CARL: (*Susar*)
DR. YOUNG: Bu şeyleri yaparken eğleniyor musun?
CARL: (*Sıkılmış bir tonda konuşur*) Aslında sorunun aptalca olduğunu düşünüyorum.
DR. YOUNG: Tamam, neden daha iyisini sen sormuyorsun? Daha makul olması için yeniden ifade et böylece duruma daha çok uyar.
CARL: Bunlar sadece yapmaktan hoşlandığım şeyler. Neden yapmak istemeyeyim ki?

DR. YOUNG: O halde öyle görünüyor ki Kopuk Carl ona kavgacı bir hava veriyor.
CARL: (*Sıkılmış bir sesle*) Of, o sadece anlamıyor. Ne demek istediğini anlamıyor.
DR. YOUNG: Ama ses tonunda biraz kızgınlık var gibi geliyor. Sanki bir şeyler *hissediyormuş* gibi...
CARL: (*Keser*) Kopuk Carl'ın duygulara sahip olmasını mı istiyorsun?
DR. YOUNG: Belki bazı kızgın duygulara sahip olup olmadığını soruyorum, üzgün duygulara değil.
CARL: (*Keser*) Sanırım kendine odaklanmasını istediğinde sinirleniyor.
DR. YOUNG: Tamam, işte demek istediğim bu. Öyleyse kızgın.
CARL: Tabi, eğer sen onun ne yaptığına bakmasını ya da ne yaptığı hakkında düşünmesini istersen kızıyor.
DR. YOUNG: Evet tam da bu. Peki sen kızgın kopuk Carl olarak diğer insanlara karşı genelde ne hissediyorsun? Onlarla bağlantın, onlarla ilgili inancın ne?
CARL: Hmm. (*Duraksar*) Gerçekten pek fazla hoşlanmıyorum.
DR. YOUNG: Neden?
CARL: (*Uzunca duraksar*) Neden olduğunu bilmiyorum.
DR. YOUNG: Aptallar mı? Benciller mi?
CARL: Aslında, bazıları aptal ama bazıları aptal değil. Tabi ki benim kadar akıllı değiller.
DR. YOUNG: Birçok insandan daha akıllı olduğun için iyi hissediyor musun?
CARL: (*Empatik bir sesle*) Elbette.
DR. YOUNG: Şu anda niçin bu kadar iyi hissediyorsun?
CARL: En iyi olmalıyım. Kazanan olmalıyım.
DR. YOUNG: Neden en iyi olmak senin için bu kadar önemli?
CARL: (*Kızgın bir sesle*) Beni kızdırıyorsun.
DR. YOUNG: Bana neden kızdığını açıklamaya çalışabilir misin?

CARL: İyi de bana bu soruları soruyorsun.
DR. YOUNG: Ve sen bunlar üzerine düşünmek istemiyorsun.
CARL: Hayır.

Terapist, Carl'ın Kopuk Carl'ın daha derin anlamına ulaşmasına yardım eder. Kopuk Carl, diğer insanlardan çok fazla hoşlanmaz, problemleri üzerine düşünmeyi, yaptığı şeyleri neden yaptığı ile ilgili düşünmeyi sevmez, Bir Numara olmak zorundadır. Terapist, Kopuk Carl'ın nasıl hissettiği ve faaliyet gösterdiğini anlamasına yardım eder -Kopuk Carl'ın uzun vadede yaşamını nasıl olumsuz etkilediğini anlamaya yönelik önemli bir adım.

Carl'ın hem Kopuk Carl'ın kaçınmacı baş etme fonksiyonunu hem de aşırı telafi fonksiyonunu tanımlaması önemlidir. Önceden söylediğimiz gibi Kopuk Carl, hem Kopuk Yatıştırıcı Kendiliğe hem de Büyüklenmeci Kendiliğe sahiptir. Bir mod, bu iki farklı fonksiyona hizmet eder: Kopuk Carl kendi olumsuz duygularından kaçınır ve kendini başka insanlardan üstün görür.

İlginç biçimde Kopuk Carl'ı tanımlayıp hayalde onu bir karakter yapınca Carl'ın terapiste yönelik tavrı değişir. Büyüklenmeci Kendilik ve Yatıştırıcı Kendilik modlarından çıkar. Sadece terapistle gelişi güzel bir şekilde "baskınlık dansıyla" meşguldür. Sadece isteksizce rekabet eder ve terapisti uzaklaştırır. Bir mod biçiminde seslendirilmiş olarak, Kopuk Carl artık terapiste üstünlüğünü göstermeye ihtiyaç duymaz ve onun artık terapistten aynı derecede uzak durması gerekmez.

Terapist Şema Diyalogları Aracılığıyla Müzakere için Modları Öğretir

Hasta, modları tespit ettiğinde, adlandırdığında ve onlarla duygusal bağlantı kurduğunda terapist, onlar arasında diyalog sürdürmesine yardım eder. Terapist şema diyalogları içinde müzakere için modları öğretir. Bu, Sağlıklı Erişkinin bir fonksiyonudur: Modlar arasında müzakere yürütmek. Sağlıklı

Erişkinin amacı, Yalnız Çocuğun koruyucuları olarak Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Kendini Yatıştıranın yerine geçmek ve Yalnız Çocuğun duygusal ihtiyaçlarını gidermesine yardım etmektir.

Aşağıdaki pasajda terapist, Carl'ın Kopuk Carl ve Küçük Carl arasında hayalde bir diyalog yürütmesine yardım etmektedir. Terapist, Carl'ın karısı Danielle'yi sokar. Danielle'nin kendi kendisiyle ilgilenmesi, Carl'ın annesinin tekrarıdır; erişkin yaşamında çocukluğunun duygusal yoksunluğunu sürdürmesidir. Terapist, Carl'ın Yalnız Çocuk ve Danielle ile arasındaki bağlantıyı güçlendirmek ister. Nihai amaç, Kopuk Carl'ın kenara çekilmesini sağlamak ve Küçük Carl'ın Danielle'e karşı olan duygularını hissetmesine ve ifade etmesine müsaade etmektir.

CARL: Sanırım Küçük Carl annesini istiyor. Annesini istiyor ve annesi belli bir niteliğe sahip -belki üzgün bir nitelik, belki olumsuz bir nitelik- ama o bu niteliği istiyor.

DR. YOUNG: Öyleyse bu o ya da ona çok benzeyen biri olabilir.

CARL: Sanırım evet, Küçük Carl annesini çok üzgün hatırlıyor.

DR. YOUNG: Öyleyse annesi gibi üzgün ve incinebilir birini istiyor.

CARL: Evet.

DR. YOUNG: Peki ya Danielle? Küçük Carl nasıl?

CARL: (*Keser*) O üzgün ve incinebilir.

DR. YOUNG: Peki bu Küçük Carl'ın istediği şey mi?

CARL: (*Üzgünce konuşur*) Evet.

Terapist, Küçük Carl'ın Kopuk Carl ile müzakere etmesine yardımcı olur.

DR. YOUNG: O halde Küçük Carl'a "Danielle'e daha yakın olmaya çalışmak istiyorum" dedirtelim. Kopuk Carl ne cevap veriyor?

CARL: (*Uzunca duraksar*) Sanırım Kopuk Carl için bunda bir sakınca yok, gerçekten yok.

DR. YOUNG: Ama ortaya çıkan bazı problemler var, değil mi? Her şey o kadar da normal değil. Buna neyin müdahale ettiği ile ilgili konuşman gerekiyor -Kopuk Carl'ın nasıl müdahale ettiği ile ilgili.

CARL: Evet, haklısın. Sorunlar var. Kopuk Carl'ın hayatı tehdit altına giriyor.

DR. YOUNG: Evet, o halde Küçük Carl'a bunu söyle çünkü ayrı biriyle mücadele ediyorsun ve sen de hayatta kalmak zorundasın. Artık yalnızca onun hizmetçisi değilsin.

CARL: (*Küçük Carl ile konuşan Kopuk Carl olarak*) "Evet, Danielle işte o. Ama biliyorsun, hayatımdan vazgeçmeyeceğim. Benim de bir hayatım var."

DR. YOUNG: Ona bu hayattan söz et, bu hayatın güzel kısımlarından.

CARL: Biliyorsun ben satranç oynamalıyım, yaşlı beynimi uyanık tutmalıyım. Sen sıkılmak istemezsin, öyle değil mi? Sıkılmak ister misin Küçük Carl, ister misin?

DR. YOUNG: Ve o ne söylüyor.

CARL: (*Küçük Carl olarak belli belirsiz bir sesle*) "Uf, hayır hayır."

DR. YOUNG: Kopuk Carl ona biraz zorbalık ediyor gibi görünüyor.

CARL: (*Güler.*)

DR. YOUNG: Küçük Carl'ı biraz daha güçlendirelim. Biraz büyümesine izin ver. Belki böylece bu duygulara hala sahip olur ancak bundan biraz daha akıllı olur.

CARL: Tamam. (*Küçük Carl olarak daha güçlü bir şekilde*) "Evet sen büyük zorba, beni dinle..."

Kopuk Carl, Küçük Carl'dan çok daha güçlüdür. Terapist eşitlemek için Küçük Carl ile birleşir. Kopuk Carl'a karşı İncinebilir Çocuğa daha fazla mühimmat sağlar. Bu bir ceza değil adil bir savaş olacaktır.

Küçük Carl'ın güçlenmesiyle birlikte, Küçük Carl ve Kopuk Carl müzakere etmeye devam eder. Dr. Young bir koç olarak hareket ederek Carl her iki tarafı da oynar.

CARL: (*Küçük Carl ile konuşan Kopuk Carl olarak*) "Evet, evet tamam, haklısın, haklısın. Aile önemli, Danielle önemli. Ama bu benim her şeyi bırakmam gerektiği anlamına gelir mi? Her şeyi bırakmalı mıyım? Bazı şeyleri sürdüremez miyim?"

DR. YOUNG: Bu iyi. Küçük Carl'a bütününü sürdürmek zorunda olmadan sürdürmek istediğin bir şeyin örneğini ver. Müzakere et.

CARL: (*Kopuk Carl olarak*) Kurabiyelerimi, çikolatalarımı ve pizza yemeyi sürdürebilir miyim? Bütün gece bilgisayarda satranç oynamayı sürdürebilir miyim?

DR. YOUNG: Gecede iki saat oynamaya ne dersin?

CARL: Bu yeterli değil!

DR. YOUNG: Dene ve burada biraz müzakere et. Onunla bu kadar sert olma.

CARL: Küçük Carl ile mi müzakere ediyorum?

DR. YOUNG: Evet.

CARL: Kopuk Carl olarak "dinle, aileyi sürdüreceğiz ama bu benim ihtiyacım olan şey." (*Kızgınca konuşur*) "Beni yalnız bırakmana ihtiyacım var ve ben aileyle ilgileneceğim."

DR. YOUNG: Ve Küçük Carl ne cevap veriyor?

CARL: (*Küçük Carl olarak acıklı bir şekilde konuşarak*) "Bunu yapıyor musun? Aileyle ilgileniyor musun? Aileyle ilgilenirsen, kendinle ilgilenirsen seni yalnız bırakacağım. Bunu yapıyor musun?"

Bu noktada Küçük Carl'ın aslında Yalnız Çocuk ve Sağlıklı Erişkin modlarının bir bileşimi olduğuna dikkat edin. Küçük Carl, terapistin empatik yüzleştirme rolünü benimser. Kopuk Carl ile sorunların mevcut durumuyla yüzleştirir. Hem Küçük Carl hem Danielle, yalnız ve ihmal edilmiş hisseder.

Terapist Yalnız Çocuk ile Mevcut Yakın İlişkileri Bağlantılandırır

Terapist, Yalnız Çocuğa hayalde önem verdikleri kişilerle bağlantı kurmasına yardım eder. Dr. Young, Danielle ile sevgi alıp vermesi için Kopuk Carl'ı Küçük Carl'ın çıkmasına müsaade etmesi için ikna etmeye çalışır. Bu ayrıca Kopuk Carl'ın avantajınadır çünkü sevgi, oyunlar oynamayı ve kazanmayı istediği için çok daha fazla istediği bir şeydir. (Modelimizde Uyumsuz Baş etme modları da -bu durumda Kopuk Yatıştırıcı Kendilik ve Büyüklenmeci Kendilik- sevgi istemektedir. Bu uyumsuz modlar, hastaya zarar vermek için değil hastayı korumak için vardır. Bu modlar, İncinebilir Çocuk güvende olduğuna ikna olduğunda, İncinebilir Çocuğun yüzeye çıkmasına izin verecektir.)

DR. YOUNG: Şimdi Kopuk Carl'ı bir süreliğine geride bırakmaya ve Küçük Carl ve Danielle'in iletişim kurmalarına izin vermeye ne dersin? Gözlerini kapa ve Küçük Carl ile Danielle'in biraz iletişim kurmasına izin ver. Böylece hayalde Kopuk Carl olmadan o ikisi olduğunda neler olacağını görebilirim. Şimdi ne olduğunu görüyorsun?

CARL: (*Duraksar*) Fiziksel olarak ne oluyor?

DR. YOUNG: Evet. Ne görüyorsun? Birbirleriyle nasıl ilişki kuruyorlar? Küçük Carl'a bak, ama onu biraz daha yaşlandır, yani üç yaşında değil.

CARL: Tabi, tamam, elbette.

DR. YOUNG: Küçük Carl ve Danielle ile ne görüyorsun? Nasıl bir etkileşim gösteriyorlar?

CARL: Uff, iyi, kucağına doğru yavaşça ilerliyor.

DR. YOUNG: Ve ona dokunuyor? Ve ona sarılıyor?

CARL: Evet, Danielle onu kucaklıyor.

DR. YOUNG: Nasıl hissediyor?

CARL: İyi hissediyor, güzel hissediyor. Gözlerine bakıyor, yüzüne bakıyor...

DR. YOUNG: Bunu istiyor?

CARL: Evet.

Carl, önceden fark etmediği bazı şeyleri, Danielle ile gerçekten yakınlaşmak istediğini görebilir. İncinebilir Çocuğun çekirdek duygusal ihtiyaçlarının giderilmesi Danielle'e yakınlaşarak olur. Terapist, Kopuk Carl'ı hayale sokar.

DR. YOUNG: Şimdi hayale Kopuk Carl'ı sok ve kendi perspektifinden gördükleri üzerine yorum yaptır. Bunu görürken ne hissediyor?

CARL: Aslında Kopuk Carl nihayet oldukça aydınlanmış. (*Güler*).

DR. YOUNG: (*Güler*) Öyleyse onlara baktığında ne söylüyor.

CARL: (*Kopuk Carl olarak*) "İyi, iyi, iyi. İyi iş."

DR. YOUNG: (*Kopuk Carl olarak*) "Şimdi geri geleceğim ve satranç oynayacağım ya da bir süre burada oturup televizyon izleyeceğim?"

CARL: Hayır. Bundan daha fazlasını yapabilelim isterim.

Terapist Hastanın Terapideki Değişimleri Terapi Dışındaki Yaşamına Genelleştirmesine Yardım Eder

Tedavinin son kısmı, hastaların seanslardaki terapi ilişkisinden ve hayal kurma çalışmasından çıkarak, değişiklikleri önem verdikleri kişilerle olan dış ilişkilerine aktarmalarına yardım etmektir. Terapist, hastanın karşılıklı önemseme potansiyeline sahip önem verecek kişileri seçmesine ve onlarla duygusal bağlantı kurmasına yardım eder. Terapist, gerçek sevgi alıp vermesi için hastanın bu ilişkilerinde Yalnız Çocuğun yüzeye çıkmasına müsaade etmesini teşvik eder.

Aşağıdaki parçada Dr. Young, Carl'a mod çalışmasını terapi dışındaki yaşamına nasıl genelleştireceğini açıklığa kavuşturmasına yardım eder.

DR. YOUNG: Şimdi terapide gelişme sağlayabilmek açısından "Carllar" için sıradaki aşamanın ne olduğunu düşünüyorsun?

CARL: Bence, Küçük Carl'ın ortaya çıkıp orada kalabileceği şekilde devam etmeliyiz. Sanırım dikkatimizi Kopuk Carl üzerinde toplamalı, Kopuk Carl'a daha özenli olmalıyız. Kendi öz farkındalığıma oranla Küçük Carl ve Kopuk Carl ikilisinin çok güçlü olduğunu düşünüyorum. Ve Küçük Carl orada olduğu sürece Kopuk Carl'ın orada olmaya ihtiyacı yok.

DR. YOUNG: Anlıyorum, Küçük Carl'ın orada olmasıyla Kopuk Carl'ın aslında otomatik olarak geri çekileceğini düşünüyorsun.

CARL: Evet doğru.

DR. YOUNG: Ve bununla tutarlı olarak, şimdi benimle konuşurken başlangıçtakinden farklı görünüyorsun. Şimdi daha incinebilir görünüyorsun, önceden hissettiğime kıyasla daha fazla duygu ortaya çıkıyor ve artık dile dair küçük noktalar üzerine tartışmıyorsun.

CARL: Bu, Kopuk Carl'ın yapması gereken bir şey.

DR. YOUNG: Evet, tam da bu, öyleyse burada şimdi olan şeyi nasıl tanımlıyorsun. Şu anda önceden olduğundan daha az Kopuk Carl'sın. Yani Küçük Carl ile iletişim kurmak Kopuk Carl'ı değiştiriyor.

CARL: Doğru. Küçük Carl ile ve duygularımla iletişim kurmak, genelde alışık olduğum ya da olmuş olduğum bir şey değil -ama bunu yapma olanağına sahip olmak benim için önemli. Ve Küçük Carl düşünüldüğünde, sanırım o gerçekten ortaya çıkmalı ve orada kalmalı.

Hasta Yalnız Çocuğun ortaya çıkmasına ve başkalarıyla bağlantı kurmasına izin verdiğinde o zaman diğer modlar, geri çekilmeye başlar. İncinebilir Çocuğun koruyucuları olarak fonksiyonları gittikçe kullanılmaz olur. Şüphesiz ki bu modlar, zamanla yeniden yüzeye çıkar fakat Yalnız Çocuk ne kadar fazla ortaya çıkar ve başkalarıyla ne kadar bağlantı kurarsa diğer modların belirmek için sarfedecekleri baskı o kadar azalacaktır.

Hastaların terapideki değişiklikleri dış ilişkilerine genelleştirmelerine yardım etmek için özellikle tedavinin bu düzeyinde çift terapisini faydalı bir ilave olarak görürüz. Ayrıca hastaların aile üyeleriyle, partnerleriyle ve arkadaşlarıyla ilişkileri üzerinde çalışmasına yardım etmek için bilişsel-davranışçı ev ödevleri kullanırız.

Terapist Bilişsel ve Davranışçı Stratejiler Uygular

Vaka örneği, tedavinin bu kısmını betimlememesine rağmen başlangıçta terapist bilişsel ve davranışçı stratejileri uygular. Bu stratejiler, hem Değerlendirme hem de Değişim evresinde narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara yardım edebilir. Bilişsel davranışçı ev ödevleri, hastaların şemaları devam ettiren kaçınma ve aşırı telafi baş etme biçimlerinin üstesinden gelmelerine yardım etmek için gereklidir. Eğer hastalar, mevcut bireylerarası ilişkilerde Büyüklenmeci Kendilik ve hak görme davranışlarını sürdürürlerse temeldeki Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemaları, tamamen iyileşmeyecektir.

Üzüldüklerinde otomatik düşüncelerini kaydederek hastalar, bilişsel çarpıtmaları tespit eder ve düzeltir. Aşağıdakiler, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalara mahsus bazı bilişsel çarpıtmalardır.

1. *Siyah ya da beyaz düşünmek.* Bilişsel terapi araçlarını kullanarak terapist hastaların Büyüklenmeci Kendilik modunun "siyah ya da beyaz" düşüncesini düzeltmeyi öğrenmesine yardım eder: "Ya özelim ve ilgi odağıyım ya da değersizim ve göz ardı edilenim." Terapist hastalara grinin tonlarını fark etmeyi ve önemsiz algılananlara daha ılımlı biçimlerde yanıt vermeyi öğretir. Hastalar, Büyüklenmeci Kendilik ve Sağlıklı Erişkin ya da Yalnız Çocuk modları arasında tartışma yürütür.

2. *Başkaları tarafından değersiz ya da yoksun olmakla ilgili çarpıtmalar.* Terapist, hastalara diğer insanların özellikle önem verdikleri kişilerin onları ne kadar değersizleştirdikleri ya da yoksunlaştırdıklarıyla ilgili çarpıtmaları düzeltmeyi öğretir. Terapist, küçük düşürülmüş hissettiğinde hasta için "gerçeklik kontrolüne" olanak verir ve karşılıklılık prensibini öne sürer: Hastaların vermeyi istemedikleri şeyleri başkalarından beklememeleri gerekir. Terapist, hastaların üstünlük ya da özel hissetmeleri yerine ilişkilerinde eşitlik arayışında yol gösterir.

3. *Mükemmeliyetçilik.* Terapist, hastalara hem kendileri hem başkaları için daha gerçekçi performans beklentileri hazırlayarak mükemmeliyetçilikleriyle mücadele etmeyi öğretir. Terapi ilişkisinin bir model olarak vazife görmesiyle hastalar, insani kusurlara daha affedici olmayı öğrenirler. Terapist, hastaların asla tatmin olmamış Talepkar Ebeveynin sesi olarak iç mükemmeliyetçi sesi tespit etmelerine yardım eder.

4. *İçsel tatmin yerine narsisistik doyuma ağırlık verme.* Terapist, hastaların gerçek sevgi ve kendini ifadeden çok başarı, statü ve tanınma vurgusunun avantaj ve dezavantajlarını görmelerine yardım eder. Benzer şekilde terapist, hastanın karşılıklılık ve empati tutumunu benimsemeden çok, hak görme düşünce ve davranışını sürdürmenin avantaj ve dezavantajlarını incelemesine rehberlik eder. Terapist şemalar ve Sağlıklı Erişkin arasında tartışmalar yürütür.

Hastalarla çalışırken terapist, hastaların terapi dışındaki yaşamlarında narsisizmin olumsuz sonuçlarının ve "şefkat" göstermenin olumlu sonuçlarının farkında olmaları için kullandıkları flaş kartları oluşturur. Terapist hastalara yakın ilişkilerdeki sevecen davranışa karşı hak görme davranışının sonuçlarını inceleyerek hastaların davranışsal deneyler tasarlayıp yürütmelerine yardım eder. Terapist, sevecen bir şekilde davranması için hastayı kabul eder -geçici narsisistik tatminler yerine "gerçek sevgiyi" seçtiği için.

"Dikey ok" tekniği[4] sonsuz narsisistik tatmin arayışını harekete geçiren temeldeki inançları hastaların tespit etmeleri için faydalıdır. Terapist, hastaların "Ya mükemmel derecede güzel, göz alıcı, zengin, başarılı, ünlü ya da yüksek statülü

olmamış olsaydın? Bu senin için ne anlama gelecekti? Ne olacaktı? Yaşamın neye benzeyeceğini hayal ediyorsun?" gibi "ya olmasaydılar" üzerinde çalışmasına yardım eder. Hastalarla "ya olmasaydılar" üzerinde çalışmak, Yalnız Çocuk için diğer bir yoldur. Narsisistik becerileri olmadan yaşamın neye benzeyeceğini düşündüklerinde hastalar genelde Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarının sevgisiz konumuna varırlar.

Seanslar arasında hastalar, bilişsel çalışmadan öğrendiklerini hatırlatması için flaş kartları okurlar. Flaş kartlar, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemalarının devam etmesi yerine bu şemaları iyileştiren sağlıklı davranışı onlara gösterirler.

Terapist, bilişsel çalışma ile davranışsal ev ödevlerini birleştirir. Örneğin terapist hastaların Yalnız Çocuğu anlaması için yatıştırılmamış ve uyarılmamış biçimde ev ödevi için yalnız zaman geçirmelerini ister. Hastalar düşüncelerini ve duygularını not alırlar ya da kaydederler ve sonraki seansa onları getirirler. Terapist ve hasta olanlar hakkında konuşur ve terapist, hastaya yeniden ebeveynlik etmek için fırsat elde eder.

Hastalar, kendi kendine zarar verici dürtüsel ve kompulsif davranışlarla duygusal yakınlık ve gerçekliği yer değiştirirler. Sosyal ortamlarda hastalar, Büyüklenmeci Kendilik moduna geçmeye direndikleri deneyler yürütürler. Bir akşamlığına gözlemci bir rol benimserler ya da başkalarını dinlemeye odaklanırlar ve yahut takdir almak için tasarlanmış sözler etmekten kaçınırlar.

Son olarak ve muhtemelen en önemlisi narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar yakın ilişkiler geliştirme üzerine çalışırlar. Başkalarına ilgi göstermek için ev ödevleri yürütürler ve empati çalışırlar. Başkalarını etkilemeye adadıkları zamanı azaltırlar ve yakın ilişkilerin duygusal niteliğini yükseltmeye ayırdıkları zamanı arttırırlar. Yalnız Çocuğun, temel duygusal ihtiyaçlarını gidermek için elverişli yakın karşılaşımlara girmesine izin verirler. Bağımlı ve kendini yatıştırıcı davranış, sevgi ve yakınlık ile yer değiştirdiğinde meydana geleni gözlemlerler.

NARSİSİZMİN TEDAVİSİNDE SIK RASTLANAN ENGELLER

Genellikle kozları çalışarak üstesinden gelebildiğimiz narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların başarılı tedavisinde çeşitli engeller vardır. Zaman zaman tatbik ettiğimiz koz yeterli gelmez. Bu hastaların, özellikle seansların başlarında diğer hastalara göre tedaviden ayrılmaları olasılığı daha yüksektir. Onlar birçok nedenden dolayı seanstan ayrılabilirler. Hastadaki Büyüklenmeci Kendilik, özellikle hasta gerçek ilgiyi asla deneyimlememişse terapinin amacını -benzersizlikten çok ilgiye dayalı bir ilişki kurmak için- yakalayamayabilir. Kendini Büyük Gören, hastanın hak görme ya da benzersizliğe narsisistik ihtiyaçlarının terapistçe engellenmesine dayanmayı kabul etmeyebilir ve terapistin hem kendisi hem hasta için yıkıcı olabilecek hastanın narsisistik ihtiyaçlarını tatmin etmenin haricinde hastayı tedavide tutabileceği hiçbir şey yoktur.

Hastalar, Yalnız Çocuğun acısını deneyimlemekten kaçınmak için tedaviyi bırakabilirler. Terapiste bağlı olmayı ve güvenecek kadar kendilerini savunmasız bırakmayı kabul etmeyebilirler. Eğer bir kriz sırasında tedaviye başladılarsa kriz çözülür çözülmez yüksek ayrılma tehlikesindedirler.

Kendini Büyük Gören, bir şekilde -yeterince verimli, akıllı, iyi eğitimli, başarılı, ünlü vs. olmadığı gibi- "yeterince iyi olmadığı" için terapisti reddedebilir. Alternatif olarak bu, tedavinin sonraki aşamalarında meydana gelebilir. Terapist önce idealleştirilir, hasta sonra onu değersizleştirir.

Hastayı tedavide tutmak için terapist hangi kozu elinde bulundurur? Hastanın isteyip de terapistin elinde olan nedir? Önceden bahsettiğimiz gibi birincil koz kaynağı, hastanın narsisizminin olumsuz sonuçlarıdır. Terapist hastalara onlar değişmedikçe aşk ve iş yaşamlarındaki narsisizm için bedel ödemeye devam edeceklerini hatırlatmayı sürdürür. İkinci bir koz kaynağı, terapist-hasta ilişkisidir. Eğer terapist, hastayı Yalnız Çocuk modunda tutuyorsa ve hastaya yeniden ebe-

veynlik yapıyorsa o zaman hastanın terapiste bağlanması, tedavide kalması için bir neden olabilir.

ÖZET

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda bir moda dayalı yaklaşım kullanırız. Bu hastaların çoğunu karakterize eden üç birincil modu (Sağlıklı Erişkin moduna ilaveten) gözlemledik: Yalnız Çocuk; Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik. Narsisizmin çekirdek şemaları Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluktur ki bunlar Yalnız Çocuğun parçalarıdır. Hak Görme şeması, diğer iki şema için bir aşırı telafidir ve Büyüklenmeci Kendilik modunun parçasıdır.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, genellikle diğer insanlarla birlikteyken Büyüklenmeci Kendilik modundadır. Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modu çoğunlukla yalnızken girdiği moddur. Kopuk Kendini Yatıştıran, tüm şemadan kaçınma mekanizmalarını göstererek pek çok biçime bürünebilir. Hastalar genelde pek çok kendini uyarma aktivitesiyle meşguldür. Bu aktiviteler, dram ve heyecan sağlar. Diğer hasta grubu, kompulsif şekilde kendini uyarıcı değil daha kendini yatıştırıcı kendi başına yapılan aktivitelerle meşguldür. Bu kompulsif ilgiler, Duygusal Yoksunluk ve Kusurluluk şemaları acısından uzak uyarılara odaklanır.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastaların genelde çocukluk ortamını karakterize eden dört faktör görmekteyiz: (1) Yalnızlık ve izolasyon; (2) yetersiz sınırlar; (3) kullanılmış ya da yönlendirilmiş olmanın geçmişi ve (4) koşullu onaylama.

Yakın ilişkilerde narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, tipik olarak karakteristik davranışlar gösterirler. Genellikle sevgiyi özümseyemezler, ilişkileri onaylama ve geçerlilik kaynakları olarak göremezler. Özellikle en yakınlarındaki insanlara yönelik empatik değildirler. Bir şekilde bir adım önde olarak algıladıkları başkalarına kıskançlık duyarlar. Hastalar genelde ilişkinin başlangıç aşamalarındaki sevgi nesnelerini idealize ederler ve sonra zaman ilerledikçe partnerlerini değersizleştirirler. Sonunda hasta yakın ilişkilerinde hak görme kalıbı gösterir.

Narsisizmi değerlendirmek için terapist, aşağıdakileri gözlemleyebilir: (1) Terapi seansındaki hastanın davranışı; (2) hastanın mevcut probleminin ve geçmişinin doğası; (3) hastanın hayal kurma çalışmasına ve çocuklukla ilgili sorulara yanıtı (Young Ebeveynlik Envanteri dahil) ve (4) hastanın Young Şema Ölçeği.

Narsisistik kişilik bozukluğu hastaları için tedavimiz, Yalnız Çocuğa yeniden ebeveynlik yapma ve mod çalışması yürütme merkezlerinde toplanır. Terapist, hastanın terapist üzerinde modellenen Sağlıklı Erişkin modu kurmasına yardım eder. Bu, Yalnız Çocuğa yeniden ebeveynlik yapabilme ve Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modlarını düzenleme becerisidir. Terapist, koz olarak mevcut şikayetleri koz olarak görür ve Yalnız Çocuğa "sınırlı ebeveynlik" yapmaya başlar. Narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar tedavi edilirken hasta sınırı aştığında terapistlerin hastanın değersizleştirici ya da meydan okuyucu biçimleri ile nazik şekilde hastayı yüzleştirmesi ve haklarını öne sürmesi önemlidir. Mükemmel görünmek yerine terapistler incinebilirliklerini kabul ederler.

Terapist, Yalnız Çocuk kavramını öne sürer ve hastanın Büyüklenmeci Kendilik ve Kopuk Yatıştırıcı Kendilik modlarını fark etmesi için yardım eder. Terapist, hayal kurma aracılığıyla modların çocukluk kökenlerini inceler. (Genellikle terapist öncelikle hasta tarafından gelen dikkate değer direnişin üstesinden gelmelidir.) Terapist, mod çalışmasında hastaya yol gösterir. Sağlıklı Erişkin modu modlar arasında müzakereler yürütür, amaçları: (1) İlgilenilmiş ve anlaşılmış hissetmesi, başkalarıyla ilgilenmek ve empati kurmak; (2) Büyüklenmeci Kendilik moduyla yüzleştirmek böylelikle Yalnız Ço-

cuk daha gerçekçi sevgi kabul edêrken hasta, aşırı onaylanma ihtiyacını bırakır ve saygı ve karşılıklılık prensiplerine dayalı davranır; (3) Kopuk Yatıştırıcı Kendilik hastaya uyumsuz alışkanlıkları ve kaçınmacı davranışları bırakmasına yardım etme ve yerine gerçek sevgi, kendini ifade ve duygulanım deneyimini koyma.

Tedavinin son kısmı, hastaların seanslardaki terapi ilişkisi ve hayal kurma çalışmasını önem verdikleri kişilerle olan dış ilişkilerine genelleştirmesine yardım eder. Terapist hastanın karşılıklı önemseme potansiyeline sahip ve duygusal olarak onlarla bağlantı kuracak önemli kişiler seçmesine yardım eder. Terapist hastayı bu ilişkilerde Yalnız Çocuğun yüzeye çıkmasına müsaade etmesi ve sevgi alıp vermesi için cesaretlendirir.

DİZİN

A

Açığa vurma, 493
Adsız Alkolikler, 397
Ağır bozukluklar, 387
Aile geçmişi, 116
Aktarım, 88, 92, 104, 132, 255, 522
Aktarım nevrozu, 255
Alice Miller, 305, 359
Amerikan Psikiyatri Derneği, 516, 613
Amigdala, 51, 52, 53, 54
Amigdala sistemi, 52, 53, 54
Anksiyete, 17, 18, 23, 28, 106, 112, 126, 153, 158, 160, 186, 230, 296, 297, 321, 323, 324, 327, 328, 337, 378, 390, 426, 443, 510, 522, 529, 567, 571
Anksiyöz, 133
Antik Yunan felsefesi, 24
Aşırı telafi, 12, 40, 60, 62, 63, 64, 65, 74, 75, 78, 83, 87, 95, 99, 102, 103, 108, 109, 113, 114, 116, 121, 122, 131, 136, 146, 201, 214, 221, 224, 227, 228, 229, 231, 234, 250, 251, 252, 255, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 272, 273, 274, 279, 285, 291, 308, 313, 314, 316, 322, 326, 328, 331, 333, 336, 337, 338, 339, 348, 361, 366, 370, 380, 388, 392, 393, 398, 431, 523, 528, 529, 530, 531, 534, 537, 538, 540, 544, 549, 550, 557, 583, 590, 594
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme, 34, 42
Ayrılma ve Reddedilme, 6, 33, 34, 47, 90, 108, 115, 191, 192, 285, 295, 310, 318
Azarlayıcı ebeveyn, 274

B

Bağımlılık, 18, 27, 34, 39, 46, 47, 50, 68, 108, 132, 214, 218, 268, 269, 276, 277, 287, 289, 292, 296, 320, 321, 322, 326, 332, 333, 339, 356, 390, 391
Bağımlılık/Yetersizlik, 27, 34, 39, 46, 269, 276, 277, 289, 292, 296, 320, 321, 322, 332, 333, 390, 391
Bağlanma, 11, 17, 29, 33, 60, 89, 90, 91, 94, 96, 104, 261, 394, 459
Baskınlık dansı, 583
Baş etme biçimleri, 11, 12, 13, 23, 26, 31, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 64, 71, 74, 75, 77, 78, 81, 82, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 116, 117, 122, 123, 133, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 149, 150, 162, 201, 213,

214, 221, 226, 227, 232, 246, 251, 253, 255, 259, 260, 265, 268, 280, 281, 288, 293, 335, 388, 389, 431, 433, 479, 510, 522, 528, 532, 534, 536, 590
Başarısızlık, 34, 40, 46, 47, 68, 202, 219, 248, 268, 276, 277, 284, 285, 289, 292, 332, 333, 334, 335, 391, 523, 529
Başarısızlık Şeması, 248, 333, 334
Başkalarına Yönelimlilik, 6, 34, 41, 346
Beck, 14, 15, 25, 45, 79, 80, 81, 82, 83, 98, 607, 610, 611, 613
Bilinç, 34, 52, 319
Bilişsel Çalışma, 473, 479, 486, 496
Bilişsel çarpıtma, 56
Bilişsel incinebilirlik, 48
Bilişsel psikoloji, 25
Bilişsel teknikler, 86, 139, 141, 143, 181, 335, 368, 462
Bilişsel-analitik terapi, 92
Bilişsel-davranışçı, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 46, 47, 92, 94, 98, 112, 113, 350, 590, 613
Bilişsel-davranışçı tedavi, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 98
Bilişsel-davranışçı teknikler, 21, 350
Bilişsel-davranışçı terapi, 18, 19, 20, 22, 23, 46, 47, 92, 98, 112, 613
Biyolojik Çalışma, 479
Borderline, 9, 11, 12, 51, 70, 72, 88, 89, 95, 387, 396, 432, 456, 463, 513, 527, 609
Borderline kişilik bozukluğu, 11, 12, 51, 70, 89, 387, 432
Boş sandalye, 152
Boyun Eğicilik, 34, 41, 45, 46, 47, 68, 113, 161, 163, 175, 177, 178, 183, 186, 219, 222, 234, 250, 255, 256, 257, 258, 266, 267, 270, 272, 277, 285, 290, 296, 311, 345, 346, 348, 351, 353, 361, 390, 391, 395, 433, 434, 435, 522, 529, 540, 560, 561
Bulimia, 112
Büyüklenmeci Kendilik, 528, 531, 532, 534, 535, 536, 543, 544, 545, 549, 554, 555, 557, 558, 559, 561, 568, 569, 572, 573, 576, 577, 583, 584, 587, 590, 592, 593, 594, 595

C

Cezalandırıcı Ebeveyn, 71, 74, 345, 383, 388, 394, 396, 422, 428, 431, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 443, 444, 449, 453, 454, 458, 460, 462, 463, 464, 465, 469, 471, 472, 475, 481, 482, 483, 485, 486, 487, 489, 490, 491, 498, 499, 510, 512, 513, 519, 522
Cezalandırıcı Ebeveyn modu, 72, 388, 440, 460, 472, 475, 491, 498, 511, 519
Cezalandırıcılık Şeması, 385
Cezalandırıcılık /Acımasızlık, 34
Chrysippus, 24

Ç

Çekirdek anılar, 104
Çekirdek bilişsel çarpıtmalar, 104

Çekirdek duygusal ihtiyaçlar, 13, 29, 74, 99, 359, 360, 543, 588
Çekirdek tema, 175
Çıkarım şemaları, 24
Çocuk modları, 73, 74, 99, 389, 390, 431
Çocukluk kökeni, 85, 252
Çocukluk Mahkumları, 359
Çocukluk travmaları, 10, 27
Çoğul kişilik bozukluğu, 69

D

Davranış örüntüleri, 58, 77, 217, 251
Davranışsal Çalışma, 474, 480, 489, 497
Değerlendirme ve Eğitim evresi, 100, 260
Değersizleştirme, 545, 560, 562, 564
Değişim evresi, 76, 100, 590
Değişim stratejileri, 104, 211
Deneysel değerlendirme teknikleri, 211
Deneysel teknikler, 86, 125, 130, 165, 211, 335, 336, 366, 369
Depresif, 128, 208, 357, 365
Depresyon, 18, 20, 28, 48, 49, 106, 112, 200, 268, 296, 297, 311, 394, 397, 402, 445, 529, 554
Destek grupları, 319, 515
Dikey ok, 591
Dikkat eksikliği, 334, 343
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, 335, 346, 447
Dissosiyasyon, 69, 72, 82, 95
Dissosiyatif, 69, 72
Dissosiyatif kimlik bozukluğu, 69
Distimik mizaç, 31
Diyalektik davranış terapisi, 11, 461
Duygu odaklı terapi, 96, 97, 98
Duyguların boyun eğmesi, 34
Duygusal Baskılama, 34, 69, 220, 233
Duygusal mizaç, 32, 33
Duygusal Yoksunluk, 26, 30, 31, 33, 34, 38, 40, 44, 46, 47, 71, 85, 104, 108, 116, 127, 175, 177, 178, 179, 183, 191, 215, 217, 218, 221, 226, 227, 228, 238, 260, 261, 266, 269, 275, 283, 289, 291, 307, 308, 311, 334, 338, 347, 352, 358, 360, 361, 366, 370, 377, 390, 391, 422, 433, 523, 528, 529, 533, 535, 537, 539, 540, 543, 550, 559, 578, 580, 590, 592, 594
Dürtüsel, 34, 70, 220, 268, 343, 345, 346, 373, 374, 375, 390, 391, 435, 436, 438, 481, 496, 510, 522, 537, 549, 554, 592
Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk, 74, 390, 391, 422, 431

E

Ego uyumlu, 21
Eğitim Evresi, 6, 75, 137, 139, 150, 253, 293
Eleştirel ebevey, 28
Empati, 34, 38, 78, 87, 88, 104, 108, 141, 143, 175, 207, 254, 269, 278, 282, 289, 292,

307, 309, 311, 340, 341, 346, 366, 369, 370, 382, 384, 406, 418, 423, 437, 442, 447, 458, 465, 471, 473, 481, 482, 491, 493, 499, 507, 512, 513, 517, 532, 533, 534, 539, 543, 544, 546, 548, 557, 562, 565, 591, 592, 595
Empati Yoksunluğu, 34
Empatik gerçeklik testi, 141, 253, 517
Empatik yüzleştirme, 12, 78, 141, 253, 281, 282, 286, 293, 297
Ensest, 515
Erişkin Alkolik Yakınları, 480
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, 5, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 45, 47, 49, 50, 51, 60, 90, 91, 94, 98, 99, 101, 103, 106, 108, 117, 120, 132, 137, 139, 165, 167, 214, 217, 221, 243, 249, 252, 255, 260, 279, 281, 286, 288, 433

F

Farmakolojik, 113
Flaş kartlar, 77, 140, 160, 162, 181, 496, 500, 591, 592
Fobik, 18, 68, 214, 219, 289, 321, 327, 328, 474

G

Gelişimsel kökenler, 104
Gelişmemiş Benlik, 68, 219, 329, 351
George Orwell, 339
Gerçeklik testi, 142, 198, 270, 282, 283, 285, 346, 493, 494, 496, 498, 512, 513
Geştalt, 11, 17, 79, 93, 422, 486
Girişkenlik teknikleri, 474
Grup terapi, 135, 318, 377, 515, 527
Güvenli mekân, 171, 211
Güvensizlik/Suistimal Edilme, 26, 30, 34, 38, 46, 47, 50, 104, 120, 133, 152, 158, 159, 160, 186, 191, 192, 202, 204, 217, 255, 256, 258, 267, 268, 280, 287, 288, 300, 301, 302, 306, 390, 391, 422, 433, 529, 540, 579, 580

H

Hak Görme, 7, 30, 34, 40, 46, 47, 68, 104, 132, 219, 249, 259, 266, 274, 290, 338, 339, 340, 357, 361, 377, 392, 528, 529, 532, 534, 537, 538, 539, 546, 550, 594
Hak Görme/Büyüklenmecilik, 30, 34, 40, 46, 104, 361
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık, 34, 39, 68
Hayal kurma, 75, 77, 81, 85, 89, 94, 98, 102, 103, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 135, 138, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 181, 182, 185, 187, 191, 192, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 205, 208, 209, 214, 224, 225, 235, 239, 244, 245, 252, 255, 256, 259, 260, 265, 282, 288, 293, 298, 302, 310, 319, 323, 328, 344, 350, 367, 380, 385, 393, 415, 418, 419, 432, 453, 463, 474, 476, 478, 480, 482, 485, 491, 495, 516, 517, 518, 520, 535, 547, 550, 574, 575, 588, 595, 596
Hippokampus, 52

İ

İdiosenkretik yapılar, 80
İhmal Edilen Çocuk, 529
İhtiyaçların boyun eğmesi, 34
İlgi Yoksunluğu, 34
İlgili partnerler, 311, 357
İncinebilir Çocuk, 72, 74, 94, 96, 131, 182, 191, 193, 195, 196, 211, 228, 240, 245, 363, 390, 391, 394, 400, 402, 406, 411, 412, 413, 414, 416, 420, 421, 422, 425, 431, 436, 437, 440, 455, 475, 477, 479, 530, 572, 577, 587
İncinebilir/hassas, 71, 77
İncinebilirlik, 18, 46, 47, 71, 214, 219, 390, 391, 398, 569
İncinebilirlik duyguları, 264, 412
İnsomnia, 112
İntihar, 104, 438, 508, 509, 513, 515
İntihar eğilimi, 104, 513
İntihar girişimi, 508
İstismar, 31, 32, 34, 38, 51, 67, 109, 131, 149, 156, 171, 180, 183, 186, 190, 193, 196, 197, 198, 199, 218, 275, 277, 291, 300, 301, 302, 303, 305, 306, 391, 393, 394, 408, 441, 447, 473, 491, 493, 506, 511, 517
İşlevsiz Baş Etme modları, 70, 73, 99
İşlevsiz Düşüncelerin Günlük Kaydı, 501
İşlevsiz ebeveyn, 326
İşlevsiz Ebeveyn modları, 70, 99, 389, 432
İşlevsiz örüntüler, 24
İşlevsiz yaşam örüntüleri, 101, 137
İzleyici Modlar, 458

K

Kaçınma, 12, 19, 20, 34, 41, 60, 64, 67, 71, 74, 75, 78, 83, 87, 95, 99, 102, 109, 114, 116, 118, 121, 130, 131, 136, 138, 146, 151, 153, 195, 201, 203, 206, 214, 219, 221, 233, 250, 251, 252, 262, 266, 267, 270, 271, 279, 287, 300, 306, 314, 316, 320, 321, 326, 328, 330, 333, 335, 336, 337, 343, 369, 388, 392, 408, 431, 443, 470, 517, 520, 530, 532, 535, 544, 550, 557, 570, 581, 590, 594
Kaçınma Davranışları, 104
Kaçınmacı, 70, 90, 103, 109, 130, 131, 138, 151, 193, 195, 197, 204, 226, 267, 272, 273, 308, 313, 315, 348, 388, 398, 557, 567, 583, 596
Kaçınmacı kişilik bozukluğu, 313
Kaçınmacı terapistler, 277
Kantçı felsefe, 24
Karakterolojik, 18, 19, 21, 22, 58, 87, 433
Karakterolojik hastalar, 21, 87, 433
Karakterolojik modeller, 66

Katastrofik, 18
Kendilik bozucu örüntüler, 21
Kendilik yıkıcı, 21, 26, 56, 58, 67, 77, 142, 150, 214, 229, 276, 467, 510
Kendini Aşırı Ortaya Koyma, 532, 533
Kendini Feda, 34, 42, 46, 47, 68, 104, 127, 132, 178, 215, 216, 217, 219, 227, 228, 238, 239, 259, 268, 271, 274, 275, 290, 292, 308, 347, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 361, 395, 422, 522, 523, 560
Ketlenmiş Çocuk, 376
Kıskançlık, 214, 273, 278, 296, 545, 594
Kişilik bozuklukları, 9, 10, 18, 21, 22, 25, 28, 48, 50, 65, 80, 84, 95, 98, 107, 112, 338, 441, 528, 531
Kopuk Korungan, 71, 72, 74, 104, 131, 193, 209, 210, 211, 212, 392, 393, 398, 399, 400, 404, 408, 413, 416, 422, 428, 431, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 443, 444, 445, 450, 451, 452, 458, 459, 461, 464, 465, 469, 470, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 498, 510, 511, 512, 522
Kopuk Korungan Mod, 392, 393, 439, 443, 450, 475, 480
Kopuk Korungan modu, 71, 72, 193, 209, 210, 393, 398, 399, 408, 435, 437, 439, 440, 444, 445, 451, 452, 458, 459, 461, 475, 476, 477, 479, 480, 481, 511, 522
Kopuk Yatıştırıcı Kendilik, 528, 531, 534, 535, 543, 544, 547, 557, 561, 568, 572, 573, 577, 587, 594, 595
Korunma Yoksunluğu, 34
Koşullu onaylama, 530, 540, 594
Koşullu şemalar, 46
Kötücül narsisisizm, 533
Kronik depresyon, 10, 23, 44, 238
Kusurlu Çocuk, 249, 391
Kusurluluk şeması, 19, 28, 49, 60, 107, 133, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 175, 179, 183, 202, 205, 214, 218, 222, 227, 232, 264, 267, 272, 273, 274, 286, 287, 292, 296, 313, 316, 333, 380, 383, 386, 446, 528, 537, 540, 559, 578
Kusurluluk/Utanç, 26, 30, 33, 34, 38, 48, 104, 312, 314
Kutupluluk teorisi, 613

M

Madde bağımlılığı, 34, 106, 109, 112, 114, 313, 347, 357, 440, 443, 445, 463, 481, 505, 510
Madde kullanımı, 10, 17, 23, 28, 74, 535
Major depresyon, 23, 112, 263
Mantık, 24, 52, 367
Mizaç, 32, 64, 94, 99, 104, 133, 352, 441, 443
Mod aktivasyonu, 82
Modlar, 12, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 78, 81, 139, 389, 392, 396, 400, 406, 414, 422, 431, 432, 435, 436, 437, 438, 440, 458, 461, 462, 468, 476, 479, 485, 486, 504, 528, 549, 561, 568, 570, 573, 577, 578, 583, 587, 590
Multimodal Yaşam Tarihi Envanteri, 467
Mutlu Çocuk, 74, 369, 389, 390, 392, 431
Mutlu Çocuk modları, 74
Mükemmeliyetçilik, 591

N

Narsisistik, 7, 22, 316, 338, 360, 389, 430, 527, 528, 530, 531, 533, 535, 537, 538, 539, 541, 542, 543, 545, 549, 550, 556, 558, 559, 561, 592, 594, 595
Narsisistik aşırı telafi, 63, 534
Narsisistik bozukluk, 93, 387, 388, 537
Narsisistik kişilik bozukluğu, 88, 249, 263, 339, 389, 396, 527, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 536, 537, 538, 540, 542, 543, 544, 546, 550, 551, 552, 554, 555, 560, 564, 565, 568, 569, 590, 592, 593, 594
Neokorteks, 52
Nesne ilişkileri, 11, 17, 79, 92, 442
Nörobiyolojik, 55

O

Obsesif, 133
Obsesif kompulsif, 22, 366, 373, 388, 389, 395
Olumsuzluk/Karamsarlık, 34, 43, 46, 268, 290, 365, 369, 370, 390
Onay Arayıcılık, 34, 42, 46, 47, 68, 220, 276, 291, 356, 359, 360, 361, 363, 364, 377, 529, 534, 541
Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık, 34, 42, 46, 359, 360, 529
Oto-gözlem, 136
Oyuk Adamlar, 549

Ö

Öfkeli Çocuk, 71, 73, 74, 188, 236, 346, 390, 391, 401, 408, 422, 431, 437, 438, 440, 443, 444, 453, 470, 481, 483, 485, 491, 492, 493, 494, 495, 497, 498, 499, 508, 511, 513, 522
Öfkeli Çocuk modu, 71, 73, 346, 391, 401, 438, 440, 443, 444, 453, 491, 492, 493, 494, 497, 498, 508, 511, 522
Örüntü bozma/kırma, 213
Özdenetim, 29, 34, 42, 290, 342, 343, 344, 345, 346

P

Panik atak, 23, 112, 270, 326, 327, 474
Paranoid, 22, 50, 301, 443
Parasusayd davranışlar, 461
Patolojik, 148
Piaget, 25, 73, 610
Prognoz, 550
Psikanalitik, 17, 459
Psikodinamik, 11, 79, 88, 89, 94, 98
Psikodinamik terapistler, 89
Psikodinamik yaklaşımlar, 88
Psikolojik endişe, 48

Psikosomatik bozukluklar, 28, 529
Psikotropik ilaç tedavisi, 23, 112, 514

R

Reddedilmiş Çocuk, 74, 529
Rol ilişki modelleri, 94, 95
Rosenberg Özsaygı Ölçeği, 613

S

Sağlıklı Erişkin, 73, 75, 78, 94, 99, 104, 139, 140, 182, 191, 195, 202, 211, 236, 240, 249, 255, 261, 279, 288, 298, 303, 310, 315, 320, 324, 327, 328, 331, 336, 337, 341, 343, 345, 363, 365, 369, 371, 375, 376, 380, 381, 389, 395, 396, 397, 409, 411, 414, 422, 425, 428, 430, 431, 434, 435, 436, 440, 451, 452, 454, 455, 458, 464, 470, 473, 476, 480, 482, 485, 486, 495, 501, 512, 527, 538, 543, 549, 557, 583, 586, 590, 591, 594, 595
Sağlıklı Erişkin Modu, 99, 395, 431
Sağlıklı yön, 140, 143, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 162, 194, 240, 241, 245, 252, 254, 279, 315, 323, 331, 335, 367, 371, 382, 385, 388
Semptomlar, 10, 19, 23, 34, 42, 80, 84, 111, 129, 307, 311, 347, 352, 436, 439, 443
Sınır aşımı, 505, 522
Sınırlı ebeveynlik, 24, 253, 285, 288, 293, 386, 471
Sınırlı yeniden ebeveynlik, 12, 13, 78, 86, 88, 89, 90, 93, 96, 182, 253, 279, 286, 288, 293, 306, 509
Somatik semptomlar, 129
Sosyal İsteksizlik, 48, 49
Sosyal İzolasyon, 30, 33, 34, 39, 46, 67, 90, 218, 238, 265, 275, 289, 310, 317, 361, 390, 391, 529, 539
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, 33, 34, 39, 238, 529
Sönme, 53
Söz Dinleyen Modu, 392, 400, 431
Söz Dinleyen Teslimci, 74
Spontan Çocuk, 372, 376
Stoacı mantıkçılar, 24
Suistimal Edilmiş Çocuk, 74, 391
Sylvia Plath, 304

Ş

Şema devamlılığı, 56, 91, 99, 144, 296
Şema flaş kartları, 140, 143, 157
Şema Günlüğü formu, 160
Şema kimyası, 45, 349
Şema modeli, 9, 66, 70, 73, 75, 79, 81, 94, 97, 98, 102, 135, 139, 214, 433
Şema terapi, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 23, 58, 66, 75, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 97, 98, 99, 101, 110, 111, 112, 124, 128, 137, 165, 212, 213, 214, 232, 253, 255, 261, 263, 279, 282, 293, 387, 397, 444, 456, 458, 459, 460, 464, 502, 524, 551, 613
Şema Terapi Flaş Kartı, 157, 234
Şema tetikleyicileri, 57, 77, 104, 142, 157, 160
Şema yönü, 140, 143, 152, 153, 154, 155, 156, 240, 258, 388
Şizofren, 192
Şizoid, 22

T

T.S. Eliot, 549
Takdir, 364, 545
Talepkar Ebeveyn, 74, 363, 380, 394, 395, 431, 591
Talepkar Ebeveyn modu, 395
Tanı kriteri, 66
Telafi, 62, 67, 104, 138
Terapist-hasta ilişkileri, 23
Terapötik ilişki, 13, 21, 293, 471
Terk Edilen Çocuk, 240, 391, 400, 434, 435, 436, 437, 438, 443, 444, 446, 452, 459, 460, 462, 469, 470, 471, 472, 474, 475, 477, 480, 481, 484, 494, 499, 500, 510, 511, 512, 513, 522
Terk Edilme, 30, 33, 34, 38, 45, 46, 47, 67, 71, 89, 90, 107, 115, 128, 132, 150, 151, 191, 192, 214, 217, 218, 222, 224, 238, 239, 240, 270, 273, 284, 285, 288, 291, 295, 296, 297, 299, 300, 306, 310, 356, 390, 391, 433, 435, 446, 461, 497, 498, 515
Terk edilme/İstikrarsızlık, 26
Terk Edilmiş Çocuk, 71, 74
Teslim olma, 60, 78
Teslim Olma Davranışları, 104
Tetiklenme, 26, 28, 54, 73, 80, 114, 140, 141, 157, 160, 214, 240, 251, 255, 280, 282, 391, 497, 533
Travmatik anılar, 51, 196
Travmatik çocukluk olayları, 51

U

Uygunsuz Ebeveyn modu, 274

V

Vaka kavramsallaştırması, 101, 106

Y

Yalnız Çocuk, 309, 312, 400, 528, 530, 531, 535, 537, 544, 545, 547, 549, 554, 557, 558, 559, 567, 569, 570, 573, 576, 577, 578, 584, 586, 587, 589, 590, 592, 593, 594, 595
Yalnızlık ve izolasyon, 538, 594
Yapılandırmacı, 17
Yapışıklık, 34, 40, 46, 47, 48, 68, 133, 219, 227, 269, 275, 289, 328, 329, 390, 391
Yapışıklık şemalı hastalar, 328
Yapışıklık şeması, 133, 227, 269, 275

Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik, 34, 40, 46, 47, 48, 289, 328, 390, 391
Yardımlaşma grupları, 480
Yaşam örüntüleri, 56, 77, 78, 87, 94, 101, 117, 137, 139, 243
Yeme bozukluğu, 10, 23, 287, 313
Yetersiz Çocuk, 529
Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin, 47, 50, 104, 225, 249, 268, 269, 274, 290, 334, 342, 345, 390, 392, 529, 539
Yetersiz sınırlar, 538, 594
Yoksun Çocuk, 74, 391
Yoksun partnerler, 357
Young Ebeveynlik Envanteri, 102, 119, 137, 166, 547, 595
Young Şema Ölçeği, 9, 49
Young Telafi Envanteri, 122, 138, 551
Young Telafi Ölçeği, 230
Young-Rygh Kaçınma Envanteri, 122, 137, 230
Yüksek Standartlar, 34, 43, 45, 46, 51, 69, 129, 178, 220, 225, 227, 259, 267, 268, 271, 275, 290, 333, 347, 360, 373, 377, 378, 379, 380, 383, 395, 523, 529, 534, 541
Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik, 34, 43, 46, 377, 529
Yüzleştirme, 12, 78, 87, 88, 141, 198, 220, 246, 251, 253, 254, 263, 279, 282, 283, 293, 299, 300, 328, 341, 350, 358, 364, 381, 478, 520, 522, 561, 565, 566, 586

Z

Zarar görme karşısında İncinebilirlik, 30
Zedelenmiş Özerklik ve Performans, 6, 34, 39, 47, 320
Zedelenmiş Sınırlar, 6, 34, 40, 47, 338
Zihni özendirme meditasyonu, 499

REFERANSLAR

Ainsworth, M. D. S. (1968). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Ainsworth, M. D. S., & Bowlby J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46,331-341.

Alexander, E (1956). Psychoanalysis and psychotherapy: Developments in theory, techniques, and training. New York: Norton.

Alexander, E, & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.

Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students. Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108,449-485.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. E. (2000). Journal *of Adolescence*, 23(2), 205-222.

Barlow, D. H. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Baron, R. (1988). Negative effects of destructive criticism. Impact on conflict, self-efficacy and task performance. *Journal of Applied Psychology*, 73. 199-207.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology.In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E, & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

Beck, A. T, Ward, C. H.,Mendelson,M.,Mock,J., &Erbaugh,J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beyer, J., & Trice, H. (1984). A field study of the use and perceived use of discipline in controlling worker performance. *Academy of Management Journal, 27,* 743-764.

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky T., & DePreeJ. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21,*9-16.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness, and depression.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good.* New York: Morrow.

Carine, B. E. (1997). Assessing personal and interpersonal schemata associated with Axis II Cluster B personality disorders: An integrated perspective. *Dissertations Abstracts International, 58,* IB.

Carroll, L. (1923). *Alice in wonderland.* New York: J. H. Sears.

Coe, C. L., Glass, J. C, Wiener, S. G., &Levine,S. (1983). Behavioral, but not physiological adaptation to repeated separation in mother and infant primates. *Psychoneuro-endocrinology, 8,* 401-409.

Coe, C. L., Mendoza, S. P., Smotherman, W. R, &Levine, S. (1978). Mother-infant attachment in the squirrel monkey: Adrenal responses to separation. *Behavioral Biology, 22,* 256-263.

Coe, C. L., Wiener, S. G., Rosenberg, L. T, & Levine, S. (1985). Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in nonhuman primates. In M. Reite & T. Field (Eds.), *The psychobiology of attachment* (pp. 163-199). Orlando, FL: Academic Press.

Coleman, L., Abraham, J., &Jussin, L. (1987). Students' reactions to teachers' evaluations. The unique impact of negative feedback, *Journal of Applied Psychology, 64,* 391-400.

Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3).* San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corp.

Earley L., & Cushway D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(2), 163-188.

Eliot, T. S. (1971). *The complete poems and plays:* 1909-1950. New York: Harcourt, Brace, & World.

Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4,*12-28.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

Fisher, C. (1989). *Postcards from the edge.* New York: Simon & Schuster.

Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations, 5,* 289-317.

Freeman, N. (1999). Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction. *Dissertations Abstracts International, 59,* 9B.

Freud, S. (1963). Introductory lectures on psychoanalysis: Part III. General theory of the neuroses. InJ. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 241-263). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)

Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy.* New York, Guilford Press.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1983). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process.* New York: Guilford Press.

Gunderson,J. G., Zanarini, M. C, & Kisiel, C. L. (1991). Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders, 5,* 340-352.

Herman, J. L., Perry, J. C, & van de Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490-495.

Horowitz, M.J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns.* Chicago: University of Chicago Press.

Horowitz, M.J. (1997). *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Horowitz, M. J., Stinson, C. H., & Milbrath, C. (1996). Role relationship models: A person schematic method for inferring beliefs about identity and social action. In A. Colby, R. Jessor, & R. Schweder (Eds.), *Essays on ethnography and human development* (pp. 253-274). Chicago: University of Chicago Press.

Hyler, S., Rieder, R. O., Spitzer, R. L., & Williams, J. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire—Revised.* New York: New York State Psychiatric Institute.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240,* 167-171.

Kernberg, O. E (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies.* New Haven: Yale University Press.

Kohlberg, I. (1963). Moral development and identification. In H. Stevenson (Ed.), *Child psychology* (62nd yearbook of the National Society for the Study of Education.) Chicago: University of Chicago Press.

Kohut, H. (1984). How *does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain.* New York: Simon & Schuster.

Lee, C. W, Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structures of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 421-451.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Maslach, G., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

McGinn, L. K., Young, J. E., & Sanderson, W. C. (1995). When and how to do longer term therapy without feeling guilty. *Cognitive and Behavioral Practice, 2,* 187-212.

Miller, A. (1975). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self,* New York: Basic Books.

Miller, A. (1990). *Thou shalt not be aware: Society's betrayal of the child.* New York: Penguin.

Millon, T. (1981). *Disorders of personality.* New York: Wiley.

Noyes, R. J., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., & Coryell, W. A. (1990). Outcome of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 47*, 809-818.

Nussbaum, M. C. (1994). *The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Orwell, G. (1946). *Animal farm.* New York: Harcourt, Brace.

Patock-Peckham, J. A., Cheong, J., Balhorn, M. E., & Nogoshi, C. T. (2001). A social learning perspective: A model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25*(9), 1284-1292.

Pearlman, L. A., & Maclan, P S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558-565.

Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach.* New York: Norton.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood.* New York: Norton.

Plath, S.(1966). *The bell jar.* London: Faber and Faber.

Rachlin, H. (1976). *Behavior and learning.* San Francisco: Freeman.

Reich, J. H., & Greene, A. L. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. Journal *of Nervous and Mental Disease, 179*, 74-83.

Rittenmeyer, G. J. (1997). The relationship between early maladaptive schemas and job burnout among public school teachers. *Dissertations Abstracts International, 58*,5A.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ryle, A. (1991). *Cognitive-analytic therapy: Active participation in change.* New York: Wiley.

Sanderson, W C, Beck, A. T., & McGinn, L. K. (1994). Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: Significance of comorbid personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 8*(1), 13-18.

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295-321.

Shane, M., Shane, E., & Gales, M. (1997). *Intimate attachments: Toward anew self psychology.* New York: Guilford Press.

Singer, I. B. (1978). *Shosha.* New York: Farrar, Straus, & Giroux.

Smucker, M. R., & Dancu, C. V (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing. Northvale*, NJ: Aronson.

Suinn, R. M. (1977). Type A behavior pattern. In R. B. Williams & W. D. Gentry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment.* Cambridge, MA: Ballinger.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*, 1-27.

Terence (1965). *Heauton timoroumenos* [The self-tormentor] (Betty Radice, Trans.). New York: Penguin.

Thompson, L. W, Gallagher, D., & Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of later life depression. Journal *of Geriatric Psychiatry and Neurology, 121*, 133-146.

Tolstoy, L. (1986). The death of Ivan Ilyitch. In C. Neider (Ed.), *Tolstoy: Tales of courage and conflict.* New York: Cooper Square Press.

Turner, S. M. (1987). The effects of personality disorders on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders, 1*, 136-143.

van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wills, R., & Sanders, D. (1997). *Cognitive therapy: Transforming the image.* London: Sage.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development.* London: Hogarth Press.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders.* Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young,J. E. (1993). *The schema diary.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. (1994). *Young Parenting Inventory.* New York: Cognitive Therapy Center ofNew York.

Young, J. E. (1995). *Young Compensation Inventory.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire:* Special Edition. New York:Schema Therapy Institute.

Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. In F. W Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 300-321). New York: Wiley.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns.* New York: Dutton.

Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life.* New York: Plume.

Young, J. E., & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Wattenmaker, D., & Wattenmaker, R. (1996). *Schema therapy flashcard.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 264-308). New York: Guilford Press.

Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist, 39*, 117-123.

SON NOTLAR

BİRİNCİ BÖLÜM

1 Young, 1990, 1999.

2 Bu bölümde Eksen I bozukluklarını tedavi etmek için Beck (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) ve Barlow (Craske, Barlow ve Meadows, 2000) gibi yazarların geliştirdiği çeşitli protokolleri refere eden "bilişsel-davranışçı terapi" kavramını kullanmaktayız.

Bazı bilişsel-davranışçı terapistler, ağır hastalarla çalışmak için şema terapi ile tutarlı bir şekilde bu protokolleri adapte etmektedirler (Beck, Freeman ve ark., 1990). Bu bölümden sonra değişikliklerin bazılarını tartışacağız (bkz. s. 80-88). Çoğunlukla bilişsel-davranışçı terapi içersindeki mevcut tedavi protokolleri, bu adaptasyonları yansıtmaz.

3 Barlow, 2001.

4 Young, Weinberger ve Beck, 2001.

5 Beck, Freeman ve ark., 1990.

6 Amerikan Psikiyatri Derneği, 1994, s. 633.

7 Millon, 1981.

8 Young, 1990, 1999.

9 Nussbaum, 1994.

10 Beck, 1967.

11 Young, 1990, 1999.

12 bkz. Elliot'un kutupluluk teorisi; Eliot & Lassen, 1997.

13 İhtiyaçlar listemiz, hem başkalarının teorilerinden hem de kendi kliniksel gözlemlerimizden sağlanmaktadır. Deneysel olarak test edilmemiştir. Sonunda bu konu üzerinde araştırma yürütmeyi umut ediyoruz. Araştırmaya dayalı revizyona açığız ve zamanla listeyi yeniden düzenleyeceğiz. Alanlar listesi (bkz. şekil 1.1), ayrıca kliniksel deneye ve deneysel bulgulara dayalı değişikliklere açıktır.

14 Kagan, Reznick ve Snidman, 1988.

15 Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979.

16 Young & Brown.

17 Schmidt, Joiner, Young ve Telch ,1995.

18 Young, 1990.

19 Schmidt ve diğ., 1995.

20 Young, 1990.

21 Schmidt ve diğ., 1995.

22 Kişilik Tanı Ölçeği -Yeniden gözden geçiren Hyler, Rieder, Spitzer & Williams, 1987.

23 Beck Depresyon Envanteri; Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961.

24 Rosenberg Özsaygı Ölçeği; Rosenberg, 1965.

25 Lee ve çalışma arkadaşları, 1999.

26 Freeman, 1999.

27 Rittenmeyer, 1997.

28 Maslach & Jackson, 1986.

29 Carine, 1997.

30 Schmidt ve diğ.; 1995.

31 Hyler ve diğ., 1987.

32 Schmidt ve diğ., 1995.

33 LeDoux, 1996.

34 LeDoux, 1996.

35 LeDoux, 1996, s. 239.

36 Zajonc, 1984.
37 Bazı bilişselci bilim adamlarının aksine bu bölümdeki "biliş (cognition)" terimini "örtülü"(implicit) bilişler ya da basit duyusal algılama olarak değil; bilinçli (conscious) düşünceler ya da imgeler olarak tanımlıyoruz.
38 Zajonc, 1984, s. 252.
39 Zajonc, 1984, s. 250.
40 LeDoux, 1996, s. 265.
41 Coe, Mendoza, Smotherman, Levine, 1978; Coe, Glass, Wiener ve Levine, 1983.
42 Coe ve diğ., 1978, 1983.
43 Coe, Wiener, Rosenberg, Levine, 1985.
44 van der Kolk, 1987.
45 Young & Gluhoski, 1996.
46 Piaget, 1962.
47 Beck ve diğ., 1990; Alford & Beck, 1997.
48 Alford & Beck, 1997, s. 25.
49 Alford ve Beck, 1997, s. 25.
50 Beck, 1996.
51 Alfrod & Beck, 1997, s. 27.
52 Beck, 1996, s. 9.
53 Alford ve Beck, 1997, s. 70.
54 Beck, 1990.
55 Beck, 1996.
56 Beck, 1996.
57 Beck, 1976.
58 Beck, 1996.
59 Beck ve diğ., 1990.
60 Beck, 1996; Alford & Beck, 1997.
61 Smucker & Dancu, 1999.
62 Alexander & French, 1946.
63 Kohut, 1984; Shane, Shane & Gales, 1997.
64 Ainsworth & Bowlby, 1991.
65 Bowlby, 1969.
66 Ainsworth, 1968.
67 Bowlby, 1969, 1973, 1980.
68 Bowlby, 1973.
69 Piaget, 1962.
70 Bowlby, 1973.
71 Bowlby, 1988.
72 Anthony Ryle, 1991.
73 Ryle, 1991.
74 Ryle, 1991, s. 200.
75 Ryle, 1991.
76 Ryle, 1991.
77 Ryle, 1991.
78 Horowitz, 1991; Horowitz, Stinson & Milbrath, 1996.
79 Horowitz, 1997.
80 Horowitz, 1997.
81 Horowitz, 1997.
82 Horowitz, 1997.
83 Horowitz, 1997, s. 31.
84 Horowitz, 1997.
85 Horowitz, 1997.
86 Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Greenberg & Pavio, 1997.
87 Greenberg & Pavio, 1997.
88 Greenberg & Paivio, 1997, s. 83.
89 Greenberg & Paivio, 1997, s. 3.
90 Greenberg ve Paivio, 1997.
91 Young, 1990.
92 Beck, 1990; Alford, Beck, 1997.
93 LeDoux, 1996.

İKİNCİ BÖLÜM

1 Örneğin; Beck ve diğ., 1990, Persons, 1989.
2 Bu kitapta bahsedilen formların ve envanterlerin tümü Şema Terapi Enstitüsünden paket olarak alınabilir. Sipariş bilgisi için *www.shematherapy.com* web sitesine bakınız. Bu formlar, The Guilford Press'ten çıkan hazır danışan çalışma defterinde elde edilebilir durumdadır.
3 YŞÖ-L2; Young & Brown, 1990, 2001.
4 Ölçek hem kısa hem de uzun formlarda elde edilebilir. YŞÖ (YŞÖ-L2)'nin uzun form versiyonu ölçek yapılandırılırken belirlediğimiz 205 başlık ve 16 Erken Dönem Uyumsuz Şemayı içerir. Hazır çalışma kitabı için ilave başlıklar ekledik, böylece bugün tam 18 şema ölçülebilmektedir. Uzun form, klinik kullanım için daha uygundur. Çünkü her şemanın ince taraflarını ortaya koyar ve böylelikle daha detaylı bilgi sağlar.

YŞÖ'nün kısa formu, 75 başlık içerir ve faktör analizi olarak belirlendiğinden uzun formdan gelen her şema için beş yükleme başlığından oluşur (Schmidt ve diğ., 1995). Bu forma ayrıca ilave başlıklar ekleyeceğiz böylelikle 18 şema ölçülebilir. Kısa biçim, uygulamada daha az zaman aldığından araştırma çalışmaları için daha sık kullanılmaktadır.
5 Young & Kloslo, 1994.
6 YEE; Young, 1994.
7 Young & Rygh, 1994.
8 Young, 1995.
9 Young, 1905.
10 Young & Klosko, 1994.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1 BKB olan hastalarla terapist, bilişsel çalışmaya başlamaz fakat bunun yerine hastayla sağlam bir ilişki biçimlendirmeye odaklanır. Bunu ilerde Bölüm 9'da ele alacağız.
2 Young, Wattenmaker & Wattenmaker, 1996.
3 Young, 1993.

ALTINCI BÖLÜM

1 Rogers, 1951.
2 Freud, 1917/1963.
3 Alexander & French, 1946.

YEDİNCİ BÖLÜM

1 Isaac Bashevis Singer, 1978, s. 266.
2 Sylvia Plath, 1966, s. 278.
3 Miller, 1975.
4 Perlman & MacIan, 1995.
5 Alexander, 1956.
6 Young & Klosko, 1993.
7 Terrence, 1965, I.
8 George Orwell, 1946.
9 Carrie Fisher, 1989, s. 6.
10 Kohlberg, 1963.
11 Early & Cushway, 2002.
12 Alice Miller, 1975.
13 Ivan Ilyitch, 1986, s. 495.
14 Alloy & Abramson 1979; Taylor Brown, 1994.
15 Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983.
16 Frank ve diğ., 1952.
17 Suinn, 1977.
18 Lewis Carroll, 1923.
19 Baron, 1988; Beyer & Thrice, 1984; Coleman, Abraham & Jussin, 1987; Rachlin. 1976.
20 Aunola, Stattin & Nurmi, 2000; Patock-Peckham, Cheong, Balhorn & Nogoshi, 2001.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

1 Hak Görme ve Yüksek Standartlar, genelde aşırı telafi biçimleri olarak faaliyette bulunan şemalardır. Bununla birlikte aşırı telafi biçimleri yerine "saf" şemalar da olabilirler.
2 "İncinebilir Çocuğun" kişinin çekirdek modu olduğu düşüncesi modelimizin felsefi bir varsayımıdır. Evrensel bir gerçek olmadığını kabul ediyoruz.

DOKUZUNCU BÖLÜM

1 Bu hastaların çoğunluğu kadın olduğundan bölüm boyunca BKB olan hastalardan bahsetmek için "o" ve "onun" kullandık.
2 Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1991.
3 Herman, Perry & van de Kolk, 1989.
4 Gabbard, 1994.
5 Winnicott, 1965.
6 Linehan, 1993.
7 Young & Klosko, 1993.
8 Winnicott, 1965.
9 Linehan, 1993.

10 Young ve diğ., 2001, s. 279.
11 Amerikan Psikiyatri Derneği, 1994.

ONUNCU BÖLÜM

1 Kernberg, 1984.
2 T.S.Eliot; Çorak Ülke Dört Kuartet ve başka şiirleri kitabından, Çev: Suphi Aytimur; s. 66; Adam Yayıncılık Mart, 2000.
3 Rogers, 1951.
4 Burns, 1980.

Şema Terapi Jeffrey Young tarafından Bilişsel-Davranışçı yaklaşımın bir ileri aşaması sayılabilecek yeni bir teorik yaklaşım ve uygulama alanı olarak geliştirilmiştir. Sadece Bilişsel-Davranışçı yaklaşımla yetinmeyerek birçok başka yaklaşımın önemli teorik ve pratik birikimini de kendi teori ve yaklaşımıyla bütünleştiren Jeffrey Young, bu kitabı 'Şema Terapinin Kutsal Kitabı' olarak nitelemektedir. Yazar bu eserde teorisini yeniden gözden geçirerek kavramsal modelini daha da geliştirmektedir. Özellikle bu eserde şema terapinin Borderline ve Narsisistik Kişilik Bozuklukları için yeniden uyarlanması eserin önemini bir kat daha artırmaktadır. Yazarın ifadesiyle "Geçtiğimiz on yıl boyunca ruh sağlığı alanındaki birçok değişiklik şema terapi üzerinde etkili olmuştur. Pek çok yönelimden gelen pratisyenler ortodoks terapistlerin sınırlamalarından tatmin olmadıklarından psikoterapi entegrasyonuna önemli bir ilgi göstermektedirler. İlk kapsamlı ve bütünleştirici yaklaşımlardan biri olarak Şema Terapi, mevcut modellerin sınırlarının ötesine geçmek için hem yeni hem de 'rehberlik' arayan bir çok yeni terapist, klinisyen ve araştırmacıyı cezp etmektedir."