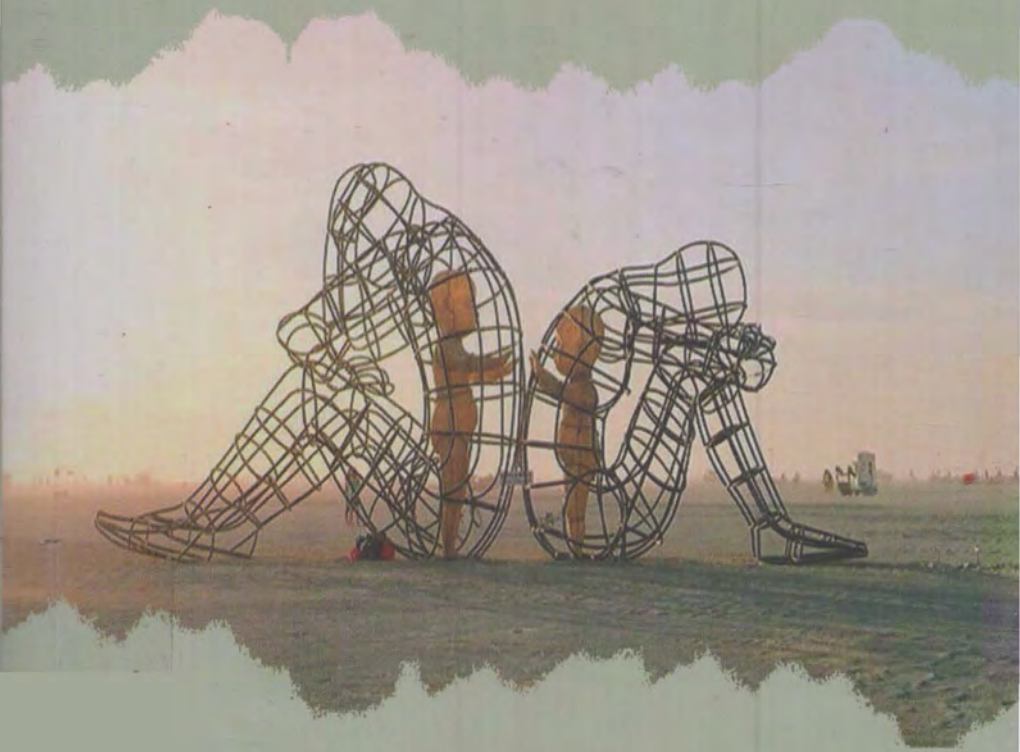
# Travma ve Disosiyasyon Tedavisinde EMDR ve EGO DURUM TERAPİSİNİN KULLANILMASI

Ed: Carol Forgash - Margaret Copeley



LİTERA YAYINCILIK

PSİKOTERAPİ SERİSİ

1. Borderline Yetişkinlerde Psikoterapi
2. Şema Terapi
3. Gerçek Kendilik
4. Bütüncül Psikoterapi
5. Ego Durumları
6. Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler
7. Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi
8. Psikoterapi Vaka Formülasyonu
9. Bağlanma Kuramı
10. Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar
11. Bilişsel Terapi ve Uygulamaları
12. Kişilik Bozuklukları
13. Depresyonun Uyarlamalı Bilişsel Terapisi
14. Psikanalitik Psikoterapilerin Karşılaştırılması
15. Bilişsel Terapide Direncin Aşılması
16. İlişkisel Kuram ve Psikoterapi Uygulaması
17. Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi
18. Bir Bebeğin Günlüğü
19. Çocuklar ve Ergenlerle Bilişsel Terapi
20. ACT'i Kolay Öğrenmek
21. Mutluluk Tuzağı
22. İnsan Davranışlarının ABC'si
23. Kriz Durumlarında Bilişsel Davranışçı Str.
24. Travmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Ter.
25. Gelişen Genç
26. Gerçeğin Tokadı
27. Gençler İçin Zihninden Çık Hayatına Gir
28. Narsistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları
29. Anksiyete ve Depresyonda Metagoknitif Terapi
30. Radikal Değişimler İçin Kısa Müdahaleler

LİTERA
YAYINCILIK

# TRAVMA VE DİSOSİYASYON TEDAVİSİNDE EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNİN KULLANILMASI

Litera – 256
Psikoterapi ve Psikoloji - 32

Travma ve Disosiyasyon Tedavisinde EMDR ve EGO Durum Terapisinin Kullanılması

Editörler: Carol Forgash & Margaret Copeley
Çeviri Editörleri: Dr. Hasan Herken & Dr. Murat Semiz
Dr. Ümit Sertan Çöpoğlu & Dr. Serdar Atik

Copyright© 2021 Kadem Yapım Medya İletişim ve Piyasa Araş. Org. San. ve Tic. Ltd. Şti.

Bu eserin Türkçe telif hakları Kadem Yapım Medya İletişim ve Piyasa Araş. Org. San. ve Tic. Ltd. Şti.'ne aittir. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayınlanamaz, kısmen de olsa fotokopi, film vb. tekniklerle çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayınlanamaz.
The original English language work: Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy Isbn:9780826146960 by Carol Forgash LSW BCD and Margaret Copeley MEd has been published by Springer Publishing Company New York, NY, USA Copyright © 2008. All rights reserved.

Kapak ve İç Düzen: Litera Yayıncılık

Baskı: Ofis Matbaa Yayın Kâğıt San. Tic. Ltd. Şti.
Maltepe Mah. Gümüşsuyu Cad. Işık Sanayi Sitesi No:19 B blok Z-1
Topkapı-Zeytinburnu/ İstanbul

ISBN 978-605-2023-74-7

1. Basım, Ocak 2021

KADEM YAPIM MEDYA İLETİŞİM VE PİYASA ARAŞ. ORG. SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.
Kalenderhane Mah. Cemal Yener Tosyalı Cad. Şehzade Cami Sok. No:3 Fatih/İstanbul
Tel/Fax: 0(212) 522 86 90
web: www.literakitap.com / email: litera@literakitap.com

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

Library of Congress A CIP Catalog record

Travma ve Disosiyasyonun Tedavisinde EMDR ve EGO Durum Terapisinin Kullanılması

1. Psikoterapi 2. EMDR 3. Ego Durumları 4. Travma 5. Disosiyasyon

# TRAVMA VE DİSOSİYASYON TEDAVİSİNDE EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNİN KULLANILMASI

*Editörler:*

**Carol Forgash & Margaret Copeley**

LİTERA YAYINCILIK
İstanbul - 2021
www.literakitap.com

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ . .11

KATKIDA BULUNANLAR .13

**1. BÖLÜM. . . . . 17**

TRAVMA HASTALARI İÇİN EMDR VE EGO DURUM TEDAVİSİNİN ENTEGRE EDİLMESİ .17

GİRİŞ: TRAVMA HASTALARI İÇİN YENİ BİR YARDIM . .17

TERAPİSTLER İÇİN BİR ÖN NOT .20

TRAVMANIN DOĞASI VE SEKELLERİ .21

BAĞLANMA BOZUKLUKLARI VE BU BOZUKLUKLARIN DUYGULANIM DÜZENLENMESİ VE DİSOSİYASYON İLE İLİŞKİSİ .24

DİSOSİYASYON. .27

TRAVMAYA BAĞLI BOZUKLUĞU OLAN DANIŞANLAR İÇİN TEDAVİ HEDEFLERİ .35

EGO DURUM TEORİSİ VE TERAPİSİ .37

EMDR'YE GİRİŞ .40

EMDR'NİN SEKİZ AŞAMASI . .42

DİSOSİYATİF DANIŞANLARDA EMDR KULLANIMI İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR .46

KOMPLEKS TRAVMALI DANIŞANLARLA ÇALIŞMANIN ÖZGÜN ZORLUKLARI .48

EMDR VE EGO-DURUM TERAPİLERİNİN BİRLEŞTİRİLMESİ İLE AŞAMALI TEDAVİ .62

1. AŞAMA: (DENGELEME) STABİLİZASYON VE SEMPTOM AZALTMA .63

2. AŞAMA: TRAVMA ÇALIŞMASI .83

3. AŞAMA: ÇÖZÜLME . .88

ZORLAYICI DANIŞANLA ÇALIŞAN TERAPİSTİN KİŞİLİĞİ .90

**BÖLÜM 2 . 101**

O, BİTMEMİŞ GELDİ 101

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLARIN NÖROBİYOLOJİK AÇIKLAMASI 101

TRAVMA VE DİSOSİYASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ 102

BİYOLOJİK AKSİYON SİSTEMLERİNİN EVRİMİ 104

DİSOSİYASYON TİPLERİ 107

BİRİNCİL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ 109

İKİNCİL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ . 121

ÜÇÜNCÜL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ 131

DİSOSİYASYON VE KÖKENİ BİLİNMEYEN TIBBİ HASTALIKLAR 134

SONUÇ 135

**BÖLÜM 3 . . . . . 145**

EGO GÜÇLENDİRME İÇİN HİPNOZU EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİ İLE BİRLEŞTİRME. 145

JOYCE: ANKSİYETENİN HİPNOZ VE ECEM YOLUYLA ÇÖZÜLMESİ. 150

HİPNOZU EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNE EKLEMENİN FAYDALARI 154

EGO GÜÇLENDİRMENİN ÖNEMİ 156

EMDR DANIŞANLARINA HİPNOZU TANITMA . 161

STANDART EMDR PROTOKOLÜNDE HİPNOZUN ARDIŞIK KULLANIMLARI: GENİŞLETİLMİŞ BİR VAKA ÇALIŞMASI 163

SONUÇ 184

NOTLAR . 187

**BÖLÜM 4 . . . . . 193**

EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİ İLE BİLİŞSEL ŞEMALARI DEĞİŞTİRME 193

İRRASYONEL İNANÇ VE DAVRANIŞLARIN SÜRDÜRÜLMESİ . 197

KUZEYDE TERÖRİZM VE TRAVMA İRLANDA: KURBANLAR OLARAK POLİS . 200

MARGARET: KUZEY İRLANDA'DA TRAVMA VAKASI ÇALIŞMA. 202

SONUÇ 219

**BÖLÜM 5 . . . . . . . . . . . . . 223**

EMDR İLE DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİ, EGO DURUM TERAPİSİ VE EK YAKLAŞIMLAR . 223

SORUNUN ÖZÜ VE YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI. 225

DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU DİNAMİKLERİ İLE ÇALIŞMA . 227

TEDAVİNİN TEKNİK ZORLUKLARI 233

ARCHITECTS: ABREAKSİYONLAR İÇİN BİR İŞLEMLEME. 261

ÖRNEK VAKALAR 267

SONUÇ 278

**BÖLÜM 6** . . . . . **285**

SEVGİ DOLU GÖZLER 285

DİSOSİYATİF SÜREÇLERİ DUYGUSAL GÜVENLİĞİ KORUYARAK TERAPÖTİK GERİ ALMA PROSEDÜRLERİ 285

EMDR VE DİSOSİYASYON 288

SEVGİ DOLU GÖZLER: TRAVMATİZE OLMUŞ ÇOCUĞU GÖRMEK. 290

MEHMET: ÇOCUKLUKTA YOKSUNLUĞA BAĞLI DİSOSİYATİF YAŞANTILAMA 295

VERONICA: KAÇINMA DAVRANIŞININ HEDEFLENMESİ. 303

ÇOCUKLUK ÇAĞI CİNSEL İSTİSMARI SONUCU DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU. 316

SONUÇ 339

**BÖLÜM 7** **347**

GİZLİ KENDİLİKLER 347

EGO DURUMLARININ TARİHİ VE ÇAĞDAŞ KAVRAMLARI. 350

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ TANIMI VE SPEKTRUMU 358

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ EMDR İLE TEDAVİSİ 360

DİSOSİYASYON: KİŞİLİĞİN GELİŞİMSEL BİR ÇİZGİSİ 363

TEDAVİ HEDEFLERİ 365

EGO DURUM TERAPİSİNİN SEKİZ EVRELİ PROTOKOLE ENTEGRE EDİLMESİ 366

VAKA SUNUMLARI 376

SONUÇ 396

**BÖLÜM: 8.** . . . . . **407**

ÇİFT TERAPİSİNDE EMDR 407

GİRİŞ: EGO DURUMLARI TEORİSİ, EMDR VE BAĞLAMSAL TERAPİ . 410

(BAĞLAMSAL TEORİ: İLİŞKİSEL KENDİLİK) 411

ÇİFTLERİN KENDİ İÇ DÜNYALARINDAKİ YAŞAMI 414

TEORİDE VE UYGULAMADA EGO DURUM ÇATIŞMASI 421

ENTEGRATİF BİR TEDAVİ YAKLAŞIMI . 425

SONUÇ 442

**BÖLÜM 9 . . . . . 447**

İÇSEL AİLE SİSTEMLERİ MODELİNİN VE EMDR'NİN ENTEGRASYONU 447

ZARAR GÖRMEMİŞ İYİLEŞTİRİCİ KENDİLİK. 447

İÇSEL EKOLOJİ: KENDİLİK DİNAMİKLERİ VE İAS'DEKİ PARÇALARI 449

PARÇALARIN ÜÇ TEMEL KATEGORİSİ 452

İAS İLE İYİLEŞME ADIMLARI. 454

TERAPİSTİN KENDİLİĞE ERİŞİMİNİ UYGUN HALE GETİRMEK 456

JACK: RICHARD SCHWARTZ'IN ÖFKESİNİ ÇÖZMEK İÇİN İAS KULLANMASI. 457

İAS'NİN EMDR İLE KULLANILMASI. 461

LUCY: JOANNE TWOMBLY'NİN KÖTÜYE KULLANILMA VE İHMAL ANILARINI ÇÖZMEK İÇİN İAS VE EMDR'Yİ KULLANMASI. 466

**BÖLÜM 10 473**

EMDR VE EGO DURUM TERAPİLERİNİN İŞ BİRLİKÇİ TEDAVİDE UYGULANMASI . .473

GİRİŞ: İLERLEME GÖSTERMEYEN TEDAVİLERİ İŞ BİRLİKÇİ TERAPİ İLE DEVAM ETTİRME . . 473

SARA: YERİNDE SAYAN, DÜZELTİLME İHTİYACI OLAN TEDAVİ . 475

ÖZELLEŞTİRİLMİŞ EMDR TEDAVİSİNİN İŞ BİRLİKÇİ TERAPİDE KULLANILMASI. . 477

DANIŞANLAR İÇİN YENİ BİR DENEYİM: İŞ BİRLİKÇİ TERAPİNİN FAYDALARI VE SONUÇLARI . 480

EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNDEN FAYDALANABİLECEK DANIŞANLARI BELİRLEME . . 483

TRAVMA YAŞAYANLARIN TEDAVİSİNDEKİ ZORLUK 484

BAŞARILI BİR İŞ BİRLİKÇİ TERAPİ İLİŞKİSİ GELİŞTİRME . 487

VAKA ANALİZİ . 491

SONUÇ . 518

DİZİN. . 521

# ÖNSÖZ

Bizler travma ve ilişkili bozukluklar ile çalışan ruh sağlığı profesyonelleri olarak bu değerli kitabın Türkçeye kazandırılmasında bizi motive eden birçok faktör oldu. Travma hastalarının psikoterapi uygulamalarında, diğer terapi yöntemlerine göre EMDR terapisinden daha hızlı sonuç alınması ve daha yüksek başarı göstermesi sebebiyle klinik uygulamalarımızda yoğun olarak kullanmaya başlamıştık. Zaman içerisinde bu terapiyi daha kompleks vakalara uygulamak istediğimizde standart prosedürün yeterli gelmediğini gördük ve süreci yönetmede zorlandık. Ayrı yerlerde aynı düşüncelere sahip uzmanlar olarak araştırmalarımızda ve denemelerimizde yaralı kalpleri iyileştirmek için engelleri aşmaya çalıştığımızı fark ettik. Kimimiz ego durum terapisi kimimiz hipnoterapi, kimimiz şema terapi ile EMDR entegrasyonunu deneyimlemişti. İlk olarak kendi vakalarımızdan oluşan Türkçe bir kaynak yazmayı planlamıştık. Fakat bu eseri okuduktan sonra bu alandaki eksikliğin hızlı bir şekilde kapanması için önceliğimiz değişti. Yoğun bir çalışma sonunda eseri bitirmiş olmanın mutluluğunu yaşıyoruz. EMDR terapisinin diğer terapi ekolleri ve teknikleri ile bir arada nasıl kullanılabileceğini anlatan bu kitap, birçok vakanın seans dökümanlarını da paylaşarak okuyucuya ayrıntılı bir yol haritası sunuyor. EMDR uygulayıcıları için başvuru niteliği taşıyan bu kitabın sizlere ulaşmasından memnunuz.

Kitabın tercümesinde emeği geçen Dr. Mustafa İyison, Dr. Emine Nur Herken, Psikolog İpek Ayhan, Psikolog Ayşe Betül Tortçu, Psikolog Fatma Selinay Balcı, Psikolog Sueda Çankaya ve Psikolog Ece Büşra Ziya'ya; ayrıca bu süreçte her türlü manevi ve teknik destekleri için Litera Yayıncılık'a çok teşekkür ediyoruz. Kitabın Türkçeye kazandırılmasındaki özverili tutumları, motive edici konuşmaları bu süreçte bizi daha teşvik etti. Basın yayın aşamasında emeğin geçen İrfan Kelkitli Beyefendi ve Ayşe Gül Hanım'a ve yayınevinin tüm çalışanlarına onların şahsında tekrar teşekkürler.

Çeviri Editörleri:

Dr. Ümit Sertan Çöpoğlu & Dr. Serdar Atik

Dr. Hasan Herken & Dr. Murat Semiz

## KATKIDA BULUNANLAR

***Uri Bergmann, (PhD),*** New York Commack ve Bellmore'da tam zamanlı özel hekimlik yapmaktadır. EMDR Enstitüsü Kıdemli Fasilitatör ve EMDR Uluslararası Birliği'nce kabul edilmiş eğitimci ve danışmandır. EMDR, EMDR nörobiyolojisi, EMDR'nin psikodinamik ve ego durum terapisi ile entegrasyonu hakkında dersler vermekte ve danışmanlık yapmaktadır. EMDR nörobiyolojisi üzerine makaleler yazmış, bu makaleler hakemli dergilerde yayınlanmış, ayrıca EMDR hakkında telif edilmiş muhtelif kitaplara bölümler yazmak suretiyle katkıda bulunmuştur.

***Jim Knipe, (PhD),*** 1994'ten beri bağımsız olarak çalışan bir psikologdur. Halen EMDR Uluslararası Birliği Colorado Springs bölge koordinatörü olup Colorado School of Professional Psychology'de ders vermektedir. 1995'ten beri Oklahoma City, Türkiye, Endonezya ve Orta Doğu'da insani maksatlı EMDR eğitim projelerinde görev almaktadır. Ayrıca karmaşık vakalarda EMDR'nin kullanılması hakkında çalışmaları bulunmaktadır.

***Barry K. Litt, (Evlilik ve Aile Terapisti)*** Boszormenyi-Nagy'de bağlamsal terapinin kurucusu Ivan ile birlikte çalışmıştır. Concord, New Hampshire'da özel muayenehanede çalışmalarına devam etmekte olup ayrıca New Hampshire Denetleme Kurulu'nda görev yapmaktadır. Amerikan Evlilik ve Aile Terapisi Derneği'nin onaylı süpervizörü ve danışmanıdır. Bağlamsal kuram, çift terapi-

si, dissosiyasyon ve EMDR konularında uluslararası düzeyde çok sayıda çalışmada sunum yapmıştır. ISSD ve EMDRIA yıllık toplantılarının düzenli sunucusudur.

***Michael C. Paterson, (PhD)***, (Klinik Psikoloji Doktoru) Kuzey İrlanda Belfast'ta yerleşik travmatik stres ve dissosiyatif bozukluklar hususunda yetkili bir klinik psikoloji uzmanıdır. EMDR Enstitüsü bünyesinde ruh sağlığı uzmanlarını EMDR kullanımı konusunda eğitmektedir. Belfast, Queens Üniversitesi'nde lisansüstü öğrencilerine travmatoloji ve ego durumu terapisi dersleri vermektedir. Acil servislerde stres ve travma üzerine makaleler yayınlamış, uluslararası konferanslarda sunumlar yapmıştır.

***Sandra Paulsen, (PhD)***, EMDR, ego durumu terapisi ve somatik psikoterapileri yerli kültürlerin eski şifa uygulamalarıyla entegre etme maksatlı Washington, Bainbridge Bütünleştirici Psikoloji Enstitüsü'nün kurucularındandır. Çok sayıda konferans sunumu, makale ve kitap bölümleri yazmış olup EMDR ile ego durum terapisinin birleşimi konusunda geniş çapta danışılan biridir. EMDR'nin dissosiyatif hastalarda kullanımı için ilk protokolü geliştirmiştir. Ayrıca EMDR Enstitüsü için dissosiyasyon konusunda ileri düzey uzmanlık eğitimleri vermekte olup EMDR'de EMDRIA sertifikalı bir danışmandır.

***Maggie Phillips, (PhD)***, Oakland'da stres ve ağrı bozukluklarının tedavisinde uzmanlaşmış bir klinik psikologdur. Hipnoz, EMDR, davranışsal tıp, ego durumu terapisi ve enerji psikolojisi konularında global düzeyde dersler vermiş olup, Finding the Energy to Heal: How EMDR, Hypnosis, TFT, Imagery and Body-Focused Therapy CanHelp Restore Mind-body Health (2000) adlı eserin yazarı; Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Posttraumatic and Dissociative Conditions (1995) adlı eserin de yazarlarından biridir. Son kitabı Reversing Chronic Pain'dir (2007).

***Richard C. Schwartz, (PhD)***, dahili aile sistemleri modelinin geliştiricisi ve Illinois, Oak Park'taki kendi kendine liderlik merkezinin (www.selfl eadership.org) başkanıdır. Daha önce Şikago'daki Illinois Üniversitesi ve Northwestern Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde öğretim görevlisidir. Altı kitap telif etmiş ve elliden fazla makale yayınlamıştır.

***Joanne H. Twombly, MSW (Sosyal İşler Master), LICSW (Lisanslı Klinik Sosyal İşçi)***, Massachusetts, Waltham'da özel bir muayenehanede karmaşık travma ve disosiyatif bozukluklar konusunda uzman olarak çalışmaktadır. Ayrıca EMDR, hipnoz ve İç Aile Sistemleri konularında danışmanlık yapmaktadır. Disosiyatif bozuklukların tanı ve tedavisi, EMDR ve dissosiyasyon ve karmaşık post travmatik stres bozuklukları üzerine birçok atölye çalışması yapmıştır. Uluslararası Travma ve Ayrılma Çalışmaları Topluluğu'nun Yürütme Konseyi'nde direktör ve EMDR İnsani Yardım Programları yöneticisidir. EMDRIA ve Amerikan Klinik Hipnoz Derneği sertifikalı danışmanıdır.

***John G. Watkins, (PhD),*** danışman ve klinik psikolog olarak çalışmıştır. Montana Üniversitesi öğretim üyesi olup Adventures in Human Understanding: Stories for Exploring the Self (2001) kitabının yazarıdır. Sayısız makalesi ve çok sayıda kitap bölümü yayınlanmıştır. John ve eşi Helen Watkins, (MA), Ego States: Theory and Therapy'nin (1997) yazarlarıdır. Uzun kariyeri boyunca uluslararası konferanslarda ego durum terapisi üzerine çalışmalar sunmuştur.

*Çev: İpek Ayhan*

*Dr. Ümit Sertan Çöpoğlu*

# 1. BÖLÜM

## TRAVMA HASTALARI İÇİN EMDR VE EGO DURUM TEDAVİSİNİN ENTEGRE EDİLMESİ

**Carol Forgash & Jim Knipe**

### GİRİŞ: TRAVMA HASTALARI İÇİN YENİ BİR YARDIM

Bu kitabın yazarları, uzun yıllar süren kollektif uygulama boyunca travma sonrası stres bozukluğu ve bağlanma, kişilik ve disosiyatif bozukluklar dâhil olmak üzere kompleks tanıların bir kombinasyonu olan danışanları tedavi ettiler. Tedavi ettiğimiz danışanlarımız arasında en büyük acıyı bu danışanların çektiğini gördük. Kendi iç dünyalarının karmaşıklığı, semptom yönetimi ile mücadeleleri ve sorunları ilişkide olma sorunları genellikle onların deneyimlediklerine karşı bizde empati, ilgi ve korku uyandırır. Mucize, genellikle tekrarlanan önceki tedavi başarısızlıkları karşısında, bütün olma azimlerindedir.

Bu bölümde danışanların karmaşık belirtilerine yardımcı olmak için birçok psikoterapi teorisi, uygulaması ve araştırmasını birleştiren "çapraz eğitim modeli" yaklaşımı dediğimiz modeli

tanıtacağız. Bu model EMDR (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme), ego durum terapisi ve disosiyatif bozukluk tedavi metotlarını içerir. Bu modelin, terapistlerin tedavi kapsamını travma çözümünün ötesine genişletmesine ve karmaşık bozukluklara sahip danışanların sıklıkla karşılaştığı kapsamlı yaşam konularını kapsayacağına (Wachtel, 2002) ve bu zorlu danışanları tedavi etme konusunda ustalık ve yetkinlik geliştirme fırsatı sağlayacağına inanıyoruz.

Çapraz eğitim modeli, travmanın doğası ve insan durumu üzerindeki etkileri hakkında bilgilerin yanı sıra disosiyasyon (yordayıcıları ve nedensel faktörleri) ve bağlanma ile ilgili güncel bilgilerin anlaşılmasına dayanmaktadır. Travma, disosiyasyon ve bağlanma sorunları üçlüsünün deneyimlerinden sonraki sekeller arasında yer alan tanısal durumların anlaşılması, klinisyenlere sonraki bölümlerde sunulan vaka çalışmalarını anlamak için bir temel sağlayacaktır. Bu tanısal durumlar basit travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kompleks TSSB, başka türlü adlandırılmamış aşırı stres bozuklukları (BTA-ASB), disosiyatif bozukluklar ve kişilik bozukluklarını içerir.

Son 18 yılda travma geçirmiş hastalarla ilgilenen terapistler EMDR'nin tedavi yaklaşımlarında uzun süredir devam eden bir ihtiyacı karşıladığını bulmuşlardır. Önceden travma yaşamış birçok danışan yıllarca süren terapiden sonra güçlükleri hakkında fikir sahibi olsalar bile, istenmeyen duygular, beden duyumları ve travma sonrası stres bozukluğu yeniden yaşantılamalarından muzdaripti. EMDR daha önce eksik olan bir araç sağladı: Travmatik yaşam deneyimleriyle ilişkili altta yatan sorunlu duyguları hızla çözmenin bir yolu. EMDR sadece TSSB semptomlarını değil, altta yatan mutsuzluk, intrapsişik ve kişiler arası sorunları; karmaşık insan sorunlarına içgörü ve iyileşme getirecek şekilde çözme ihtiyacını karşılamıştır. EMDR prosedürleri sırasında ger-

çekleşen işleme, EMDR standart prosedürleri sırasında pozitif kognisyonun geçerliliğindeki (VOC:Validity of Cognition Scale) artışlarla belirtildiği gibi kendilik saygısını da arttırır. EMDR'nin birçok hastanın yaşamları üzerinde derin bir etkisi olmuştur ve on yediden fazla yayınlanmış çalışmada TSSB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Dworkin,2005; Greenwald,1999; Lovett,1999; Manfield,1998; Maxfield&Hyer,2002; Parnell,2007; F.Shapiro,2001; R.Shapiro,2005; Silver&Rogers,2002;Tinker&Wilson,1999). Bununla birlikte, Janet'in (1907) yüz yıl önce belirttiği gibi, karmaşık tanıları olan bazı danışanların tedavisinde, travmaları ortaya çıkarmadan (duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) önce stabilizasyon sağlanmalı ve terapistler kapsamlı bir stabilizasyon için bireysel ihtiyaçları göz önünde bulundurmalıdır. Bu, tek veya yakın zamanda meydana gelen travmatik olayları olan çoğu danışan için genellikle gerekenden kısmen daha uzun bir hazırlık aşaması sağlamayı içerir. (J.Chu, 1998; Gold, 2000; Herman, 1992). Travmanın sekelleri (özellikle aile içi fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve ihmal yelpazesi) kronik TSSB ve diğer ciddi sorunları önceden haber verir (Moran, 2007). Buna ek olarak, istismarcı ve ihmal eden ailelerin çocukları için yaygın olan travmanın ön koşulları, kaos ve düzensiz bağlanma tarzlarının yanı sıra, sınırlı ebeveynliğe sahip ebeveynlerin besleme ve rehberlik eksikliğini içerir (Gold, 2000; Schore,1994; Siegel, 1999). Bu genellikle, çoklu travmalı danışanların sosyal ve yaşam becerileri geliştirmede eksik olabileceği, yetişkin olarak bağlanma sorunları yaşayabileceği ve disosiyatif bozukluklar ve Eksen II kişilik bozuklukları ile ilişkili birçok savunma ve soruna sahip olabileceği anlamına gelir (A.Chu&De Prince,2006; Gold,2000; Lacter,2007; Liotti,1999, 2004, 2006).

Bu danışanlar partner şiddeti ve kendine zarar verme davranışı gibi yetişkin yaşamındaki travmalara karşı özellikle sa-

vunmasızlardır. Bu tür bir erken çocukluk geçmişi, aynı zamanda, bu danışanların yoğun duygularla baş etmede ve disosiyatif semptomları yönetmede ve güven ile ilgili sorunlara katlanmada güçlük çekebileceğini de göstermektedir. Bu nedenle terapötik ilişki de dâhil olmak üzere yetişkin ilişkilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesine engel olabilirler (Bergmann&Forgash,1998; Dworkin,2005; Forgash & Knipe, 2001; van der Hart, Nijenhuis, &Steele,2006; van der Kolk, McFarlane, &Weisaeth,1996). Mevcut semptomatolojinin ötesine geçemeyebilir ve dirençle, semptomlardaki artışla ve terapi ile ilgili hayal kırıklığına sıkışabilirler. Ayrıca yetişkin yaşamının normal stresini yönetmede büyük zorluk çekebilir, sağlık sorunları yaşayabilir ve çok az yaşam desteği alabilirler (Felitti et al., 1998; Forgash&Monahan,2000).

Buna ek olarak, travma öyküsü olan birçok danışana duygulanım, disosiyatif semptomlar ve stresi yönetmede stabilizasyon ve beceri eğitimi sağlanmazsa, bu danışanlar tedavide disosiye olur veya destabilize eden abreaksiyonlar yaşarlar. Bu danışanlar genellikle tedaviyi tamamlayamayan (Bergmann&-Forgash,1998) terapi yolculuklarında hayal kırıklığına uğrayan, yetersiz ve düşük yanıt verenlerdir.

## TERAPİSTLER İÇİN BİR ÖN NOT

Bu disiplinlerarası modelin kapsamlı bir tanımını sunacak olsak da başlangıçta bu kitabın temel EMDR eğitimi için yeterli kaynak veya travma ve disosiyasyon çalışmasında kapsamlı bir kurs olmadığını söylemek istiyoruz. Bu giriş bölümünde, standart EMDR protokolünü, EMDR'ye ego durum çalışmasını dâhil etme yöntemlerini ve kompleks durumların tedavisi için bir tedavi planı içinde disosiyatif danışanlarla çalışmada gerekli stabilizasyon stratejileri özetleyeceğiz. EMDR konusunda eğitim almış okuyucular, disosiyatif tedavi stratejilerini ve ego du-

rum çalışmalarını klinik uygulamalarına iyi bir şekilde entegre edebileceklerdir. EMDR eğitimi almamış olanlar, zorlu danışanlarla yaptıkları çalışmalarda aşamalı tedavi yaklaşımı hakkındaki bilgileri paha biçilmez bulacaklardır. EMDR veya disosiyasyon ile çalışmaya yeni başlayan terapistlerin durumu, ara sokaklarda pratik yapmak zorunda olan acemi sürücünün durumuyla benzerdir. Yani bu protokolleri kullanma pratiği ve deneyimi, bu yaklaşımları birleştirmek gibi gelişmiş uygulamalar için bir ön koşuldur. Öte yandan EMDR konusunda eğitimli ve disosiyatif tedavi stratejilerine aşina olan okuyucular, EMDR'ye ego durum çalışmasını eklemenin mantığını açıkça anlayacaklardır.

Bu alanlardaki klinik bilgi ve becerilerini geliştirmek isteyen okuyucular için, kitabın ek kısmında EMDR yöntemi, travma ve disosiyasyon tedavisi ve ego durum terapisinde eğitim için kaynaklar listelenmiştir.

## TRAVMANIN DOĞASI VE SEKELLERİ

### Travma nedir?

Travma anlayışımıza DSM-IV'ün (American Psychiatric Association,1994) normal insan deneyiminin dışında ve hayatı tehdit eden bir olay olarak tanımlamasıyla başlayabiliriz (Herman,1992;van der Kolk et al.,1996). DSM-IV'e göre bir kişi fiziksel yaralanma tehdidine maruz kaldığı veya tanık olduğu ve korku ve çaresizlik tepkisine sahip olduğu travmatik bir olay yaşamıştır (Herman,1992; van der Kolk et al.,1996). Ancak bu tanım insanların olumsuz yaşam deneyimlerinden olumsuz etkilenebilecek birçok yolu yeterince açıklamamaktadır. Alandaki son yazarlar, bu tanımın hem fazla kapsayıcı hem de yeterince kapsayıcı olmadığını ifade etmektedir (A. Chu&DePrince,2006; Classen, Pain, Field, &Woods,2006). Öncelikle aynı olay bir kişi için travmatize

edici olabilir, ancak bir diğeri için daha fazla veya daha az travmatize edici olabilir veya başka biri için hiç olmayabilir. Bu nedenle, travmayı olayın korkunçluğu açısından değil, birey üzerindeki etkileri açısından tanımlamakta fayda var: Kişinin kendilik duygusu olaydan zarar gördü mü? Olayla ilgili anılar, bellekte bir hikâyeden çok yeniden deneyimleme olarak mı tutuluyor? Travmaya verilen yanıtların bu tanımları, geçmişin kalıntıları tarafından rahatsız edilen ve hiçbir zaman tam olarak şimdiki zamanda olamayan danışanları anlamaya yardımcı olur.

Ayrıca, DSM-IV'ün TSSB tanımı tek bir travmatik olaya odaklanırken, birçok danışan tekrarlanan olaylara veya çocukluk döneminde uzun süreler boyunca devam eden zarar verici bir travmatik geçmişe sahiptir. Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday ve Spinazzola (2005) bu tür yaygın travmayı ele almak için gelişimsel travma adını verdikleri yeni bir DSM kategorisi önerdiler. Tek olaylı travma nüfusun genelindeki bir normdur: Yaşam boyu maruz kalma verileri erkekler için %60,7 ve kadınlar için %51,2'lik bir insidans göstermektedir (Bridge,2007). Bununla birlikte, erkeklerin % 19.7'si ve kadınların % 11.4'ü üçten fazla travmaya maruz kaldığını bildirmiştir ve bu bireylerin tedavi arama ve kompleks hastalık görünümlerine sahip olma olasılığı daha yüksektir. Travma sekeli fiziksel ve zihinsel sağlığı, ilişkileri ve hatta iş hayatını ve kişisel gelişimi olumsuz yönde etkileyen birçok seviyede ortaya çıkar. Böylece travmanın etkisini değerlendirirken deneyimin ezici doğasını, yaşandığı bağlamı ve kişiler arası olup olmadığını (doğal afet gibi durumsal bir travmaya karşı ilişkisel travma) bir perspektif içine koymak gerekir. Destek ve koruma mevcut muydu? Travma yaygın mıydı ve tekrarlandı mı? Aile ortamında mı ortaya çıktı?

Çocuklukta fiziksel veya cinsel istismar gibi ciddi travmalara ve genellikle travmatik olarak kabul edilen birçok yaşam olayına

(doğal afet, savaş, şiddet suçları vb.) 'büyük T' travmaları denir (F. Shapiro,2001). Bazı durumlarda bir çocuk genel bir ihmal, yoksunluk, utanç, dışlanma veya uygun ebeveyn tepkilerinin eksikliği algısına sahip olabilir. (Gold, 2000; LyonsRuth, Dutra, Schuder ve Bianchi, 2006). Bu tür olaylara 'küçük-t' travmaları denir. Bunlar DSM-IV'ün TSSB tanımına uymaz, ancak yine de kişiye çok zarar verebilir. Küçük t travma kümeleri de danışanın özsaygısı (F. Shapiro,2001) için büyük sorunlara neden olabilir. Sorunları derinlemesine çözmek isteyen danışan için, küçük travmaları tedavi etmek tipik olarak tedavinin gerekli bir bileşeni olacaktır.

## Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma geçirmiş danışanlar (tek olaylı veya küçük travmalı olanlar bile) aşağıdaki basit TSSB semptomlarının bir kısmını veya tamamını gösterebilir: Travmanın intrüziv (girici) şekilde hatırlanması, travmatik olayları yeniden yaşama algısı, hipervijilans (aşırı tetikte olma hali), abartılı irkilme tepkisi, flashbackler (geri dönüşler), kâbuslar, gece terörü, uyku bozuklukları, sinirlilik veya ajite davranış. Ayrıca konsantrasyonda zorluk, öfke kontrol bozukluğu, insanlardan kaçınma ve travmayı hatırlatan tetikleyiciler, çeşitli disosiyatif semptomlar, uyuşma, düz duygulanım, anhedoni, içsel veya dış tetikleyiciler, izolasyon duyguları, kopukluk ve güven eksikliği.

Tekrarlanan ve uzun süreli travmanın olduğu durumlarda genellikle, danışanın tipik TSSB semptomlarından daha fazlasını içeren travmatik tepkilere sahip olduğunu görürüz. Herman (1992), bu travma sonrası yanıt örüntüleri için "tek bir bozukluktan ziyade, en iyi şekilde durumların bir spektrumu olarak anlaşılır" demiştir (s. 119). Bu spektrum kompleksine, başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozuklukları (BTA-ASB) olarak da bilinen travma sonrası stres bozukluğu adını veriyor. Kompleks

TSSB, duygulanım düzenlenmesinde, bilinçte, anlam sistemlerinde, diğerleriyle ilişkilerde, kendilik ve suç işleyenin algılanmasında değişiklikler dâhil olmak üzere "derin sistemik değişiklikler" oluşturan bir dizi ek problemi içerir (Herman, 1992, s. 121). der Kolk ve diğerleri, 1996).

Kompleks TSSB'si olan danışanlar genellikle terapistlere göz korkutucu karmaşık semptom katmanları ile başvururlar. Bu karmaşık bozuklukların temellerini anlamak için, aileye bağlanma tarzlarının ve aile ilişkilerinin travma türleriyle etkileşiminin karmaşık yollarına ve travmatik olayların süresine dikkat etmek gerekir.

## BAĞLANMA BOZUKLUKLARI VE BU BOZUKLUKLARIN DUYGULANIM DÜZENLENMESİ VE DİSOSİYASYON İLE İLİŞKİSİ

Açık travmaya ek olarak, olumsuz aile bağlanma tarzı sorunları hem çocuklarda hem de yetişkinlerde disosiyasyon ve duygusal işlev bozukluğunun başlıca belirleyicisidir (Gold,2000; Liotti,2006). Ebeveynden ayrılma, hem çocuktaki düzensiz, yönünü kaybetmiş bağlanma stili hem de yetişkinlerde disosiyatif semptomlarla yüksek derecede ilişkilidir (Barach & Comstock, 1996; Classen et al.,2006; Gold, 2000; Liotti, 2006; Lyons-Ruth et al.,2006). Ebeveynin sorunları çocuğun sorunları haline gelebilir.

Çocuklar dünyaya bağlanmaya hazır olarak doğarlar. "Yeterince iyi" bir aile ortamında ebeveynler ve çocuklar doğal olarak bağlanırlar (van der Hart et al.,2006). Ancak bakıcılar duygusal olarak bağlanmak için mevcut değilse veya aile etkileşimi kalıpları aşırı koşulluysa (örneğin, "Bizi asla rahatsız etmezsen kabul

edilebilirsin." veya "Asla öfke gösterme." vb.) çocuk uygun bağlanmanın parçası olan kişiler arası güven ve rahatlık tutumlarını öğrenme fırsatından mahrum kalabilir. Çocuğun birincil bakıcısı (çoğu kültürde anne) hastalık, depresyon, ebeveynlik sorumlulukları, narsisizm, bağımlılık veya diğer problemlerle ilgili yetersizlik ve korku duyguları nedeniyle bağlanmak için hazır değilse, bağlanma süreci bozulabilir ve çocuk zaman zaman sıkıntı, rahatsız edici derecede yüksek uyarılma (sempatik aktivasyon) ve eşzamanlı parasempatik aktivasyon ile kendini uyuşturmayı öğrenecektir. Bu örüntü tekrarlanırsa strese karşı oldukça güçlü bir yanıt olarak daha sonra utanç ve disosiyasyonun ortaya çıkması için bir şablon oluşturabilir (Schore, 1994, 2000a). Ayrıca yetersiz bağlanma, çocuğun, duygularını düzenlemeyi öğrenme yeteneğini bozar (Schore,2000b; Siegel,1999). Bu nedenle sonraki tüm gelişim aşamaları erken ilişkisel işlev bozukluğuyla engellenir.

İçsel deneyimlerinin bir bakıcı tarafından sevgiyle kabul edilmediği ve onaylanmadığı benzer duygusal ihmal koşullarındaki daha büyük çocuklar için de sorun benzer olabilir. İçsel deneyimin bu şekilde onaylanmamasının yetişkinlerde teşhis edilen sınırda kişilik bozukluğu ve ilişkili durumlardaki duygusal patolojilere katkıda bulunduğu varsayılmaktadır (Linehan, 1993).

Bağlanma sorunları, açık travmanın etkilerinin arka planını oluşturur. Çocuğun hayatında potansiyel olarak travmatik bir olay meydana gelirse, çocuğun iç deneyimine ve sıkıntısına, bakıcılar tarafından sevgi dolu gözlerle merhametli bir şekilde tanık olunması çok önemlidir. Eğer bu yoksa çocuk disosiyasyona karşı savunmasız hale gelebilir. Aile çocuğun travmasına; reddetme, görmezden gelme veya kaos ve istikrarsızlık ile cevap verirse disosiyasyon çocuğun tek mevcut adaptif yanıtı olabilir bu da kendilik duygusunda bölünmeye ve boşluk duygularına

yol açabilir (Schore, 2000a; Siegel, 1999). Ayrıca kimlik, başlangıçta çocuğun bakıcının gözüne yansıyan kendilik özelliklerini görmesiyle oluştuğu için (Gold, 2000), bakıcı çocuktan korkar, tiksinti duyar, sömürücü davranır, aşırı eleştirel vb. şekilde olursa olumsuz bir kendilik kimliği gelişebilir.

İhmal travmaları da (ihmal, ebeveynin geri çekilmesi ve çocuğa uyum sağlamada eksiklik) daha açık travmalar ve istismar gibi zarar verici sekellere sahip olabilir. Ebeveynin çocuğu taciz etmesi ve korkutması gibi tekrarlanan şiddetli travma durumlarında, hatta tekrarlanan sözlü taciz veya çatışmaya tanık olma durumlarında (Teicher, Samson, Polcari ve McGreenery, 2006) disosiyatif ego durumlarının ağları oluşabilir. Bu durumlarda travmatik malzeme kısmen veya tamamen bilinçten çıkarılır ve çözülmemiş duygulanımı içeren bağlantısız sinir ağlarında tutulur. Bununla birlikte kendini koruyucu bu tepki, aynı zamanda sağlıklı ve adaptif bilgi işleme için daha fazla yaşam deneyiminin daha az kullanılabilir olması anlamına gelir. Dahası, daha önceki bağlanma deneyimleri sırasında duygulanım düzenleme becerileri yeterince öğrenilmezse kişi duygusal rahatsızlıkları çok daha az kapatabilir. Bu nedenle geçmişlerinde hem bağlanmayı bozan hem de açık travmayı yaşayan danışanlar için birçok doğal süreç ve gelişimsel aşama muhtemelen kesintiye uğrayabilir ve gecikebilir (Gold, 2000; Liotti, 2006; Moran, 2007). Eksen II bozuklukları, anksiyete ve duygudurum bozuklukları sıklıkla disosiyasyon ile beraber bulunur. Travmanın tanımı gibi sınırda kişilik bozukluğunun (SKB) tanımı da şu anda yeniden değerlendirilmektedir (Classen vd.,2006). Mevcut düşünce; düzensiz bağlanma, ilişkisel travma, disosiyasyon ve sınırda kişilik bozukluğu gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu varsayar. TSSB ve SKB komorbiditesi (eş tanı olarak beraber görünmeleri) yüksektir: SKB hastalarının % 56'sında TSSB, TSSB hastalarının

% 68'inde SKB görülür (Classen ve diğerleri, 2006; Lacter, 2007). Kompleks TSSB ve disosiyatif bozukluğu olanlar gibi, SKB'li hastalar da başa çıkma becerilerini ve içsel kararlılığı geliştirmeye, iç çatışmayı çözmeye ve genellikle ciddi disosiyasyon ve bağlanma sorunlarıyla başa çıkmaya yardımcı olmak için aşamalı bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyarlar (Classen ve diğerleri, 2006; Liotti, 2006).

## DİSOSİYASYON

Son elli yıl boyunca kişilik parçalanması konularını ele alan iki ayrı psikoterapi geleneği olmuştur: Travmadan kaynaklanan disosiyatif semptomları tedavi etme geleneği ve ayrı zihin durumları arasındaki çatışmaların çözümüne odaklanmış ancak disosiyasyona özel bir vurgu yapmayan ego durum terapileri geleneği. Aşağıdaki bölümlerde, bu psikoterapötik konuları bir araya getireceğiz ve her birinin iyileştirici gücünün diğerinin eklenmesiyle nasıl artırılabileceğini göstereceğiz.

### Disosiyasyon Nedir?

Janet 1870'lerden başlayarak (Van der Kolk ve diğerleri, 1996) travmatik yaşam olaylarının bilinçli farkındalığın dışında bırakıldığı ve anksiyete, garip kaçınma davranışları ve psikojenik felç gibi konversiyon belirtileriyle sonuçlanan bir zihinsel yapıyı tanımlamak için "disosiyasyon" terimini kullanan ilk kişidir. Janet bu travmalar ve bunlara eşlik eden duyguların bilince getirilerek semptomlarının çözüldüğü birçok vaka bildirmiştir. Son 140 yılda ruh sağlığı uzmanlarındaki disosiyasyon bilgisi hem artmış hem de azalmıştır. Geçtiğimiz otuz yıl içinde disosiyatif fenomeni tanımlamaya ve etkili tedavi yöntemlerini belirlemeye yönelik ilgide bir artış olmuştur (Herman, 1992; Terr, 1979). Ancak disosiyasyonun doğasına ilişkin tartışmalar hâlâ devam

etmektedir. Mevcut kavramsallaştırmalar üç kategoriye ayrılır:

1. DSM-IV'te bulunan disosiyatif bozuklukların tanımı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

2. Öznel/*Fenomenolojik* Model: Disosiyatif hastalardaki belirti modellerinin gözlemlenmesinden türetilmiştir (Dell, 2006).

3. Sosyo-Bilişsel Model: Disosiyatif fenomeni, terapistlerin beklentilerinin iyatrojenik sonucu olarak kavramsallaştırır (Spanos, 1994).

DSM-IV, disosiye olmuş bellek materyalinin "genellikle travmatik veya stresli bir doğaya sahip" olduğundan bahseder. Ancak bunun dışında travma sonrası bir durum olarak disosiyasyonu vurgulamaz. Bunun yerine DSM-IV disosiyasyonu öncelikle, bir durumdan diğerine olan içsel geçişlerde amnezik engellerle kendini gösteren ayrı kimlikler veya kişilik durumları olgusu olarak tanımlar. Dell bu modelin doğru ama eksik olduğuna işaret etmiştir. Öz bildirim ölçekleri, yapılandırılmış görüşmeler ve klinik gözlemlerden, DSM-V'ün konversiyon belirtileri ve ayrılmış kişilik parçalarına ek olarak disosiyatif bireylerin çeşitli intrüziv semptomlar, öncelikle "yürütme işlevine intrüzyonlar ve alter kişilikler aracılığıyla kendilik hissi" ile de karakterize edildiğini gözlemler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994, s.7).

İntrüziv (travmatik içeriğin istenmeden bilince girişi) semptomların sıklıkla ortaya çıkması sadece DSM-IV tanımına değil, aynı zamanda disosiyasyonu terapistlerin sosyal beklentilerinin iyatrojenik bir sonucu olarak kavramsallaştıran Sosyo-Bilişsel Modele de aykırıdır. Bu görüşe göre danışanın disosiyatif semptomları, terapistin teşhise uyan danışan davranışlarına olan seçici ilgisinden kaynaklanır. Eğer terapistlerin disosiyasyon kavramları danışanların semptom görünümlerini belirleyip şekillendir-

diyse, bu danışanlarda intrüziv semptomları çok sık görmezdik. Çünkü ne DSM-IV tanımı ne de popüler disosiyasyon anlayışı (kitaplardan ve filmlerden) intrüzyonları içermez. Bununla birlikte intrüzyon, travma sonrası stres bozukluğunun DSM-IV tanımı içinde "kategori B belirti kümesi" olarak listelenmiştir. Disosiyatif bireylerle çalışan klinisyenlerin kolaylıkla onaylayabileceği gibi, TSSB'si olan danışanlar genellikle çözülmemiş bellek malzemesi parçaları tarafından bilinçli farkındalıkları istila edilirken, korku ve kafa karışıklığı eşliğinde intrüzyon yaşarlar. Travmatik olaylar nedeniyle amnezik olan danışanlarda bile intrüziv semptomlar kâbuslar, işitsel halüsinasyonlar ve parçalanmış görsel geri dönüşler (flaşbek) şeklinde sıklıkla ortaya çıkar. Kendi içinde dönüşüm, kişinin normal kendilik duygusunu bastıran ve onu yerinden eden travmatik hafıza materyalinin intrüzyonunun bir sonucu olan bir fenomen olarak kabul edilebilir. Bu nedenle disosiyasyonun tam bir tanımı sadece ayrı kişilik parçalarından oluşan bir yapı ve parçalar arasındaki geçişi değil, aynı zamanda travmatik olaylar için bir amnezi derecesi boyunca ortaya çıkan intrüziv deneyimleri de içerir.

Dell (2006) bu spektrumu disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olan 220 kişiden oluşan bir grupta, en sık ortaya çıkan disosiyatif semptomları organize etmek için kullanmıştır. Bu bireylerin hepsinde hafıza sorunları tespit edilmiştir. Bu kişilerin % 83-95'inde depersonalizasyon, derealizasyon, travma sonrası geri dönüşler (flaşbek), somatoform semptomlar ve geçiş davranışı gözlenmiştir. Bu hastaların % 61 ile % 88'i tamamen disosiyatif intrüzyonlar, yani amnezi yaşamıştır. Bu belirtiler, zaman yöneliminin kaybı, fügler, nesneler bulma ve eylemleri daha sonradan öğrenmeyi içermektedir. Disosiyatif fenomen elbette sadece DKB'li kişilerle sınırlı değildir. Diğer rahatsızlıkları olan danışanlar genellikle bu semptomları daha az şiddetli bir biçimde

sergiler. Aslında, araştırmalar (Van der Hart ve diğerleri, 2006) ve klinik uygulamalardan (Chefetz, 2006) ortaya çıkan kanıtlar, bir tür disosiyasyonun genellikle mevcut olduğunu ve aslında, genellikle zor yaşam deneyiminden kaynaklanan hemen hemen tüm duygusal bozukluklarda temel bir unsur olduğunu göstermektedir. Dahası disosiyatif semptomlar dünya çapında yaygındır ve çeşitli kültürel bağlamlara rağmen klinik olarak benzerdir (Sar, 2006).

## İntrüzyon Problemi ve Yapısal Disosiyasyon Modeli

Disosiyatif bozukluklarda intrüzyonun merkezî rolü, işlevsiz olarak depolanan bellek materyalini işlemek için EMDR ve iki taraflı uyarım kullanan diğer terapi yöntemlerinin kullanımı için önemli bir yere işaret etmesidir. Van der Hart ve ark. (2006), danışanların disosiyatif deneyimlerini anlamaları ile kullanıma giren yeni bir terminoloji önermişlerdir. Bu yazarlar travmatik bir olayın, travma öncesi kişiliği karakteristik parçalara ayırdığını varsaymaktadır: Günlük yaşamın taleplerine uyum sağlamaya devam eden ve başkalarına bağlı kalmak için normal görünmeye motive olan görünüşte normal bir parça (GNP) ve travmanın duyusal algılarını "hemen şimdi" niteliğine sahip yeniden yaşama biçiminde tutan duygusal bir parça (DP). İntrüzif semptomlar, DP'nin yeniden yaşama deneyimlerinin GNP'nin farkındalığına girmesiyle ortaya çıkar.

GNP, DP'nin deneyimine karşı fobiktir ve stabilizasyonu korumak için DP deneyiminin intrüzyonuna karşı direnme, kaçınma ve disosiyasyon ile karşılık verme eğilimindedir. DP aktivasyon veya kendini ifade etmek için baskı yapıyor gibi görünmektedir. Kişinin DP'den duygulanım ve yeniden yaşantılama görüntüleri ve GNP'den olumsuz kendini değerlendirmeleri

("Deli olmalıyım!", "Hasarlıyım!", "Değersizim!", "Aptalım!") vardır. Bu zıt zihinsel eylemlerin her biri basmakalıp bir şekilde kıvılcımlanma eğilimindedir ve travmanın iç veya dış hatırlatıcılarına yanıt olarak değişmeden sürekli olarak tekrarlanır. Bu tür bir iç çatışma çoğu insanda yaşamın bir döneminde ortaya çıkar. Ancak eğer birey birçok travmatik deneyimden geçmişse, disosiye olan parçalar arasındaki bu tür çatışmaların karmaşıklığı büyük ölçüde artabilir ve kimlik karmaşası, kaygı ve disforiye (huzursuzluğa) neden olabilir.

## Disfonksiyonel Disosiyatif Yapıların Doğası ve Kökenleri

J. Watkins ve H. Watkins (1997) "ego durumu" terimini, çatışma halinde işlevsiz olarak bulunabilen farkındalık koşullarını veya zihin durumlarını tanımlamak için kullanır. Yapısal disosiyasyon teorisyenleri aynı zihinsel fenomeni tanımlamak için ego durumları arasındaki disosiyatif erişilemezlik derecelerine ilişkin diğer bazı anlamları ekleyerek "disosiyatif parça" terimini kullanırlar. Bu terimleri ego durumu disfonksiyonu olan herhangi bir bireyde farklı derecelerde disosiyasyonun var olabileceği veya olmayabileceği varsayımıyla birbirinin yerine kullanacağız. Spesifik ego durum terapisi yaklaşımı aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanacaktır. Ancak yapısalcıların önemli bir katkısı patolojik, çelişkili ego durumu yapılarının kökenleri için bir model sunmalarıdır (Van der Hart ve diğerleri, 2006). Her şeyden önce yapısalcılar normal gelişimde disosiye olmamış ego durumlarının, öğrenme için doğuştan gelen yatkınlıklardan ("aksiyon sistemleri" Van der Hart ve diğerleri, 2006) geliştiğini varsayarlar. Bunların temel ihtiyaçların karşılanması (yiyecek, barınma), önemli diğer kişilerle bağlantıda kalma (özellikle çocukluk döneminde bakıcılarla) ve günlük yaşam görevlerine katılım gibi etkinlikleri

düzenleyen temel zihinsel işlevlere dönüşmek üzere tasarlandığı varsayılır. Van der Hart ve arkadaşları, bu aksiyon sistemlerinin (bağlanma ihtiyacı gibi) çocuğun çevresiyle etkileşime girdiğini ve bu ortama uyum sağlayan bir şekil aldığını da ekler.

Bu, normal olarak gerçekleştiğinde ("yeterince iyi" bir çocukluk ortamında) ego durumları birlikte bilinçlidir ve kendi işleyişlerine görece iyi entegre olur. Bununla birlikte çevre entegrasyon yoluna engeller koyduğunda, ego durumları arasında disosiyatif ayrışma meydana gelme eğiliminde olacaktır. Schwartz (1995) zihni doğal olarak çoklu biçimde görür. İçsel aile Sistemleri Modelinde, dış sistem dengesizse ve travmaya neden olursa, iç sistemde sorunlar gelişebilir, böylece iç sistemi ve gelecekteki gelişimini kısıtlar.

Kişilik sistemindeki ego durumları arasındaki sınırlar değişkendir. İyi huylu bir geçmişi olan bir insanda, sınırlar akıcı ve kesintisizdir. Bir kişi "Bu ben değilim." diye düşünmeden rolden role veya bir görevden diğerine geçer. Bazı danışanlar ego durumlarını kendilerinin bir parçası olarak tanımlar ancak onları zaman (beş yaşında, ergen veya bebek) ve diğerlerini işlev, özellik veya rol (örneğin kendinden nefret eden, besleyen, eleştirel, yönetici, yaramaz çocuk, cesur, meraklı, doğa aşığı, ebeveyn, büyükbaba vb.) boyutlarına göre sınıflanmış olarak görür. Yine, "yeterince iyi" bir çocukluk ortamında, bu farklı ego durumları genellikle ortak bilinçle gelişir ve işler. Nispeten iyi entegre olmuş bir bireyde ego durumları arasında çatışmalar olabilir, ancak birey bu çatışmaları iç tartışmanın her iki tarafına erişimle yaşar. Genellikle bu tür bir çatışma basitçe "Gerçekten ne yapmak istediğime karar vermem gerekiyor." şeklinde deneyimlenir. Bununla birlikte bir kişinin bir travma öyküsü olduğunda, bazı sınırlar, çocukluk çağı istismarı ve ihmaline adaptasyon olarak ortaya çıkan disosiyatif yapıyı belirleyen geniş fay hatları haline

gelir. Kompleks TSSB'li birçok birey başkalarıyla bağlantı kuran ve günlük yaşam görevleriyle meşgul olan bir GNP'ye ve başlangıçta ezici olan, nörolojik olarak işlevsiz bir şekilde depolanmış halde kalan anılarını içeren ve yeniden yaşama gibi deneyimlerde bilince aktivasyon için baskı yapmaya devam eden bir veya daha fazla DP'ye sahiptir. Bu DP'ler bireyi fiziksel ve duygusal acıya ve kayba karşı korumaya yönelik orijinal bir amacı olan ve savaş ya da kaç (sempatik sinir sistemi) ya da donma ve geri çekilme (parasempatik sinir sistemi; Van der Hart ve ark. 2006) özelliklerine sahip aksiyon sistemlerinden geliştirilmiştir. Diğer DP'ler "yedek oyuncu aksiyonları" olarak işlev görür (Van der Hart ve diğerleri, 2006). Bu ego durumlarına psikolojik savunmalar (Watkins & Watkins, 1997) veya "itfaiyeci" ego durumları (Schwartz, 1995) olarak da başvurabiliriz.

Ego durumları "görünüşte normal", savunmacı veya travmayı yeniden yaşayanlar olarak bireyin nörolojisinin ağları olarak yorumlanabilir (çapraz amaçlarla çalışan ağlar). Çocukluk ortamı çocuğu tekrar tekrar "imkânsız" durumlar (sözlü, fiziksel ya da cinsel istismar, ihmal, çözülemez kafa karışıklığı ya da diğer travmatik deneyimler) içine sokarsa, doğuştan gelen aksiyon sistemleri farklı yollardan gelişmek zorunda kalacaktır. Bu tür bir durum; disosiyatif bozukluklar, kompleks TSSB, anksiyete, depresyon, nevrotik çatışmalar ve uyumsuz davranış kalıpları gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkacaktır.

## Çocuk İstismarı ve İşlevsiz Disosiyatif Yapılar

Bir bakıcı tarafından defalarca istismara uğrayan bir çocuk "imkânsız" bir ikilem içindedir. Öfke ve zarardan kaçış savunma sistemleri etkinleştirilir, ancak aynı zamanda çocuk, istismar eden bakıcıyı hayatta kalmak için gerekli bir malzeme kaynağı olarak görmeye devam etmelidir. Bu koşullarda bir çocuk, genel-

likle istismarın anılarını birbirinden ayıracak ve bu şekilde eşlik eden öfke ve failden kaçınma ihtiyacını etkisiz hale getirecektir. Ya da bu çocuk istismarı kısmen çözebilir (istismar edici olayların önemini yalnızca belli belirsiz hatırlar veya en aza indirir) ve sonra öfke ve suçlama duyguları hâlâ aktif olduğu ölçüde, çocuk öfkesini kendine çevirir ve fail ile gerekli bağı sürdürmek için sıklıkla failin tutumlarını yansıtan (bir içe atım olarak) kendi istismarına karşı ("Bunu hak ediyorum çünkü kötüyüm." gibi) bir tutuma sahip olur. Şu soru sorulabilir: Yetişkinlerde, ego durumlarının bu işlevsiz ve rahatsız edici disosiyatif yapısı istismar ve ihmal içeren çocukluk ortamlarını terk ettikten çok sonra neden hâlâ devam ediyor? Bazı ego durumları (DP'ler) aslında uzun zaman önce çözülen sorunları (travmatik olaylardan kaçış gibi) çözmeye çalışmaktadır. Bununla birlikte birey çözülmemiş travmatik anıları "şu anda" niteliği nedeniyle yetersiz bir çözümde (uzun süredir çözülmüş bir soruna) ısrar eder. Uzun zaman önce yaşanan sorunun rahatsız edici unsurları, şu anda devam ettiği gibi öznel olarak deneyimleniyordur ve bu nedenle bu unsurlara karşı yetersiz savunmalar da devam ediyordur. Mevcut kavramsallaştırma disosiyatif yapının, kişinin deneyimi dâhilindeki fobiler ve kaçınma savunmaları tarafından sürdürülmesidir: Bağlanma ve bağlanma kaybı, travmayla ilişkili zihinsel süreçler (cinsel uyarılma gibi), gerçek hafıza materyali ve entegrasyon fobileri (van der Hart ve diğerleri, 2006). Disosiye olmuş bir içsel sistem içindeki iletişim, disosiyatif parçalar arasında oluşan bariyerler nedeniyle sorunlu olabilir.

Bozulmuş iletişim, iç çatışmaların çözümünü engeller ve bu da iç iletişimi bozmaya devam eder. Disosiye olmuş parçalar, kısmen veya tamamen ortak bilinçten yoksun olabilir; yani, belirli ego durumları diğer durumların varlığından ve hatta yetişkin kişiliğinden habersiz olabilir. Ego durumları arasındaki ilişkiler,

amnezik, düşmanca, çatışmalı, kayıtsız, iş birlikçi veya güçlü bir şekilde bağlantılı olabilir ve bu ilişkiler daha sonra kişiliğin disosiyatif yapısını katı bir şekilde tanımlar.

### Kaçınma Savunmalarının Gelişimi

Kompleks TSSB vakalarında, belirli bir ego durum çatışması türü sıklıkla görülür. Travma sonrası DP'den çözülmemiş yeniden yaşama bellek materyali, bilinçte aktivasyon için baskı yapar. Bu intrüzyonlar görsel geri dönüşler (flashback), açık bir nedeni olmayan intrüziv duygular, olumsuz kendilik-referans bilişleri, diğer insanlar veya genel olarak dünya hakkında olumsuz bilişler, fiziksel duyumlar, kokular, tatlar vb. olabilir. Bunlar GNP'yi destabilize eder ve bu nedenle, tekrarlanan intrüzyonlar ve nörolojik temelli kaçınma tepkileri gelişir.

Bu kaçınma tepkileri belki de başlangıçta bilinçlidir, ancak diğer birçok otamatik davranışta olduğu gibi (örneğin yürümeyi, bisiklete binmeyi veya müzik aleti çalmayı içeren örtük bellek faaliyetleri) bilinçten hızla disosiye olabilir. Disosiyatif spektrumun öteki ucundaki danışanlar için (örneğin, disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olanlar) parçalar arasındaki sınırlar daha katı ve geçirimsiz hale gelir, bu nedenle çoklu disosiyatif ego durumları vardır ve hatta birbirlerini bilmiyor bile olabilirler. Tedavi genellikle danışanın kaçınma tepkilerini tanımayı ve bunlarla çalışmayı içerir. Böylece disosiyatif sınırlar geçirgen hale gelebilir ve travmalara terapötik erişim ve iyileşme sağlanabilir.

## TRAVMAYA BAĞLI BOZUKLUĞU OLAN DANIŞANLAR İÇİN TEDAVİ HEDEFLERİ

Klinisyenler olarak, tedaviden ne tür bir çözüm ve değişiklik bekleyebileceğimizi bilmek istiyoruz. Yalnızca semptomları mı

ortadan kaldırmak istiyoruz yoksa amaç daha mı kapsamlı? Bu en karmaşık tanılara sahip kişilerin acı çekmekten bir çıkış yolu bulmalarına ve hayatlarından tatmin olmalarına yardımcı olmak mı? Aşamalı bir modele entegre edilen başarılı EMDR ve ego durum tedavisi, tedavinin hedeflerinin danışanların daha geniş ihtiyaç ve hedeflerini daha kapsayıcı hale getirmesine izin verir. Bu daha geniş hedefler şunları içerir:

1. Tedavide ve güncel yaşam deneyimlerinde güvenliği sağlamak ve stabilizasyonu geliştirmek

2. Danışanların hoşgörülü olmalarına ve duygusal tepkileri düzenleyebilmelerine yardımcı olmak

3. Travmanın yeniden işlenmesi ile TSSB ve disosiyatif bozukluklarla ilgili sorunlu semptomlarının ortadan kaldırılması yoluyla, danışanların dünyada kim olduklarına dair bütünsel ve entegre olmuş bir duyguyu keşfetmelerine ve daha işlevsel iç sınırlar geliştirmelerine yardımcı olmak

4. Danışanların kendi ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılama yeteneği de dâhil olmak üzere bir dizi önemli alanda potansiyellerine ulaşmalarına yardımcı olmak ve aslında kendilerine ebeveyn olmak (belki de başlangıçta ihtiyaç duydukları ancak sahip olmadıkları ebeveynler için)

5. Yaşam becerilerinde ustalık kazanmak, mağdur durumundan tam bir yaşam sürdürebilmelerine yardımcı olmak

6. Bağlanma yaralanmalarını onarmak (Barach & Comstock, 1996), içsel güvenli bir temelin geliştirilmesini kolaylaştırmak ve ayrıca sınırlara ve iç ego durumu yapısına verilen zararı onarmak yoluyla kendi/*diğer* nesne temsillerini stabilize etmek

7. Kişilik bozukluğu teşhisi konan danışanlarda reddedilmiş

ego durumlarını geri kazandırmak.

Biz klinisyenler olarak kişinin içsel bölünmelerini iyileştirmek, ilişki ve güven sorunlarını, bağlanma kopukluklarını ve kayıplarını ve yakınlık korkularını çözmek için kişinin kendiliği ve içsel aile sistemi için empati geliştirmesini sağlamak istiyoruz. Danışanlara travma, disosiyasyon, kayıp ve bağlanma bozukluklarının mirasını anlamak için empatik bir pozisyondan baktığımızda, en kritik sorunlarını çözmelerine yardımcı olabilir ve sağlıklı yaşam için bir plan geliştirip kullanmaya devam edebiliriz (Bergmann ve Forgash, 2000; Forgash ve Knipe, 2001; Wachtel, 2002)

## EGO DURUM TEORİSİ VE TERAPİSİ

### Tarihçesi

Egoyu üç parçalı olarak tanımlayan Freud'dan, kişiliği birlikten çok bir çokluk olarak gören Jung'a (Schwartz, 1995) ve günümüze kadar devam eden birçok araştırmacı, kişiliğin iç boyutlarını araştırmış ve detaylandırmıştır. Assagioli ve Perls gibi birçoğu, ego durumları teorilerini geliştirmek için psikanalitik teorinin merceğini kullanmıştır (Schwartz, 1995). Janet (1919/1925) ilk olarak, ayrık fikir sistemlerini ve "gizli kişilik segmentlerini" tanımlamak için "disosiyasyon" terimini kullanmıştır. Federn iki enerjili bir teori geliştirmiştir: Ego ("ben" olarak algılanan) ve nesne ("ben değil" olarak algılanan) yatırımı. Federn, danışanların daha fazla ego enerjisi geliştirmelerine yardımcı olmayı birincil terapötik hedef olarak görmüş ve ego durumları kavramını psikodinamik terapide kullanan ilk kişi olmuştur (Watkins & Watkins, 1997).

John Watkins daha sonra Helen Watkins ile birlikte psikanalizi hipnoterapötik tekniklerle birleştirerek Federn'in ça-

lışmasının daha da detaylandırılması olan bir psikanalitik teori geliştirdi. Çalışmaları kapsamlı bir ego durum teorisinin yanı sıra pratik bir ego durum terapisi üretti. Ego durum terapisinin disosiyatif bozukluklar (Bergmann & Forgash, 1998; Knipe, 2005; Phillips, 1993) dâhil olmak üzere geniş tanı kategorilerinde bir çok danışanla çalışırken büyük fayda sağladığı kanıtlanmış ve EMDR (Forgash) ile birlikte başarıyla kullanılmıştır (2005; Paulsen, 1995).

## Ego Durum Sistemleri

Bir ego durum sistemi, değişen sınırlara sahip düzenli bir davranış ve deneyim sistemi veya bazı ortak ilke etrafında kümelenmiş ve organize edilmiş davranış ve deneyim sendromları olarak tanımlanabilir. Durumlar, olaylar veya sorunlar ile başa çıkmada uyumu geliştirmek için organize edilmiş olabilir.

J. Watkins ve H. Watkins (1979, 1997) çocuklukta ego durumlarının oluşumuna yönelik üç yolu tanımlar: Normal farklılaşma, diğerlerinin anlamlı içe atımı ve disosiyasyonu içeren travmaya verilen tepkiler. Ego durumları koruma ve adaptasyona yönelik normatif işlevlere ve hayal kurma gibi hayâlî yaratıcı işlevlere sahip olabilir. Bununla birlikte çocukluk travmasıyla oluşan ego durumları, mevcut yaşam durumlarında uyumsuz bir şekilde işlev görebilir. Bu yöntemler şimdi ters tepki yapsa bile, varlıklarını ve rollerini ve iç sistemini korumaya çalışabilirler. Bu, organizasyonel sürdürüm teorisine benzer: Hiçbir şirket kendi isteği ile iflas etmez. Ego durumları şu anda var olmaya devam etmek ister ve bazen diğer ego durumlarını ortadan kaldırmak ister ve bazıları da kovulmaktan veya "öldürülmekten" korkar." Jessy Randall'ın aşağıdaki şu şiiri, "Bellek Boşluğunun Baştan Çıkarıcılığı" (2004), bir DP'nin destabilize edici etkilerinden korkan bir GNP'nin ortak arzusunu göstermektedir.

Bir buluşumuz var. Biz
Onu icat ettik. Yaptığın şey,
Unutmak istediğin şeyi bize e-postayla göndermen.
Her ayrıntıyı listele. Tam olarak tarif et.
Biz e-postayı aldığımızda, sileriz.
Biz sadece e-postayı silmeyiz. Konuyu sileriz.
Bu şey hiç yaşanmadı. Katılan hiç kimse
Bunu hatırlamayacak; hikâyeyi duyan hiç kimse
Bunu tekrarlamayacaktır, siz bile
Kendiniz unutacaksınız.
Zaten bunu yaptık.
Şu anda bunu yapıyoruz.

## Ego Durum Terapisi

Ego durum terapisi, ego durum sistemi içindeki semptomları hafifletmek ve çatışmaları iyileştirmek amacıyla ego durumlarına erişmek ve bağlantı kurmak için bireysel, aile ve grup terapisi tekniklerini kullanır (Watkins & Watkins, 1979, 1997). Ego durum terapisini, EMDR ve disosiyatif bozukluklara yönelik müdahalelerle birleştirmenin bir amacı, günümüzün adaptasyonel ihtiyaçlarını karşılamak ve disosiyatif bataklıkları ortadan kaldırmaktır. Danışana kendini ve iç sistemini anlamayı ve çatışma çözümüyle başa çıkmayı öğretmeye güçlü bir vurgu vardır. Ego durum terapisi danışanların içsel sistemleriyle bağlantı geliştirmelerine yardımcı olarak, terapistle (genellikle çocukluktan itibaren karşılanmamış büyük bir ihtiyaç olan) hissedilen empati bağlantısının kurulmasına yardımcı olur ve bireysel ve sistemik ortak bilinci artırır. Ego durum terapisi sıklıkla diğer terapi modelleriyle birleştirilmiştir: Destekleyici, davranışsal, psikanalitik,

bilişsel, varoluşsal ve insancıl, sıklıkla da hipnoz (Phillips, 1993).

Her danışanın ego durum sistemi benzersizdir ve yöntem, terapi görevleri listesine esnek bir şekilde yaklaşılmasını gerektirir. Disosiyatif bozukluk veya kişilik bozukluğu olan bir danışan ile tedavinin erken aşamalarında, danışanın deneyimlediği semptomları hemen rahatlama ihtiyacı hissettiğinde oldukça yakın kalmak birincil derecede önemlidir. Pek çok danışan, terapiste güven tesis edilene kadar (yani bağlanma fobisi aşılana kadar) veya sistemin bir kısmı terapide bir miktar rahatlama deneyimleyene kadar tüm sistemi açıklamayacaktır. Bazen ego durum çalışmasına formal olmayan bir şekilde yaklaşılabilir ve başlatılabilir. Bir danışan fazlasıyla disosiye olmuş görünmüyorsa, travma çalışmasına daha kısa bir ilk hazırlık aşamasından sonra devam edilebilir. Danışan travmanın işlenmesi sırasında ortaya çıkan bir sıkıntı seviyesi ile belirti verirse, o anda stabilizasyon ve ego durumu müdahaleleri uygulanabilir. Bu karmaşık tanılara sahip olmayan insanlarla ego durumu stratejilerini kullanmanın terapötik çalışmaya zenginlik katması, ego durum terapisinde eğitilmiş birçok terapistin deneyimidir. Tüm danışan kategorilerinde EMDR tedavisinin eklenmesi, sıklıkla, tedavi hedeflerine başarılı bir şekilde ulaşılmasına yol açmaktadır.

## EMDR'YE GİRİŞ

### Adaptif Bilgi İşleme Modeli

DP'de tutulan travma sonrası bellek materyali, bilinçli farkındalıkta aktif olmak için neden hamle yapar? F. Shapiro'nun (2001) Adaptif Bilgi İşleme Modeli teorik bir açıklama ve bir çözüm sunar. EMDR terapi yönteminin temelini oluşturan bu model, rahatsız edici yaşam deneyimlerini artık rahatsız edici olmayan anlatı anılarına dönüştürmek üzere işlev gören, içsel

nörolojik temelli bir bilgi işleme sisteminin varlığını varsaymaktadır. Örneğin bir kişi yolda korkunç görüntülerle bir kaza görebilir. On dakika sonra, bu görüntüler kişinin zihninde hâlâ yanıp sönüyor olabilir, ancak daha sonra kişi kaza hakkında düşünmeye devam ederken, dikkatli bir başka kişiyle konuşur ve belki de bir rüya görür; rahatsız edici görüntüler kaybolur. Öyle ki bir hafta sonra kaza mahallinde araba sürerken çok az rahatsızlık duyar veya hiç duymaz. Kişi olayın sadece bir anlatı anısını tutabilir ve belki de yeni, adaptif bir öğrenmeyi sürdürebilir (yolun bu kısmı üzerinde daha dikkatli süreceğim).

Yetmiş yıl önce Almanya'daki Gestalt öğrenme teorisyenleri (Koffka, 1935) tamamlanmamış algıların tamamlanmasını isteyen nörolojik mekanizmalar olduğunu öne sürdüler. Örneğin, arka arkaya noktalar bir çizgi olarak algılanır ve yarım kalan tanıdık bir şarkı zihinsel olarak tamamlanmaya devam eder. İnsan beyninin doğası gereği geştaltları (bütünün, onu oluşturan parçalardan farklılığını vurgulayan terim) tamamlanmamış parçalardan bütün ve tamamlanmış deneyimleri nasıl aradığına ve yarattığına dair birçok örnek vardır. Bu nedenle DP'deki bellek materyalinin ifade edilmesine yönelik itmenin, tamamlanmaya yönelik nörolojik bir dürtü örneği olduğunu tahmin edebiliriz (beynin içsel bilgi işleme sisteminin aktivasyonunun bir parçası olan bir dürtü, travmayı yeniden yaşayan ve normal bir anlatı belleği olarak tamamlanmayı arayan bir DP).

## Hedefler ve Mekanizma

EMDR sekiz aşamalı tedavi yöntemi olarak (F.Shapiro, 2001), kendilik duygusundaki travma sonrası bölünmeyi çözmek, rahatsız edici travma belleğini normal bir anlatı belleğine dönüştürmek ve deneyimin bir sonucu olarak pozitif, adaptif öğrenme için mevcut olan potansiyeli geliştirmek için tasarlan-

mıştır. Francine Shapiro, EMDR yönteminin temel unsurunun bir yandan güvenlik, mevcut ana yönelim ve bir ustalık duygusu, diğer yandan travmatik yeniden yaşama arasındaki ikili dikkat veya ortak bilinç olduğunu varsaymıştır. Eğer bir kişi mevcut andaki güvenliğe yönelimi sürdürürken aynı anda travmatik anıyı aktive edebilir ve ardından iki taraflı sağ-sol duyusal uyarıma katılabilirse bu bellek materyalinin adaptif işlenmesi büyük ölçüde kolaylaştırılır.

On yediden fazla klinik çalışmada EMDR'nin TSSB semptomlarını hızlıca çözmede oldukça etkili olduğu gösterilmiştir (Maxfield & Hyer, 2002). EMDR'nin aynı etkinlikle küçük travmatik anıları çözebileceği de gösterilmiştir (Wilson, Becker ve Tinker, 1995, 1997). Rahatsız edici anılar neredeyse tüm DSM-IV tanı kategorileri için klinik tablonun bir parçası olduğundan, çeşitli yöntemleri olan bir terapist için bu önemli bir buluştur.

## EMDR'NİN SEKİZ AŞAMASI

Sekiz aşamalı EMDR yöntemi, rahatsız edici yaşam deneyiminden kaynaklanan birçok durumda kapsamlı bir şekilde uygulanabilir. EMDR aşamalarına genel bir bakış aşağıdadır.

***1. Aşama: Öykü Alma ve Tedaviyi Planlama:*** Bu aşama, yalnızca psikoterapiye girişin olağan prosedürlerini (ilişki kurma, danışan hedeflerini belirleme, ruhsal durum muayenesi yapma, danışanın savunmalarını ve nesne ilişkileri modellerini değerlendirme) değil, aynı zamanda danışanın EMDR tedavisine hazır olup olmadığının değerlendirilmesini ve terapinin odak noktası olacak, danışanın geçmiş, şimdiki zaman ve gelecekteki olayların belirli bir tanımlamasını içerir.

***2. Aşama: Hazırlık:*** Bu aşama disosiyatif ego durumları olan

danışanların tedavisinde çok önemlidir. İçsel kaynakları veya ego güçleri olmayan veya duygu ve beden hislerini tanımlayamayan danışanlarla travma işlemeye hazırlığın geliştirilmesi aşamasında, EMDR travma protokolünün tamamının hazırlıksız bir şekilde uygulanması, travmatik anıları tetikleyebilir, danışanı destabilize edebilir veya başarısızlık, hayal kırıklığı ve gerileme duyguları üretebilir. Bu tür danışanlarda hazırlık aşamasını stabilize etmek ve geliştirmek için genellikle alternatif stratejilere ihtiyaç vardır. Bu danışanların çoğu kendini zaten "tedavi başarısızlığı" olarak deneyimlemektedir ve tedaviyi erken bırakabilir. Tüm danışanlar için terapistin ele alması gereken birkaç hazırlık hedefi vardır. (1) Danışanın terapiste güvenmesini ve karşılığında terapide ortaya çıkan sorunları doğru bir şekilde tartışacağına güvenilebilmesini sağlamak; (2) danışana, EMDR sürecini anlamak için kavramsal bir çerçeve ve yardımcı olabilecek belirli metaforlar vermek; (3) danışanı çift yönlü uyarımın farklı biçimleriyle tanıştırmak.

Buna ek olarak hazırlık aşamasında danışanlara "Dur!" anlamına gelen bir el işareti öğretilir. Birçok danışan bu el işaretini asla kullanmaz, ancak terapistin danışanına bunu yapabileceği mesajını vermesi, terapi sürecini güçlendirir ve danışanlara terapi süreci üzerinde kontrol hissi verir. Benzer şekilde danışanların farkında olduğu fakat terapistin açık olarak algılayamadığı, devam eden üretken işleme durumları için "Devam et!" anlamına gelen el işareti öğretilebilir.

Tek olaylı travma için tedavi gören ve disosiyasyona karşı özellikle savunmasız olmayan danışanlar genellikle bu hazırlık prosedürlerini yalnızca bir veya iki seansta tamamlayabilirler. Buna karşın şiddetli travma öyküleri ve disosiye olmuş bir ego durumu yapısıyla terapiye gelen danışanların EMDR sürecine hazırlık için genellikle aylara ve bazı durumlarda bir yıldan daha fazla bir süreye ihtiyacı olacaktır. Bu hazırlık aşamasının en

önemli tarafı, danışanın şimdiki zamandaki güvenliğine yönelimi, yani hem geçmişe hem de bugüne "çifte dikkat"i sürdürürken, travmatik materyale erişebilmek için yeterli duygu düzenleme becerisine sahip olmasını sağlamaktır.

Duyguları yönetme becerisi ve beraberinde gelen bu duygular üzerindeki hâkimiyet duygusu, danışanın şimdiki zamanın ve geçmişteki çözülmemiş travmatik materyalin güvenliğine eşzamanlı farkındalığını sürdürme becerisinde çok önemli unsurlardır. Bu, pek çok disosiyatif danışanın sahip olmadığı bir beceri olduğu için, bu tür danışanlarla bunun üzerinde uzatılmış bir şekilde, belki de nispeten uzun bir süre boyunca çalışmak gereklidir. Disosiyatif hastalara bu şekilde yardım etme prosedürleri bu kitabın diğer bölümleri boyunca da anlatılmıştır.

***3. Aşama: Değerlendirme:*** Danışan yeterli bir ikili dikkat odağını sürdürebildiğinde, değerlendirmeye başlanabilir. Bu aşamada, yaşanmış travmatik deneyimle ilgili bileşenler (temsîlî bir görsel imge ve ilişkili sesler, duygular, fiziksel duyumlar ve bilişler) belirlenir ve terapinin etkinliğini incelemek için bir temel sağlamak amacıyla temel ölçekler alınır. Bu değerlendirme aşamasının bir parçası olarak danışan, bu travmatik deneyimin en kötü kısmı ile ilişkili olan kendiliği ile ilgili olumsuz bir düşünce, inanç veya tutum olan negatif kognisyonu (NK) tanımlar. Bu aşamada tanımlanan pozitif kognisyon (PK), belirli bir travma için başarılı bir tedavinin sonunda danışan tarafından tercih edilecek olan kendiliği ile ilgili söylemek ya da inanmak isteği hedef inançtır.

Francine Shapiro'nun eşsiz katkılarından biri, travmatik hafızaya bilinçli olarak erişilirken, pozitif kognisyona olan inancın danışan tarafından 1-7 arasında anlamsal olarak kademeli bir şekilde derecelendirilmesi olan (pozitif) Kognisyonun Geçerliliği (VOC) ölçeğidir.

Ayrıca bu aşamada, danışandan, Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeğini (SUD) kullanarak duygusal rahatsızlık derecesini bildirmesi istenir. Amaç genellikle travmatik bir deneyimin işlenmesinin sonunda SUD puanının sıfıra düşmesidir. VOC ve SUD prosedürleri danışanın problemi için bir başlangıç çizgisi sağlar ve devam eden süreçte tedavinin etkinliğinin ölçülmesinde kullanılabilir.

***4. Aşama: Duyarsızlaştırma:*** Bu, işlevsiz olarak depolanan travma belleğinin tüm ögelerine (sadece olumsuz duygulanım değil) erişildiği ve çift yönlü uyarım setleri kullanılarak (göz hareketleri, değişen sesler, değişen el dokunuşları) travma belleğinin artık rahatsız edici olmayan normal bir anlatı belleğine dönüştüğü terapi aşamasıdır. Dolayısıyla bu, aynı zamanda yeniden işleme aşamasıdır.

***5. Aşama: Yerleştirme:*** Bu aşama travma sonucu oluşan rahatsızlık tatmin edici bir şekilde çözüldükten sonra gerçekleşir. Danışanın travmatik olayla ilişkilendirdiği konularla ilgili özel pozitif kognisyonların "hissedilen gerçeği"ni güçlendirerek iyileştirme çalışmasına devam etmek için iki taraflı uyarımın kullanılmasını içerir.

***6. Aşama: Beden Tarama:*** Travmadan kaynaklanan tüm fiziksel rezonansın yeniden işlenmesini sağlamak için bir vücut taraması kullanılır.

***7.Aşama: Kapanış:*** Kapanış aşaması her EMDR oturumunun sonunda gerçekleşir. Belirli travmatik anının o oturumda tamamen işlenmiş olup olmadığına bakılmaksızın, oturum tamamlandıktan sonra bile danışanın EMDR çalışmasını olumlu bir şekilde deneyimlemeye devam etmesini sağlayacak prosedürleri içerir.

***8. Aşama: Yeniden Değerlendirme:*** Bu son adım, önceki yedi aşamayı takip eden oturum sırasında gerçekleşir. Amacı, ilerle-

menin sürdürülüp sürdürülmediğini değerlendirmek ve ilave işlemenin odak noktası olabilecek, oturumlar arasında ek rahatsız edici bilgilerin ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemektir. Yeniden değerlendirme daha sonra kişinin terapi süreci boyunca devam eder. Yani terapist, önceden işlenmiş travmaların çözülüp çözülmediğinden emin olmak için bu şekilde periyodik olarak kontrol eder. Tam bir EMDR tedavisi süreci, yalnızca danışanın sorununun kaynağı olan geçmişin travmatik olaylarını çözmeyi değil, aynı zamanda mevcut tetikleyicileri ve beklenen gelecekteki olayları da hedeflemeyi içerir. Böylece bireye, kendisini başlangıçta terapi aramaya yönlendiren semptomlardan bağımsız olarak yaşamda ilerleme yetkinliği verilmiş olur.

## DİSOSİYATİF DANIŞANLARDA EMDR KULLANIMI İLE İLGİLİ OLASI SORUNLAR

Yukarıda belirtildiği gibi disosiyasyona karşı savunmasız olan danışanlarda, standart EMDR prosedürleri ek önlemler almadan kullanılırsa ortaya çıkabilecek potansiyel sorunlar vardır. En sık karşılaşılan sorun işlemin engellenmesi ve danışanın "Hiçbir şey farklı değil. Bunun yardımı olmuyor!" şeklindeki şikâyetlerdir. Danışan için cesaret kırıcı olabilecek bu sonuç, işlemeyi deneyen bir ego durumuna bir başka ego durumunun karşı çıktığının bir göstergesi olabilir.

Bu karşıtlıklar, terapinin belirlenen hedefleri ile ilgili bir fark, bir iç anlaşmazlık nedeniyle olabilir. Örneğin, kişiliğin bir parçası daha iddialı olmayı öğrenmek isteyebilir, diğeri ise iddialı olmanın bir ilişkinin potansiyel kaybına yol açacağı korkusuyla bu hedefe karşı çıkabilir. Başka bir örnek vermek gerekirse, bağımlılığı olan bireylerle yaygın bir çatışma, ayıklıkla ilgili kararsızlıktır. Genellikle bu çatışma, maddeyi bırakmak isteyen bir

ego durumu ile bağımlılık yapıcı davranışı sürdürmek için güçlü dürtüleri olan bir başka ego durumu arasındadır. DKB'li danışanlarda sıklıkla meydana gelen çok tehlikeli bir çatışma da yaşamak ve hayattan zevk almayı öğrenmek isteyen ego durumları ile intihara meyilli ego durumları arasındadır.

Tüm bu durumlar için terapist ve danışan genel terapi hedeflerini dikkatlice tanımlamalı ve gerektiğinde farklı ego durumlarıyla ayrı sözleşmeler yapmalıdır. Elbette her durumda intihara meyilli ego durumları kendi kendine zarar verici dürtülerini kontrol altına almalı veya güvenliği sağlamak için intihar durumunu izleyecek diğer ego durumlarının kontrolüne boyun eğmelidir. Bir başka önemli endişe, disosiyatif hastaların disosiyatif abreaksiyona, yani GNP'nin gerçeklik yöneliminin bozulmasına veya kaybolmasına neden olacak kadar yoğun olan DP duygulanımının intrüzyonuna maruz kalma olasılığının daha yüksek olmasıdır. 1999 yılında Türkiye'deki Marmara depremi felaketinin ardından, kâr amacı gütmeyen gönüllü bir kuruluş olan EMDR HAP (İnsani Yardım Programları), sahada klinikler kurmak ve mağdurları tedavi eden Türk terapistlere eğitim vermek için aralarında Jim Knipe'ın da bulunduğu EMDR eğitimli terapistlerden oluşan bir ekibi oraya gönderdi. Depremi yaşamış bir kadın, depremin başlamasından hemen önceki ve hemen sonraki anlarına dair anılarından çok sıkıntı duyduğunu ama depremin kendisi için tamamen amnezik olduğunu ifade etmişti. Terapinin başında şunları söyledi: "Deprem, hayatımdan eksik olan kırk üç saniye." Bu disosiyasyon belirtisine rağmen, EMDR standart prosedürleri depremden önce hatırlanan görüntülerde kullanıldı ve yaklaşık kırk beş dakika boyunca duygulanım seviyesi 10'dan (en çok rahatsızlık) seviye 1'e gitti. Bu noktada kendisine standart bir EMDR sorusu soruldu. "Sıfır olmaktan ne alıkoyuyor?" ve tüm depremi hatırladı. Rahatsızlığı

10 puanlık seviyeye kadar yükseldi, ancak tedavi ofisinin güvenliğine yönelimini koruyabildi ve rahatsızlığı sıfıra düşene kadar işleme prosedürlerine devam edebildi. Danışan bu sonuçtan çok memnun kalsa da bu, klinisyenin istediği yol değildir. Rahatsızlığın tedavi sırasında giderek azalacağını umarız, ancak gerçekten artması da mümkündür.

Bu nedenle disosiyatif semptomlar gösteren danışanlarla yüksek düzeyde etkilenme olasılığını önceden görüşmek ve uygun önlemleri almak gereklidir. Bu önlemler spesifik olarak, travma çalışmasından önce danışanın mevcut yönelimini ve tehdit edici anı karşısında güvenlik ve üstünlük duygusunu güçlendirmek için gereklidir. Bu genellikle uzun bir hazırlık aşamasıyla ve duyarsızlaştırma aşaması sırasında duygusal güvenliği sürdürmek için ek prosedürlerle gerçekleştirilir.

## KOMPLEKS TRAVMALI DANIŞANLARLA ÇALIŞMANIN ÖZGÜN ZORLUKLARI

### İzole Ego Durumlarına ve Parçalanmış Anılara Erişim

Ego durumları (hem kişiliğin görünüşte normal parçasını oluşturan hem de travmatik deneyimden kaynaklananlar) aslında fiziksel olarak ayrı nörolojik ağlar olarak kavramsallaştırılabilir (Paulsen, 1995). Bu görüşü destekleyerek, DKB teşhisi konmuş kişilerin, bir travma anısına erişirken (yani bir travma senaryosunu dinlerken) GNP'de bu travma ile ilgili DP'nin aksine, farklı nörolojik aktivasyon kalıplarına (Pozitron Emisyon Tomografisi ekranlarında gösterildiği gibi) sahip oldukları gösterilmiştir (Simone Reinders ve diğerleri, 2006; van der Hart ve diğerleri, 2006).

Farklı bellek depolama konumlarının bu ayrımının adaptif bir nedenden dolayı gerçekleştiğini tahmin edebiliriz: Farkındalığın parçalanması yoluyla kişiyi ezici duygulanımın dehşetinden ve tam bilişsel düzensizlikten korumak. Terapinin sonraki aşamalarında olan bir danışan bunu şu şekilde tanımladı: "Seçme şansım vardı: Ya kendi duygularımı reddedip normal görünmeye çalışmak ya da tamamen delirmek. Vücudumu terk etmeyi ve tavana çıkmayı öğrendim, böylece delirmek zorunda kalmadım." Patolojik disosiyasyon bu şekilde başlarsa ve eğer çocuğun çevresindeki travmatik stres devam ederse, bilinçliliğin devam eden parçalanması giderek daha da güçlenir. En uç noktada bu süreç birbirinden izole ve erişilemez olan farklı kişilik parçalarıyla sonuçlanır.

Disosiyasyonun spesifik nörolojik mekanizmaları henüz net değildir ve travmatik bellek materyalinin işlevsiz olarak depolanmış parçalara ayrılmasına birden fazla süreç neden olabilir. Geleneksel olarak disosiyasyon, kişinin dikkatinin basitçe bastırıldığı ve bunun sonucunda kafa karışıklığı ve yönelim bozukluğunun ortaya çıktığı pasif "yatay" bir süreç (Hilgard, 1977) olarak kavramsallaştırılmıştır. Aksine represyon (bastırma), bir şekilde kendiliği tehdit eden bellek materyalini bilinçten uzaklaştırmaya yarayan aktif "dikey" bir süreç olarak düşünülür. Anderson ve ark. (2004) represyon modelinin geçerliliği için bir kanıt sağlamıştır. Klinik olmayan bir popülasyonla fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile yaptıkları çalışmanın sonuçları, önceden öğrenilmiş bir hafıza görevini unutmak için sosyal etkinin, prefrontal kortikal bölgelerde artmış aktivasyon ve hipokampal aktivitede azalma ile giden nörolojik bir patern ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Dahası, unutma talimatı verilen denekler daha sonra test edildiğinde, geri çağırma belleğinde kontrollere göre anlamlı bir kayıp göstermiştir.

Bununla birlikte sezgisel olarak, disosiyasyonun aktif unutmadan farklı bir süreç olarak var olduğu görülmektedir. Hepimiz dikkat odağını başka yönlere değil, iç ve dış çevremizin belirli yönlerine yansıtırız. Örneğin çoğu insan ayaklarının dibindeki duyumlar hakkında sürekli bir farkındalığa sahip değildir ve yine de bu duyumlara kolayca erişilebilir. Ayrı, disosiyatif ego durumlarının oluşturulması hem respresyon hem de disosiyasyon süreçlerinin bir sonucu olabilir.

## Şimdiki Zamanda Güvenliğe ve Ana Odaklanmayı Arttırmak

Bir danışandan rahatsız edici bir anıya erişmesini istediğimizde, danışandan bu ayrılmış olan anıyı yeniden ilişkilendirmesini talep ediyoruz ve bu ancak kişi bunu ikili dikkati sürdürürken yapabiliyorsa terapötik olabilir. Bu ikili dikkat hem şimdiki zamana yönelim ve güvenliğin sinir ağlarının hem de rahatsız edici belleği tutan ağların eşzamanlı aktivasyonu ile mümkündür. Başlangıçta pek çok disosiyatif danışan için bu, tam olarak yapamayacakları bir şeydir; çünkü pozitif ağlar yoktur veya zayıftır ya da travma sonrası bellek ağı intrüziv ve güçlüdür. Bu nedenle bu danışanlar için EMDR hazırlık aşaması vurgulanmalı ve dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Bu nedenle bu danışanlar için EMDR'nin hazırlık aşaması, kişinin şimdiki zamanda güvenlik, güçlülük ve bellek materyali üzerindeki hâkimiyet kaynaklarına erişimini arttırmak için vurgulanmalı ve dikkatlice uygulanmalıdır.

Hazırlık sırasında, GNP işleyişinin birçok yönü için hissedilen olumlu duygu hissini arttırmak için iki taraflı uyarım kullanmak çok yararlıdır (Kiessling, 2003; Leeds, 2002). Bazı danışanlar için (örneğin, başka birine güvenme ya da güvende hissetme gibi bir yaşam deneyimi yaşamamış olanlar için) bu hazırlık süreci karmaşık olabilir ve birçok terapi seansına yayılabilir.

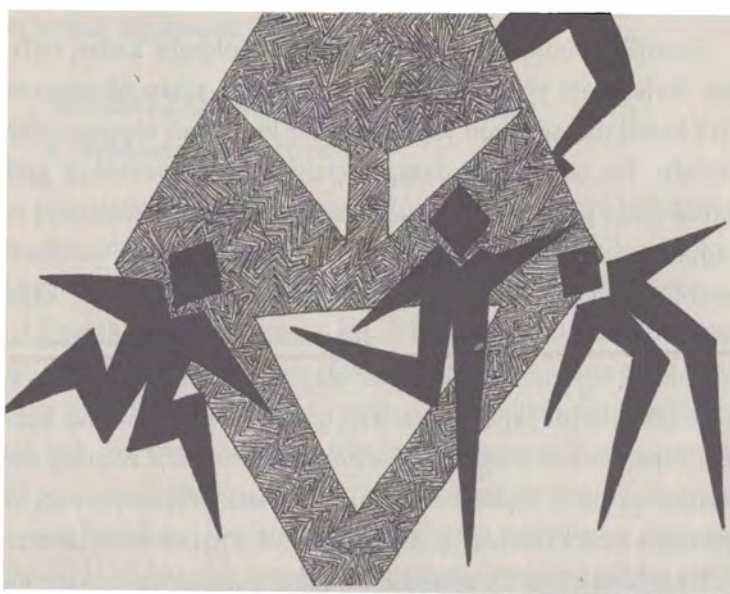
Terapiste güven tesis edebilen disosiyatif danışanlar için bile bazen ikili dikkati başarmak zor olabilir. Duygusal güvenliği sürdürmede ek ve bazen çok önemli bir unsur, "bilişsel olarak liderlik etmektir" (Fine, 1995). Bir başka deyişle travma işlemede beklenen adımların net bir bilişsel anlayışı, danışan için potansiyel olarak bir temel oluşturur ve bu anlayışın hem sözlü hem de görsel olması yardımcı olur.

Spesifik olarak danışanların mümkün olduğu kadar, tedavinin ilerleyeceği yol hakkında net bir algıya sahip olmaları ve ayrıca kendi disosiyasyon yapılarının bir haritasını oluşturmaları yararlıdır. Bu bölümdeki danışan çizimlerinde görüldüğü gibi, sanatsal ifade genellikle danışanların ego durum sistemlerini ve yaşadıkları travmaları tanımlamasına ve anlamasına yardımcı olur (bk. Şekil 1.1–1.11, s. 25–34). Terapistler ofislerinde kâğıt ve renkli işaretleme kalemleri bulundururlar, böylece danışanlar genel olarak veya belirli travmatik olaylar bağlamında iç dünyalarının çizimlerini yapabilirler. Bu çizimlerin her biri, tüm kendiliğe genel bir bakış sağlamak ve böylece daha önce kopmuş deneyimleri yeniden ilişkilendirmenin yanı sıra bilişsel bir yapı ve hatta daha sonra travmatik anılara güvenli erişimi kolaylaştıran bir dil sağlamak için ilk adımdır. Bu şekilde anılar daha rahat bir şekilde tam olarak ilişkilendirilebilir, işlenebilir ve kişinin yaşam öyküsüne uygun şekilde yerleştirilebilir.

## Kaçınma Savunmalarının Üstesinden Gelebilme

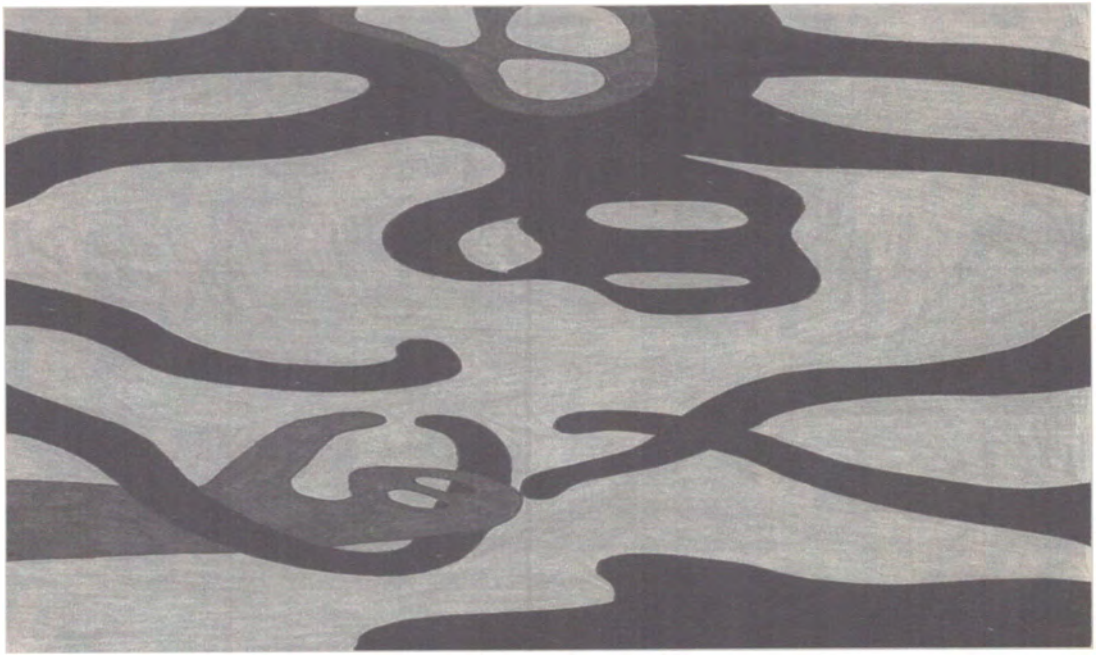
Bazı danışanlar, travmalarının tedavileri için yoğun motivasyona sahip olmalarına rağmen aynı derecede de travmatik olayların anılarına yönelik kaçınma dürtülerine sahiptir. Bu durumlarda kişinin kaçınma savunması çözümlenmemiş malzemeye erişimde en iyi nokta olabilir (Knipe, 1995, 2005). Terapist, kaçınmayı sürdüren duygulanıma odaklanan sorular sorabilir ki

bunlar, travmatik intrüzyonun denge bozucu etkileri olduğunda ortaya çıkan, sınırlama ve rahatlamadan başarıyla kaçınılan duygulardır. Bu metotla danışan, altta yatan travmatik materyal işlenirken kaçınma savunmasını sürdürebilir. Savunma ile ilgili olumlu tesiri hedefleyen bu prosedür, ciddi travmatize olmuş danışanlardan oluşan daha geniş bir grup için uygun EMDR prosedürünün tedavi edici etkilerini yürütebilir.



ŞEKİL 1.1 Çocukluk döneminde bir dizi fail tarafından cinsel tacize uğramış olan Kompleks-TSSB tanılı bir kadın olan Jackie tarafından oluşturulan sekizli çizim serisinin ilki.

Bu çizim, babasının çocukları cinsel istismar amacıyla "zapt ettiğini" gösteren bir flaşbek (geçmişe dönüş) epizotudur. Bu sahnede annesi olay yerinden kaçmaktadır.



ŞEKİL 1.2 Jackie'nin babası (solda) onu yılan gibi kollarıyla kapana kıstırıyor. Jackie'nin annesi kızına yapılan kötülüğü görmeyen tıpkı gizli bir siluet gibi orada (en sağda). Dehşete kapılmış çocuk, korumasız bırakılır.



ŞEKİL 1.3 Jackie'nin ailesindeki işlevsiz bağlar. Kalp şekli aile bağlarını temsil ediyor ama gerçekte korkutucu ve Jackie onların içinde hapsolmuş durumdadır. Babası ona kötü bir niyetle bakarken annesi bir kez daha Jackie'nin istismarını görmekten kaçar. Onun tek kaçışı olduğu için Jackie kendini disosiye durumunda çizer.



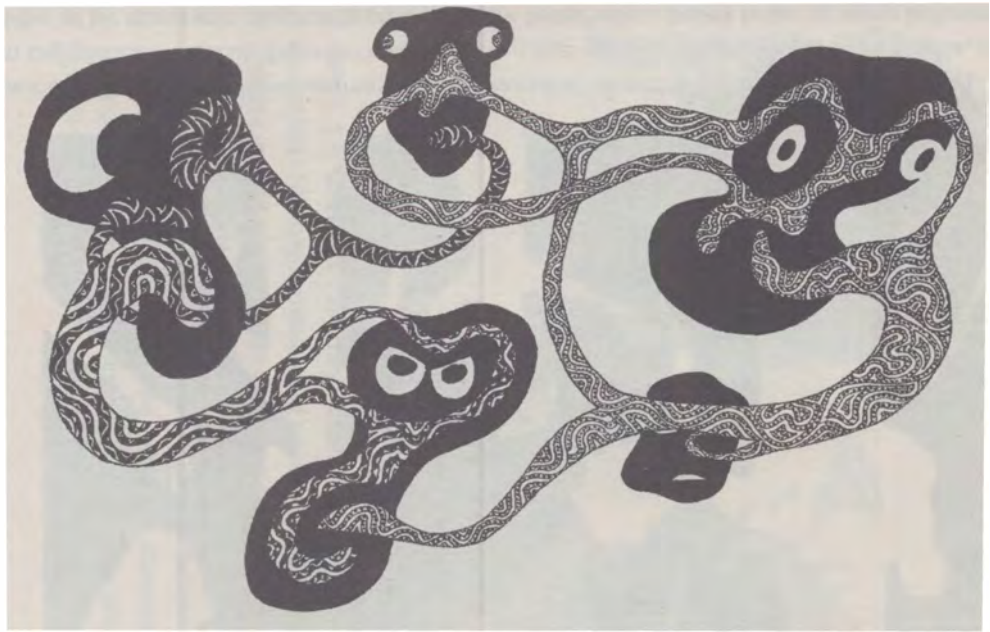
ŞEKİL 1.4 Jackie'nin parçalanmış içsel ailesi. Uzanan el tarafından (sol üst) temsil edilen Jackie, ayrışmış ego durumlarıyla bağlantı kurmada acizdir.



ŞEKİL 1.5 Jackie bir korku, utanç ve yalnızlık kabuğuna hapsolmuştur. Annesi (sağda) ve babası (solda) ondan yürüyerek uzaklaşıyor, ona herhangi bir koruma ya da konfor sağlamadan ayrılıyorlar. Bu çizim Jackie'nin kendi çocuk ego durumu için empatisini göstermektedir.



ŞEKİL 1.6 Jackie'nin utanmış, izole edilmiş kendiliği. Kendiliğinin özünde utancını temsil eden bir kara delik var. Gerçeği maskeleyen bir dış görünüş, utancın üstünü kaplamaktadır. Jackie, acısına karşı kendini uyuştururken gözleri disosiyasyon ile donuk.



ŞEKİL 1.7 Jackie'nin ego durum çalışma aşamasının başlangıcındaki ego durumu sisteminin tasviridir. Kendi ego durumu hakkında şöyle söyledi: "Onları kabullenmek istemiyorum ve onlar da benimle konuşmak istemiyor." Bu çizimde içsel ailesini oldukça olumsuz, kaçamayacağı, karışık, kaotik bir ağ olarak tasvir ediyor. İç dünyasından korkusu açık.



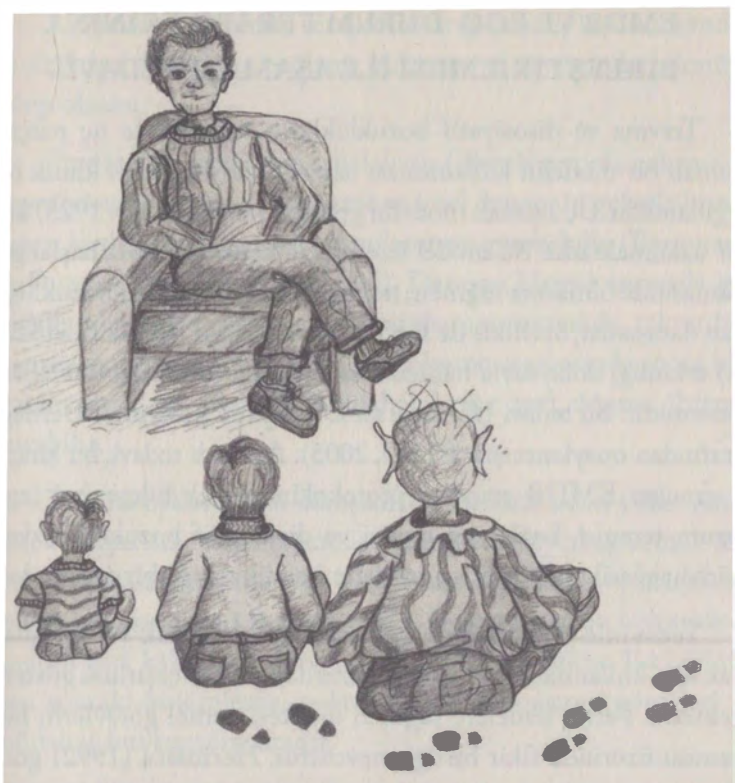
ŞEKİL 1.8 Jackie'nin tedavisinin ikinci aşamasında ego durumu sistemini tasviri (travma çalışması). Bulgularda sistem değişiklikleri mevcut: Diğerleri hâlâ ayrışırken bazı parçalar ulaşmaya çabalıyor. Sağda, onun iç âleminde daha iyi bir ebeveynin oluşmakta olduğu hissini temsil eden, bebek tutan bir anne bulunmakta.



ŞEKİL 1.9 Kompleks-TSSB tanılı danışan Jennifer'in ego durum çizimi (diyalog içeren bir dizi görsel). Wee Seamus, terapistine önemli bir sırrı açığa çıkarmayı deniyor. Loony Tune, Wee Seamus'u dönüşümlü olarak koruyan ve istismar eden ve Wee Seamus'un konuşmasını önlemeye çalışan absürd bir palyaçodur. Terapist birbirine zıt iki ego durumunun ortaya çıktığı bu klinik tablo nedeniyle telaşlanmış gibi görünmektedir.



ŞEKİL 1.10 Sırrını açığa çıkarması sonucunda, Jennifer'in tasviri. Loony Tune, gerçeği gizleme talimatına uymadığı için Wee Seamus'a morarmış bir göz verir.



ŞEKİL 1.11 Jennifer'in giderek artan ego-bütünleşmesi çizimi. Jennifer, ego durumu merkezinde ortada oturmakta olan, terapist ve diğer ego durumları arasında arabuluculuk yaparak doğrudan konuşmaktadır.

## EMDR VE EGO-DURUM TERAPİLERİNİN BİRLEŞTİRİLMESİ İLE AŞAMALI TEDAVİ

Travma ve disosiyatif bozuklukların tedavisinde üç parçalı aşamalı bir modelin kullanılması uzun süredir var olan klinik bir uygulamadır. Üç aşamalı modelin gelişimi Janet'e (1919-1925) kadar uzanmaktadır. Bu model üzerinde araştırma henüz başlangıç aşamasında olmasına rağmen, travmatize ve disosiyatif bozukluğu olan danışanlar, özellikle de DKB'de (Disosiyatif Kimlik Bozukluğu) etkinliği dolayısıyla hâlihazırda kullanılan standart müdahale yöntemidir. Bu tedavi Uluslararası Disosiyatif Araştırma Derneği tarafından onaylanmıştır (ISSD, 2005). Aşamalı tedavi, bu kitapta sunulan EMDR standart protokolünü ve ek bileşenleri (ego durum terapisi, bağlanma teorisi ve disosiyatif bozukluk tedavi müdahaleleri) entegre eden modelin kendine özgü bir unsurudur.

Tedavinin üç standart aşamasını adlandırmak ve tanımlamak için kullanılan terminoloji, yazardan yazara çeşitlilik göstermektedir. Farklı ifadelere rağmen merkezî-temel görevlerin her aşaması üzerinde fikir birliği mevcuttur. Herman'a (1992) göre ilk aşamanın görevi güvenliğin sağlanmasıdır; ikinci aşamanın görevleri hatırlama ve yas tutmayla ilgilidir; üçüncüsü aşamanın görevi ise danışanı tekrar hayata bağlamaktır. F. Shapiro'nun (2001) sekiz EMDR aşaması, Herman tarafından açıklanan üç aşamayla kabaca paraleldir. Biz üç aşamayı ve görevlerini tanımlamak için Van der Kolk ve arkadaşları (1996) tarafından kullanılan terminolojiyi benimseyeceğiz:

***1. Aşama:*** Stabilizasyon, danışanların travmaya tepkilerini kontrol etmelerine ve travma çalışmasına hazırlanmalarına yardımcı olmak,

***2. Aşama:*** Travmatik deneyimlerin tanımlanması ve başarıyla işlenmesi,

*3. Aşama:* Çözülme, semptomları giderme, kişinin kendisi ve diğerleri ile tekrar bağlantı kurması ve yaşamında etkinliğe sahip olması.

Pratikte terapötik müdahalelerin (disosiyasyonla çalışma ve süreci yönetme, güven geliştirme ve içsel dengenin geliştirilmesi) bazen birden fazla aşamada uygulanması gerekebilir. (Bergmann & Forgash, 2000; Paulsen, 1995). Danışan birinci aşamada geliştirilen beceriler sonrası, travma çalışması sırasında, tekrar bağ kurma/çözülme aşaması ya da bütünleşme aşamasında sonra bile stabilizasyon ve güvenlik müdahalelerine geri dönme ihtiyacı duyabilir.

Travma öyküsü olan danışanlar genellikle uzun yıllar yanlış tanı ve başarısız tedaviler sonucu tekrar tedaviye başvurmak durumunda kalmaktadırlar. Bu danışanların kapsamlı ve sistematik tedavi yaklaşımlarına ihtiyacı vardır. Bu yaklaşım bu bölümde ve kitabın geri kalanında detaylı olarak açıklanacaktır. Bu bölümden sonraki bölümlerde, tedavinin her aşamasının görevleri ve müdahaleleri sunulmaktadır.

## 1. AŞAMA: (DENGELEME) STABİLİZASYON VE SEMPTOM AZALTMA

Tedavinin bu ilk aşamasındaki önemli terapi görevleri, ego-durum farkındalığının geliştirilmesi, şimdiye uyumun sağlanması ve duygulanım yönetimidir. Danışanların deneyimleri üzerinde ustalık kazanmalarına ve semptomları azaltmalarına, ve aynı zamanda terapi ilişkisi içinde güven ve rahatlık oluşturmalarına yardımcı oluyoruz. 1. aşamanın bir diğer odağı ayrıntılı öykü alınması ve disosiyatif görüşmelere dayalı tanılama ve tedavi planlanmasıdır. Mevcut envanterler arasında, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES; Carlson & Putnam,1993), Disosiyatif

Bozukluk Görüşme Çizelgesi (DDIS; Rosset al., 1989), Disosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DSM-III-R) (SCID-D; Steinberg, Rounsaville, & Cicchetti, 1990) ve Çok Boyutlu Disosiyasyon Envanteri (MID; Dell, 2006) bulunmaktadır.

1. aşamadaki EMDR çalışması öykü alınması, hazırlık ve EMDR kavram ve prosedürlerinin tanıtılmasını içermektedir. İkincisi, danışan stabil (dengeli) hale geldiğinde tanıtılacaktır. Hayat devam ederken danışanlar her bir aşama ile mücadele etmektedir. Danışanları bunaltmamak (seans içinde ve dışında), aşırı yüklenmeyi önlemek ve sahip olunan fonksiyonları geliştirmek üzere yardımcı olmak önemlidir. İçsel sistemin geliştirilmesine başlamak bu aşamanın önemli hedefidir. Bir danışan bu çalışmayı "çocukluk çağının ikinci kursu" olarak adlandırdı. Travma ve disosiyasyon mirasının bir kısmı sadece bağlanma ile ilgili sorunlar değil aynı zamanda kişisel ve kişiler arası becerilerin eksikliğidir. Çoğu danışanımız yetişkin yaşamlarında plansız bir şekilde çalışmaya çalıştıklarını anlatmaktadır. Hazırlık aşamasını uzatmak, travma veya tutarsız aile hayatı gibi nedenlerle devre dışı kalan ve yıkılan yapıların inşa edilmesi için zaman kazandırmaktadır.

Burada belirtilen ego durum çalışması ve disosiyatif bozukluk müdahaleleri her bir danışana göre ayrı ayrı düzenlenmiş olmalıdır. Sonuç olarak danışan uzatılmış bir hazırlık aşaması sayesinde travmatik materyal ile daha güvenli bir şekilde mücadele edebilecektir. Bu da şimdiki yaşamda etkililiğin ve kontrolün artmasını sağlayabilir. Etkili öğreticiler olabilmek için her bireyin kendisine özgü öğrenme biçimlerini tanımlamamız gerekir. Bazıları görsel, diğerleri dokunsal ya da işitseldir, diğerleri ise bunların bir kombinasyonudur. Belirli müdahalelerin, ego durumu kavramlarının ve EMDR ile ilgili bilgilerin tanıtılmasında zamanlama mantıklı bir şekilde yapılmalıdır.

## Psikoeğitim

Psikoeğitim yaklaşımı -danışanlara semptomlarını ve bunları nasıl çözebileceklerini öğretmek- stabilizasyon için düzenli bir ortam oluşturacaktır (Bergmann & Forgash, 1998; J. Chu, 1998). Bilgi ile donanımlı olmak danışanlara çözüm için umut verir. Danışanların kendilerine ne olduğunu anlamalarına yardımcı olmak için bir yol bulmada sıklıkla zorlanırız. TSSB ve disosiyasyon semptomları genellikle korkutucu ve kafa karıştırıcıdır. Birçok danışan travma ve istismar hakkında yavaş ve dikkatli dozlarda bilgiye ihtiyaç duyar. Kolayca tetiklenirler. Birçoğu semptomlarının açıklamalarını duyduğunda, "Benim çoklu olduğumu mu söylüyorsun?" diye şaşkınlığını ifade eder.

TSSB tanılı danışanlar yüksek düzeyde kaygı deneyimlemektedirler. Semptomlar ve tedavi hakkında bilgilendirildiklerinde kaygıları azalabilir ve tedaviden alacakları yarar maksimuma çıkarabilir:

Travma nedir, bedeni ve zihni nasıl etkiler?

Disosiyasyon nedir?

Travmaya tepki olarak kişiliğin farklı kısımları nasıl ortaya çıkıyor?

Kaygı kontrolü için stratejiler.

Tedavi süreci nasıl olacak?

Problemleri ve semptomları görselleştirmek ve analojiyi (benzerlikleri) kullanarak normalleştirmek yararlı olacaktır. Ego durumları kavramı, travmatik deneyimlerden kaynaklanan kişilik parçalarını gösteren harita gibi bir görsel ile tanıtılabilir. Danışana, disosiyasyon deneyimlerini bir yumurta kabuğu içinde görselleştirmesi yardımcı olabilir. Kabuk asla yarı geçirgenlikten

fazla değildir. Bir yumurta, kabuğuyla kaynatıldığında dışarıya bir miktar malzeme sızar. Teknik olarak tam doğru olmasa da bu görüntü, danışanın flaşbek intrüzyonların nasıl hissettirdiğini açıklamasına yardımcı olur.

## Öykü Alma

Karmaşık vakalarda bir veya iki seansta tüm öyküyü almak mümkün değildir. Öykü alma, danışanın durumuna, rahatlığına göre diğer seanslara genişletilerek planlanmalıdır. Öykü, detaylı bir şekilde alınmalıdır, fakat danışana göre yapılandırılmalı ve hızı mümkün olduğunca danışanı tetiklemeyecek düzeyde olmalıdır. Terapistin empatiyle ve düşünceli olarak sorgulaması son derece önemlidir. Öykü, danışanın geçmiş ve şimdiki deneyimleri dâhil edilerek alınmalıdır:

***1. Güncel konular:*** Fiziksel ve ruhsal sağlık konuları -mevcut durumdaki TSSB semptomları, depresyon, kaygı ve disosiyatif semptomlar; mevcut stresörler ve tetikleyiciler; güncel aile, arkadaş, iş arkadaşı ve dînî destekleri.

***2. Gelişimsel öykü:*** Aile öyküsü, aile bağlanma stilleri ve evdeki durumları içeren erken çocukluk, hem danışan hem de aile bireylerinin erken çocukluktan başlayan fiziksel ve duygusal tam sağlık öyküsü (örneğin, annenin hamilelikte fiziksel ve duygusal sağlığı); danışan ve ailenin kompulsif bozuklukları; erken dönem kayıpları.

***3. Travma öyküsü:*** Zamanla, travma geçmişini, erken kayıpları ve diğer durumları içerebilen travmatik deneyimler (sağlık sorunları dâhil), küçük-t (üstesinden gelmenin nispeten kolay olduğu) travma kümeleri, kişiler arası ilişkiler, sevememe, yalıtılmış hissetme, kendilik parçalanması, kronik stres tepkileri ve disosiyatif semptomların erken dönem

bildirimlerini keşfetmede güvenli yolları içermektedir. Danışanın yaşamında güçlü yönlerine ve kaynaklarına bakmak önemlidir. Çünkü danışanların sadece sorunlar ve semptomlar yığını olmadıklarını bilme ihtiyacı vardır. Ek olarak, danışan, tedavi sırasında bu olumlu özellikleri kullanmaya teşvik edilecektir.

Genogramlar ve zaman çizelgesi, önemli aile ilişkileri ve kritik olayların öykülerinin alınmasına yardımcı somut araçlardır.

Öykü alma hızını her zaman danışanın şimdiki zamanda kalma yeteneğine göre ayarlayın. Danışanın, bir oturum sırasında katkıda bulunmak istediği bilgi miktarının onun kontrolünde olduğunu açık bir şekilde belirtin. Zaman yerine konforun önemine odaklanın. Gerektiğinde mola verin.

Ne yazık ki danışanın yakın zamanda meydana gelen bir travma veya büyük bir travmatik olay (Tip 1 travma) hakkındaki tam öyküsünü ortaya çıkarmak zor veya imkânsız olabilir. Bu durumda dikkatli olunmalıdır. Çünkü terapist büyümeyi ve gelişmeyi etkileyen büyük ve küçük-T travmalarının tam kapsamının farkında olmayacaktır. Birden fazla travma olayı olan danışanlarda (Tip 2 travma), bu bilgiler olmadan travma hedefi seçimi, duyarsızlaştırma ve benzeri işlemlere geçmek, işlemeyi engelleyebilir veya danışanı destabil hale getirebilir. Bu durumda terapistler, terapi ilerledikçe öykünün ortaya çıkması konusunda tetikte olmalıdırlar.

### 1. Aşamada Çift Yönlü Uyarım

Göz hareketleri, dokunarak ve işitsel uyarım gibi çift yönlü uyarım setleri (ÇYU), stabilizasyon halinin desteklenmesi için bu aşamada tanıtılabilir. ÇYU kullanma kararı her zaman danışanların yeterli stabilizasyon ve temel bilgilerinin değerlendirilmesine

dayanmaktadır. ÇYU güvenli yer geliştirilmesi, kaynak geliştirme, ego güçlendirme ve stres azaltımı ile ilgili faaliyetlerde odaklanmayı ve güçlendirmeyi artırıyor gibi görünmektedir. Araştırma onaylı standart EMDR protokolü, farklı alternatif uyarım setlerini kullanır. Her bir set yaklaşık olarak 24 sağ-sol hareketi ve ardından "bırak gitsin", "boşalt" veya "nefes al" yönergelerinden oluşur. Setler arasındaki ara; danışanın dinlenmesine, mevcut güvenliği sağlamak için tam oryantasyonu yeniden kurmasına ve terapistin set sırasında olanları "ne geldi" diyerek gözden geçirmesine olanak tanır. Farklı uzunluklarda setler ve ÇYU tipleri terapinin değişik süreçlerinde, danışanın ihtiyaç veya tercihlerine yanıt olarak kullanılabilir. Bazen farklı ego durumlarının farklı tercihleri olacaktır ve bu daha sonra EMDR için hazırlık aşaması boyunca durumlar arasında bir müzakere konusu olabilir.

Hem hazırlık aşaması hem de sonraki aşamalar sırasında çift yönlü uyarım, setler halinde gerçekleştirilmelidir. Bunun nedenleri yukarıda verilmiştir. Sürekli uyarım (SU) alma isteğini belirten bazı danışanlar bu kural için istisnadır. Bu danışanlar tipik olarak disosiyatif abreaksiyona karşı savunmasız değildirler (yani ikili bir dikkat odağını kolayca sürdürebilirler) ve SU'yu pozitif imgelemeye daha elverişli bulurlar; hatta her setin sonunda işlemeyi yarıda kesmek zorunda kaldıklarında rahatsızlık bile ifade edebilirler. Sürekli uyarım (SU) kullanımı kaynak yerleştirme ve travmanın işlemlenmesi sırasında sıklıkla "devam et" işaretini kullanan danışanlar için endike olabilir. Deneyimli ve eğitimli EMDR terapistleri sürekli uyarımın ne zaman yararlı olacağını söyleyebilir, ancak deneyimsiz terapistler yanılgıya düşme konusunda dikkatli olmalı ve iki yönlü uyaran setlerini kullanmalıdırlar.

Yukarıdakilere ek olarak başka bir çalışma, genel olarak çift yönlü uyarımın (ÇYU) çözülmemiş travma sonrası materyali

bilince getirmede etkili olduğunu göstermektedir. (Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003). İki yönlü göz hareketleri epizodik anıları ve diğer olumsuz materyalleri geri getirdiğinden, bu geri getirme danışan için çok yoğunsa, işitsel uyarımlara ya da dokunsal uyarımlara geçilebilir. Daha kırılgan, daha az gerçekçi veya daha disosiyatif danışanlar için çift yönlü uyarım, yalnızca güvenli olduğunda ve gerektiğinde hazırlık faaliyetlerini güçlendirmek için uygulanmalıdır. Travma hedeflemesi gerçekleştiğinde 2. aşamaya ertelenebilir.

### Baştaki Ego Durum Çalışması

Danışanlar tarafından tanımlanan sesler veya iç konuşmalar, onların içsel parçalarıdır. Bu sesler bazen danışanlara, genellikle ailelerini ve çocukluk evlerini yansıtan kaotik bir durumdaymış gibi görünür. Hem terapist için hem danışan için akılda tutulması gereken önemli nokta, ego durumlarının değişebilme kapasitesine, uzlaşma, gelişme ve uyum sağlayabilmeye sahip olmasıdır.

Ego durum sisteminin, geçmiş ve gelecekteki işlevinin net açıklanması danışanın kendisini anlaması konusunda bir çerçeve oluşturur. Çok teknik olmadan, danışanların anlayabileceği bir açıklamayla disosiyatif ego durumlarının gerçekte bellek, öykü ve fiziksel duyumları içeren nöral ağlar olduğu anlatılabilir. Bazı danışanlar kuşkucu olabilmelerine rağmen, onlara aynı zamanda iyi işlevsellik gösteren, adaptif kaynakları olan sağlıklı ego durumlarının da olduğu güvencesi verilmelidir. Tedavi, danışanın ego durumu sistemini tanımasına ve anlamasına ve bu becerikli, sağlıklı kısımlarla yeniden bağlantı kurmasına yardımcı olacaktır.

Ego durumu kavramlarını normalleştirmek için danışanın diline uyan açıklayıcı kelime dağarcığını kullanmak (ruh hali, parçalar, içsel obje-nesneler, içsel aile sistemleri, kişilik parçaları

ve içsel çocuk gibi kelime ve kavramlar) en iyisidir. Parçalar, danışanın zihninde veya beyninde yaşayan fiziksel bir temeli olan nöral ağlar olarak açıklanabilir.

Danışanın tarzına göre ego durumu kavramlarının açıklaması formel veya informel olabilir. Öykü alma sırasında genogram kullanıldıysa ego durum haritalaması, bir genogram olarak tanımlanabilir. Mizah işe yarar! Yıllardır danışmanlık alan bir danışan içcel parçalar sorulduğunda şöyle söyledi: "Ah, yani komite demek istiyorsun. Biliyorsun Freud hedefte haklıydı, ama neden üçüncü kısımda durdu?" Kendilikleri hakkındaki merakları arttıkça danışanlar ego sistem karikatürlerini veya kendi ego durumlarını çizmeye başlayabilirler. Bu çalışma fonksiyonel ve güvenli içsel sistem yapısının inşa edildiğine işaret eder.

## Ego Durum Sistemine Giriş

Danışanın ego durumu sistemine girişini kolaylaştıracak bir yol seçilmelidir. Bazı danışanlar için ego durum sistemini haritalama, listeleme, parçaların resimlerini çizme veya içsel bir manzara oluşturma yoluyla somutlaştırmak faydalıdır. Terapist ayrıca "Eğer içsel aile veya parçalar gelmiş olsaydı kimi görürdün?" şeklinde sorabilir.

Danışan ve sistem doğrudan ya da dolaylı olarak birbirlerinin varlığını ve rollerini bilebilir. Ego durum sistemiyle tanışma yeri ve zamanı danışana özgü olacaktır. Bazı danışanlar diğer parçalarını kabul ettiğinde bile -bir danışanın da ifade ettiği gibi- "aşırı istismara uğramış çocukları evlatlık ediniyor" gibi hissedebilirler.

Danışanların kendi parçalarına karşı tutumları çeşitlilik gösterir. Danışanın konuşmasını dinleyerek ve vücut dilini gözlemleyerek sistem parçaları için empatisini ve gelişimsel hazırlığını doğru bir şekilde değerlendirmeliyiz. Parçalar kendilerini

kendinden nefret eden, tiksinilen, yalnız ve yalıtılmış olarak mı tanımlamış ya da tanımlıyor? Danışanın tanımlayıcı dilinin küfürlü, empatik, mesafeli veya sert-inatçı olup olmadığı not edilir. İki önemli husus arasında daima bir denge kurulmalıdır: Çocuk veya diğer ego durumlarına erişmek için kullanılan yetişkin ego durumunun dengesini koruma ile ego durumunun işlenmemiş deneyiminin doğrulanmasına ve ifade edilmesine izin verilmesini sağlama. Bu bazen ince bir ipte yürümek gibidir.

Danışanların, ego durum sistemi tarafından, hangi muhtemel yollarla yanlış yorumlanacakları hakkında bilgilendirilmesi gerekir: Gerçek çocuklar gibi, parçalar, danışanların en beklemediği anda dinliyor olabilir. Danışan bu parçalarına kızgın olsa bile bu parçalar hakkındaki daha önceki konuşma dilini değiştirebilir veya bunu isteyebilir. Danışan, eğer gerek duyulursa, bu parça yerine davranışlarının kritiğini yapması konusunda teşvik edilir.

Terapist durumlar arasında sert-inatçı, sert eleştiriciler ya da mükemmeliyetçiler olup olmadığına dikkat etmelidir. Zorbalık bir zamanlar var olan koruyucu role farklı açıdan bakabilmeyi sağlayabilir. İçsel eleştirel sese sahip olan danışanlara, bunun, çocukluk döneminde ailenin cezalarını engellemiş olabileceğini söylemek önemlidir (çocuğa sessiz ve görünmez olmasını söyleyerek cezadan korumuştur).

Danışanlara parçaları öğretmeye yardım ederken sorgulama müdahaleleri kullanılabilir: "Bu parçan eleştirel olmak zorunda olduğunda kaç yaşındaydın?", "Yaşamında neler oluyordu?", "Bu şekilde işlevi olan parçan ile ilgili iyi olan neydi?"

## Terapistin Ego Durumları ile İlişkisi

Her üç aşama boyunca, terapistin, ego durumlarının "yok olmayacağını, terk edilmeyeceğini veya azalmayacağını" devamlı

olarak belirtmesi zorunludur. Parçaların rolleri zamanla değişse bile ego durum sisteminin varlığı için gereklidir.

Terapist terapi süresince ego durumları ile stratejik ittifak oluşturmalıdır. Özellikle öfkeli, kendinden nefret eden, yıkıcı, cezalandırıcı kısımlarla bu ittifak yapılmalıdır. Onları tanımlamak ve acılarını, niteliklerini, rollerini kabul etmek, başarılı bir tedavi için çok önemlidir. Terapist danışanı devamlı parçalarına yeni bir gözle bakması için cesaretlendirir.

### Güvenli Ev Oluşturma

Güvenli ev (Forgash, 2004), ego durumlarının güvenlik, mahremiyet ve rahatlama bulabileceği bir yerdir. Çocukluk döneminde bu tarz bir ortamı olmayan pek çok travma mağduru için bu, yeni bir fikirdir. Bunların hiçbirine sahip olamamış veya bunları kaybetmiş bazı danışanlar için güvenli evin kapıları ve sınırları vardır.

Bazı danışanlar ve onların parçaları için hiçbir yer güvenli olmadığından güvenli ev oluşturmak imkânsızdır. Danışan bu yeri ilk oluşturduğunda boşluk, çorak ve korumasız görülebilir veya hoş bir yapı olabilir. Zamanla danışan ve ego durum sistemi birlikte bir sahil kulübesi, gölde bir kulübe, sıcaklık ve soğukluk kontrollerine sahip bir sera icat eder. Bazen güvenli ev, danışanın gerçek evinin bir parçası olmalıdır.

Güvenli ev oluşturulduktan sonra, bazı parçalar buraya taşınmak isterken, diğerleri başlangıçta oraya gitmeyi reddedebilir. Bazı parçalar diğerlerinden korkar veya dışlanır, ayrı bir koridor veya geçit ile birbirine bağlanabilir bir alana ihtiyaç duyabilirler. Hatta ayrı bir yapıda yaşayabilirler. Bu zamanla olumluya doğru değişir. Ego durum sistemi ile bir çalışma ilişkisi kurmaya yönelik bazı aktiviteler, danışan ve ego durumlarının evi dekore etmesini ve dış ortamı geliştirmesini içerir.

## Ego Durum Sistemi İçin Çalışma Ortamı Seçme ve Kurma

Ego durumlarına erişilebilen ve ortak çalışmanın yapılabildiği bir çalışma alanı, ofis veya konferans odası bu aşamada oluşturulur. Literatürde birçok çalışma alanı veya konferans odası önerilmektedir. Örneğin Frase'in önerdiği (1991, 2003), danışanın yuvarlak bir masaya oturduğu ve etrafındaki boş sandalyelere de diğer ego durumlarını davet ettiği Disosiyatif Masa Tekniğinin kullanılması gibi.

Danışanlar kendi güvenli evlerine bir konferans odası eklemek isteyebilirler. Terapistin ofis ortamını veya bildikleri bir yeri çalışma alanı olarak kullanmak isteyebilirler. Danışan ve ego durum sistemi, iletişimi kolaylaştırmak için bu odayı mikrofon, hoparlör, tv, beyaz perde ile donatabilir.

Bazı parçalar görünür olmak istemeyecek ve başlangıçta çalışma ortamına hazır olarak gelmeyecektir. Bazıları hayalet ve gölge gibi algılanacak, bazıları ise sadece hissedilecektir. Bazılarının şekli olacak, ama sesi olmayacaktır. Tüm bunlar kabul edilmeli ve saygı duyulmalıdır ve parçalar kesinlikle ortaya çıkmaları konusunda zorlanmamalıdır. Parçaların ortaya çıkmaması veya duyulmaması bir başarısızlık değildir. Bu sadece hazır olma ve güvenin oluşması ile ilgili bir meseledir.

## Şimdiki Gerçekliğe Yönelim

Travmanın EMDR tarafından yeniden işlenmesi, geçmişe ve şimdiki zamana eş zamanlı dikkat gösterilmesine dayandığından, danışanın mevcut gerçekliğin farkında olması ve buna bağlı kalma becerisine sahip olması önemlidir. Çoğu zaman geçmişte travma yaşayan ego durumlarının -özellikle çocuk durumları- günümüze yönelimi olmayabilir. Şimdiki Gerçekliğe Yönelim

(ŞGY) (Forgash, 2005; Twombly, 2005) alıştırması, ego durumlarının şimdiki zamanı ve yeri öğrenmesine, gerçeklik ve güvenlik duygularını ve yetişkin tarafından uygun bakım duyumunu geliştirebilmesine yardımcı olur.

Parçalar, terapi ofisini, yetişkin danışanın ve yetişkinin şu anki yaşını, vücudunu, cinsiyetini, rollerini vb. görüntülerini izlemek için çalışma alanında hayâlî bir ekran kullanabilirler. Danışanın yanında oturduğunu veya ayakta durduğunu ve boyut farklılıklarını fark ettiğini hayal edebilirler. Yetişkinin; ev, iş, mevcut yaşamı, ailesi vb. gibi şeylerin video turu yararlı olabilir.

Bu sahneler şimdiki gerçekliğin ve değişen koşulların kabulü için zemin hazırlar. Örneğin ego durum sisteminin, faillerin öldüğünü ve yetişkinin bağımsız olarak yaşadığı gibi şeyleri öğrenmesi gerekebilir. Bu bilgi şok edici olabilir. Parçalar, terapist ve danışan tarafından kandırıldıklarını ve onların yalan söylediklerini hissedebilirler.

Bu ŞGY çalışması gerektiği gibi titre edilir. Yönelime ya da yeniden yönelime ihtiyaç duyulan parçalar herhangi bir aşamada görülebileceğinden, ŞGY'nin tedavi sürecinde genellikle birçok kez tekrarlanması gerekir.

Bazı danışanların geçmişin bittiğini ve gerçekten içinde bulundukları yılı "hissetmedikleri" için kendilerini suçlu hissetmeleri tehlikesi vardır. Bunun nedeni önceki yetersiz terapistlerin danışanın, geçmişin 'bittiğinin' farkına varamaması nedeni ile danışana kızmaları olabilir. Şimdiye yönelmiş olmak herhangi bir parçanın bakış açısını zorla değiştireceği anlamına gelmez.

### Yapıcı Kaçınma

Yapıcı kaçınma günlük yaşam streslerinin yönetilmesinde kullanılan bir tekniktir (Forgash, 2004; Kluft, 1993). Terapi ça-

lışması devam ederken yetişkin danışanın yaşamını sürdürebilmesi gerekir. Terapist danışana olgunlaşmamış veya iyileşmemiş parçalarını, potansiyel rahatsız edici, korkutucu durumlara (medikal uygulamalar, cinsel yakınlık), anlamadıkları ve becerileri olmayan (toplum önünde konuşma, iş görüşmeleri, eş ile tartışma) durumlara maruz bırakmaması gerektiğini öğretmelidir.

Danışanın parçalara, bir sonraki olayın gerçekleşeceği zaman ve yer hakkında açıklama yapması yararlı olacaktır. Danışan daha sonra, yetişkin parça "evdeyim" veya "bitti" diyene kadar parçaları güvenli evde kalmaya teşvik eder. Bu, çocuğun ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı orijinal aile ortamında deneyimlenen şeyden çok farklıdır. Daha savunmasız parçaları bu şekilde desteklemek, oturum içinde ve dışında pratik yapmayı gerektirir. Bu çalışmanın birçok farklı durumda tekrarlanması ustalaşmayı sağlar ve danışanın geçmiş önemli olaylardan ve yaşamın yükümlülüklerinden kaçınmasına son verir.

## Ego Durum Çalışmasına Katılım için Sınırlar

Travma deneyimi olan çocukları içeren ego durum çalışması yapılırken, terapist çocukluk döneminde ev ortamında büyük ihtimalle olmayan saygı, dikkate alınma ve bakım parametrelerini oluşturmalıdır.

Her bir çalışmanın hızı sistem tarafından belirlenir. Parçalar arasındaki gelişimsel yetenekler ve hazır bulunuşluktaki farklılıkların ortaya çıkarılması konusunda terapistlerin yapmış olduğu tam bir değerlendirme, müdahalelerin zamanlamasına yardımcı olur.

Herhangi bir aktivitenin uygulamasından önce ego durumlarından izin alınmalıdır. Terapist tedavi önceliklerini belirlemek için, hangi ego durumlarının en çok acı çektiğini ortaya

çıkarabilir ve diğer ego durumlarından yardıma en çok ihtiyacı olanlarla çalışmak üzere izin alabilir. Ego durumları çalışmaya katılmaları için zorlanamaz. Örneğin bazıları stabilizasyon hakkında önemli psikoeğitimi dinlemek istemeyebilir. Bu durumda beceriler, dinlemeye istekli parçalara öğretilir. Her parçanın katılması gerekmez, ancak danışanın veya katılan diğer parçaların sabote edilmemesi konusunda hepsi fikir birliğinde olmalıdır.

Terapist "hazır olmama" olarak açıklanabilecek bu kararları dikkate almalı, bunlarla ilgili olumsuz yargıda bulunmamaya dikkat etmelidir. Bir etkinlik veya çalışma, ego durumları arasında anlaşmaya varılana kadar ertelenebilir.

Ego durumu konferansları bu problemlerin çözümünde kullanılacaktır. Bu, iletişim kanallarını açarak ve ego durumlarının ve motivasyon ve niyetlerinin anlaşılmasını sağlayarak tüm ego durumlarının kabulünde bir artışla sonuçlanır.

Klinisyen ve danışan ego durumlarının kabul edilebilir düzeydeki katılımları için seanslarda bazı sabit kurallar belirleyebilir. Örneğin danışan seansta bulunmak istediğinde başka bir ego durumu danışana her zaman bir baş ağrısı veriyorsa, terapist ve danışan bunun neden kabul edilemez olduğunu belirtmelidir. Bu sadece disosiyatif kimlik bozukluğu (DID) tanılı danışanlarda değil, aynı zamanda birçok ağır disosiyasyonları olan birçok danışanda da olmaktadır. Saygı gösteren katılım teşvik edilmelidir. Eğer parçalar davranıştan vazgeçmeyi reddederse çözüm bulunana kadar müzakere devam eder. Bazen başka bir taraf arabuluculuk yapmaya veya yardımcı olmaya isteklidir. Bu eski davranışlar bir zamanlar işlevsel olan koruyucu durumun bir parçası olarak çerçevelenmiştir, fakat şimdi kullanışlı değildirler. Bu durumlar değişmekten çok korkmaktadır. Belirli bir parça ile çalışmak için anlaşma yapmak, çok küçük hedefler koymayı

içerebilir. Bu, tüm ego durumlarının kişinin hayatta kalma şansını artırma arzusunu (stratejileri verimsiz görünse bile) kabul etmesine yardımcı olacaktır.

## Ego İnşa Faaliyetleri

Ego inşa faaliyetleri, özellikle 1. aşamada danışanın işlevselliğini ve ego durumlarının yetkinliğini artırmak üzere tasarlanmıştır. Farklı terapötik geleneklerde geliştirilen birçok ego güçlendirici teknik vardır. EMDR tedavisinde, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme stratejileri (RDI; Korn & Leeds, 2002; Parnell, 2007); çift yönlü uyarım (ÇYU) kullanımıyla olumlu kaynaklara, güçlü yanlara, başa çıkma becerilerine, anılara erişilebilecek ve geliştirilebilecek şekilde tasarlanmıştır. Danışandan olumlu beceriler ve anılar, içsel kaynaklar, ego durumları, çatışmasız anılar, hayatlarında yer almış pozitif insanlar, evcil hayvanlar ve ruhani figürler getirmesi istenir. Bunlardan sonra iki yönlü uyaranla kalıcı kaynaklar olarak yerleştirilir.

Bu işin bazı danışanlarda aylarca sürmesi olağandışı bir durum değildir. Çünkü bazıları kendileri veya yaşamları hakkında olumlu herhangi bir şey fikrini kavrayamaz. İhtiyaçları karşılanmamış çocuk ego durumu varlığı konusunda farkındalık artışına olanak sağlayacağı için bu çalışma zaman harcamaya değerdir. İhtiyacı olan ego durumları ile yetişkin ego durumları arasında iyileştirici bağlantılar kurulur ve yetişkin durumlar sistemin ihtiyaçlarını karşılayacak becerilerle donatılmıştır.

## Disosiyasyon ve Affektif Semptomları Yönetmek İçin Müdahaleler

***Sınırlama:*** Bu hem bir güvenlik hem de affekt yönetimi tekniğidir. Rahatsız edici veya bunaltıcı duygular, düşünceler ve hislerle başa çıkmak için sınırlama kavramını öğretiriz.

Danışan bu malzemeyi geçici olarak tutmak için kasalar, dolaplar, kutular veya baloncuklar gibi hayâlî kaplar geliştirmeye teşvik edilir. Güvenli evde bir oda bu kutulara yer verecek şekilde dizayn edilebilir. Sonrasında danışanlar duygularının kutunun içine akmasına izin verdiklerini hayal edebilir ve üzerlerinde ne gibi bir etkiye neden olduğunu gözlemleyebilirler (yoğunluğun azalması, gevşeme). Sınırlamanın, eski "istifleme" veya duyguları bastırma davranışından farklı olduğunu öğrenirler. Geçici olarak toplanan bu materyal, kalıcı olarak saklanmayacak, seanslarda geri getirilecektir. Sınırlama bazı parçalar veya tüm parçalara öğretilebilir ve uygulatılabilir. Bu durum yeni bir gerçeklik oluşturur: Duyguların bir kenara koyulabileceği ve kişilerin sürekli olarak duyguların merhametinde olmadığı farkındalığıdır (Forgash, 2004; Kluft,1993).

***Duygulanım (Affekt) Düzenleme:*** Kompleks travmaları olan danışanlarda, korkutucu ve yoğun duyguları tanımlayamama yaygındır. Zamanla danışan ve ego durum sistemi duyguları tanımlama ve duyguların işlevlerini anlama becerisine ihtiyaç duyar. İşte burada duygular hakkında daha fazla bilgi sunma fırsatı doğar. Renk kullanımı gibi görsel etkinlikler duyguları dışsallaştırmaya bir yol sağlayabilir. Günlük tutmak duygu yoğunluğunu ayarlamak ve duyguya mesafe koymak için diğer tekniklerdir. Çizim/*karalama* bittiğinde ya da günlük kapatıldığında duygular artık daha az yoğunluktadır.

Terapist yargılamayan kabul, anlayış ve onaylama yoluyla danışanın duygularını nasıl yöneteceğini modeller. Sonraki unsur bakım verenleri tarafından yeterli geri bildirim ve rehberlik almamış olan kişiler için giderek daha önemlidir. Duygular aracılığıyla işlemenin adaptif çözümle sonuçlandığını kabul etmeye başlarlar. Yapıcı dikkat dağıtıcı ve kendini yatıştırma aktiviteleri seans sırasında ve dışında uygulanabilir. Farkındalık (duygula-

nım, duyumlar ve zamansal gerçeklikle ilişkili olarak gözlemci bir duruşa sahip olma yeteneği); meditasyon ve bir hissi buna eşlik eden yoğunluk değişiklikleri ve fiziksel duyumları fark etmeyi öğrenmek dâhil birçok egzersizle geliştirilebilir (Turkus ve Kahler, 2006). (Turkus & Kahler, 2006).

***Kendini Yatıştırma:*** Danışanların seanslarda ve seans aralarında affekt yönetimi için kendini yatıştırmayı öğrenmesi gerekir. Ego durumlarına neye ihtiyaçları olduğu sorularak ebeveyn rolleri üstlenilebilir. Cevabı basit bir battaniye veya sarılma olabilir.

Diğer kendini yatıştırma uygulamaları stres azaltıcı etkinlikler, sakinleştiren veya rahatlatan yer imgelemesi (Kluft, 1993), aşamalı gevşeme teknikleri, nefes alma ve kalp uyumu egzersizleri (Servan-Schreiber, 2004) ve bilinçten uzaklaştırma teknikleridir. Danışanlara disosiyasyonu önlemek için seanslar arasında ego durumlarını güvenli evde kalmaya teşvik etmeleri hatırlatılmalıdır. Danışanlar ego durumlarının nasıl ilerlediğini görmeleri için kontrol sistemi oluşturmaları konusunda teşvik edilir. Sorun çözmek veya iç veya dış değişimi tartışmak için parçalarla diyalog için ego durumlarının tutarlı bir şekilde ele alınması teşvik edilir. Bu etkinlikler zamanla danışanın ebeveyn sorumluluklarının geliştirmesini sağlar.

***Ana Odaklanma:*** Zamansal gerçeklikte bedeni ve kendiliği anlama ve mevcut realitede kalabilme veya geri dönebilme becerilerini öğretmeyi içerir. Danışan ana odaklanma stratejileri ile semptomlarla baş etme becerisini kazandığında güvenlik ve kontrol algısını kazanır.

Aşağıdaki sorular danışanın şimdiye (anda bulunmasına) odaklanmasına yardım eder: "Arkandaki kanepeyi hissedebiliyor musun?", "Bu nasıl bir duygu?", "Kollarını neye-nereye koydun?", "Kanepe ve gömleğinin kumaş farkını ayırt edebiliyor musun?",

"Ayakkabı içinde ayaklarını hissedebiliyor musun?" Danışan bu hisleri kolayca fark etmeye yönlendirilmelidir.

Ana odaklanma prosedürleri, özellikle disosiyatif danışanlar için yararlıdır (Turkus & Kahler, 2006). Disosiyasyonun meydana gelmesinin tehlikeli olacağı araba kullanma gibi stresli durumlarda kullanışlı uygulamaları vardır. Araba sürerken danışanlar ellerinde direksiyonu hissedebilmeli, araba içinde farklı doku ve materyalleri ayırt edebilmelidir. Eğer bunları yapamıyorlarsa kendilerini mevcut anda hissedinceye kadar arabayı yoldan çekmeyi öğrenmelidirler. 2. aşama çalışmasında danışan disosiye olmak üzereymiş gibi göründüğünde ya da şu ana odaklanamayacak kadar sıkıntılı göründüğünde ana odaklanma egzersizleri kullanılır.

***Gevşeme:*** Görselleştirme gevşeme için güçlü stratejilerden biridir. Danışandan basitçe rahatlatıcı veya sakin bir yeri, belki de ziyaret ettiği veya gördüğü bir yeri görselleştirmesi istenebilir. Danışan tüm anlamlı ayrıntıları (manzara, renkler, hava durumu) doldurur ve sahnede belki de otururken veya uzanarak rahat bir yer bulur. Terapist danışana duyguları ile beden duyumları arasındaki ilişkiyi fark edeceği sorular sorar. Bu çift yönlü uyarımla (ÇYU) artırılabilir, sonrasında çift yönlü uyarım olmadan uygulanabilir.

***Ekran Çalışması ve Duygulanım Kadranı:*** Duygulanım kadranı (Forgash, 2005; Kluft, 1993; Krakauer, 2001) bir radyo veya televizyonun uzaktan kumandasındaki açma-kapama düğmesi olarak düşünülebilecek bir mesafe koyma mekanizmasıdır. Bu tuşla danışanın ego durumları bireysel olarak, televizyon veya sinema ekranındaki yoğun imgeler, düşünceler, duygular, renkler ve şekilleri kapatıp açabilir. Boyut, netlik veya ses seviyesi bu kadranla kontrol edilebilir.

Danışan konferans odası veya çalışma odasında bir ekran hayal ederek işe başlar. Sonra danışan üzerinde pek çok düğme

olan (renklendirme, siyah ve beyaz, karatma, ses açma kapama, boyut değiştirme) bir kumanda sistemi ile ekrana iyi imgeler yansıtır. Bu uygulama sadece hayal gücü ile sınırlıdır.

Çoğu zaman bu görüntüler hemen çalışmaz, ancak danışan çalışmaya hazırsa pratikle faydalı bir danışan aracı haline gelir. Terapist tehditkâr olmayan görselleştirme alıştırmaları verebilir: "Bir elma düşün. Ne renk? Ne tür bir elma? Elmayı büyüt veya küçült; kaybet. Resmi/*görüntüyü* kapat/*durdur*."

Bu çalışma, danışanın ve ego durum sisteminin kendini zor, kaygıya neden olan materyalden ayırma, imgeleri farklı sonlar veya geleceğe umut oluşturacak şekilde değiştirme becerisinin geliştirilmesini sağlar. Danışan ve ego durum sistemine, bu alanda birlikte çalışma becerisi kazandırmanın bir diğer yolu geçmiş, şimdi ve gelecek olaylar, anılar ve eylemlerin ekranda gösterilmesidir.

***Bedensel Çalışma:*** Van der Kolk ve arkadaşlarına (1996) göre TSSB'nin temel bir özelliği, stres tepkilerini fizyolojik olarak düzenleme yeteneğinin kaybıdır. Bu durum, bedensel işaretlerden yararlanma kapasitesinin azalmasına yol açabilir ve bağışıklık sistemindeki bozulmadan sorumlu olabilir. Kronik TSSB popülasyonunun stresle ilişkili çeşitli hastalık ve sendromlardan büyük ölçüde muzdarip olduğu iyi bir şekilde belgelenmiştir (Loewenstein & Goodwin, 1999).

EMDR beden duyumlarının tanınması ve tanımlamasına vurgu yapar ve bu vurgu genellikle ego durum sistemine rahatsızlık veren fiziksel duyumların varlığını normalleştirir. Danışanlar sonrasında duyumları, semptomları ve bağlı oldukları anıları işlemlemede daha az korkacaklardır.

Hazırlık aşamasında, pozitif (sakin, dingin, gerilimsiz ve gevşemiş) vücut duyumlarının kaynak olarak tanımlanmasını

sağlayan somatosensöriyel (beden duyumları) egzersizlere (Levine, 1997) vurgu yapılır. Bu duyumları tanımlamakta zorlanan danışanlar için ÇYU ile güçlendirme kullanılabilir. Danışan pozitif bir beden kaynağı olarak en rahat beden bölümüne odaklanmayı öğrenir. Beden, gerekli olduğunda geri dönebileceği fiziksel güven yeri olarak hissedilir. Bu, danışanların kendilerini ezici anılardan, olaylardan ve duygulardan bilinçli olarak uzaklaştırma becerisini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu yöntem ile içsel güven yeri geliştirirler.

Bu çalışma, danışanın aşırı uyarılma ve uyuşma epizotlarını önler ve nihayetinde zorlu materyali işleme sırasında bile kendi bedeninde kalmasını sağlar. Eğer düzenli şekilde pratik yapılırsa korkuyu azaltır ve işlemlemeyi kolaylaştırır. Bu uygulama çift yönlü uyarımla güçlendirilebilir. 2. aşamadaki tüm seanslar bilgi alma, sınırlama çalışması, gevşeme veya beden duyumları etkinliği ile sonlandırılır. Yukarıdaki tüm müdahaleler ve etkinlikler sistem tarafından güvenli algılanırsa çift yönlü uyarımla geliştirilebilir.

## Öngörülen Sorunlar

Eğer danışan bu aşamaları tamamlamayı veya bunlara katılmayı reddederse terapist danışan ve sistemle direnci ve algılanan beceri eksikliğini çalışır. Terapist olumsuz temalar ve engelleyici inançları (hak etmemek, değersizlik, kendinden nefret etme vb.) belirlemeli ve bunları EMDR'nin olası hedefleri olarak not etmelidir.

Reddetme; ego durum sistemde çoklu aktarım, değişim korkusu, rol kaybı veya dışarıda kalma korkusu gibi problemlerin göstergesi olabilir. Katılmaya hazır olmayan bir parçanın dinliyor olması muhtemeldir. Danışan, terapi ittifakının güvenilirliğini test ediyor olabilir. Terapist, otoritesini empoze etmemek ve çalışmayı aşırı kontrol etmemek konusunda tutarlı olmalıdır.

Çalışma hakkında netlik olmayabilir. Bu durumda terapist danışan ve ego durumları ile güven oluşturacak, bilgi sağlayacak olan görüşme ve diyaloglar başlatacak keşifler yapacaktır.

## 2. AŞAMA: TRAVMA ÇALIŞMASI

Yaklaşımımızdaki 2. aşama EMDR'deki 3 ile 8. aşamalar arasına karşılık gelir: Değerlendirme, duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, pozitif kognisyonun yerleştirilmesi, beden taraması, kapanış ve yeniden değerlendirme.

EMDR'ye başlamadan önce, danışanın travma işlemeye başlamak için gerekli kaynakları ve ego gücünü kazanıp kazanmadığını değerlendirmek önemlidir. Travma çalışmasının erken yapıldığı fark edilirse, hazırlık çalışmasına geri dönülmesi ve sürece sadece danışan hazır olduğunda devam edilmesi gerekir.

Dışavurumcu terapiler, bu aşamada çalışmayı hedeflemek için mükemmel tamamlayıcılardır. İşleme sırasında hedefi çizmek, duyguları ifade için renk kullanmak ve anlamlı müzikler seçmek özellikle yardımcıdır.

### Hedefleri Seçmek

Hedeflerin belirlenmesi danışanın sorunlarının anlaşılmasına ve danışanın bunları tercih ettiği sıralamaya dayanır. Uygun hedefler temel negatif kognisyonlara ve danışanın ego durum sistemindeki engelleyici inançlarına göre seçilir. Hedefler sadece ayrı olaylar değil, aynı zamanda çoğunlukla birbirine bağlı disosiyatif anı ağlarıdır. Bunlar anıları hatta şu anki problem ve semptomlarla ilgili geçmiş çarpık beden imgelerini temsil eder.

Danışanın hangi hedeflere öncelik vereceğine karar vermesi için bir karar verme ağacı oluşturulur. En az üzücü durumdan

veya en az disosiyasyona ve rahatsızlığa yol açma olasılığı olan olaydan başlamak tercih edilebilir. İlk tercih olarak büyük-T travmalarından ziyade daha önceki zamanlardan küçük-t travma kümeleri ve mevcut yaşam sorunları daha iyi seçimler olabilir.

Hedefler bir veya birden fazla ego durumlarına özgü olabilir. Bir danışanın altı yaşındaki ego durumu, birinci sınıftaki olumsuz deneyimler üzerinde çalışmayı önermişti. Kendine olan inancı 'Ben aptalım.' şeklindeydi. Olayı konferans odasının güvenliğinde işlemlerken aslında öğretmenin "yaşlı ve tahammülsüz", kendisinin ise "iyi" olduğunu fark etti. Bu, başarılı bir şekilde işlemlenince, sistem arka planda daha zor hedeflere gitmek için kendini güvenli hissetti.

Danışan birden fazla parçayı ilgilendiren bir olayı seçerse, her bir ego durumu için VOC, SUD, pozitif ve negatif kognisyonu ayırması istenebilir. Danışan ve ego durumları hedefleri beraber geliştirebilir ve inceleyebilir. Güç ve güvenlik için kendiliğinden olan geçici bir birleşme ile içsel ittifakların oluşmasına yol açabilirler.

## Güvenliği Sağlamak

Bu kitap boyunca kompleks TSSB'si olan hastaların travma tedavisi sırasında özel hususlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Bu hassas danışanlarla çalışırken EMDR, disosiyatif bozuklukların tedavisinde yaygın olarak kullanılan tekniklerle iyi bir şekilde çalışmaktadır. 1. aşama sırasında anlatılan bu teknikler mesafa koyma ve güvenlik için ekranı kullanmak, yönelimi yeniden sağlamak için işlemeyi durdurmak ve terapi ortamının güvenliğine demir atmaktır. Çalışma, bölümlere ayrılmış olmalıdır (Fine, 1999; Kluft, 1990a, 1990b) -travmatik deneyimler, danışanın baş edebileceği küçük parçalara bölünmüş olmalı- ve sık sık ara vermek gerekli olabilir. Bu bir-üç seanslı bir travma işleme süreci değil, tam tersine uzun vadeli bir çalışmadır.

## Ego Durumlarının Varlığı

Yukarıda belirtildiği gibi, ego durumu sistemi işlem sırasında tüm parçaların mevcut olması gerekmediği konusunda bilgilendirilir. Uzak durmayı veya katılmamayı seçebilirler. Orada kalabilirler, ancak kendilerini işlemeden uzaklaştırmak için kapatabilecekleri hoparlörleri ve mikrofonları vardır. Gereken tek anlaşma çalışmayı sabote etmemeleridir. Eğer bu sözü yerine getiremezlerse duyarsızlaştırma işlemi sorunun müzakere yoluyla çözülmesini beklemek zorundadır.

## Seansları ve Müdahaleleri Yapılandırmak

Gerçekte işlemleme yalnızca küçük bir oturum süresi alabilir. Tipik olarak seanslar, danışanın seanslar arasında geçirdiği hafta konuşularak ve güvenli alan etkinlikleri ile başlayabilir. Seansın ortalarına doğru kısa bir süre travma işlemesi yapılır ve seans bilgi alma, rahatlama ve özetle bitirilir.

Her seansta her bir konu için ne kadar zaman harcandığı birçok etkene bağlıdır: Disosiyasyonun derecesi, ortak bilinçlilik, herhangi bir zamanda ortaya çıkan kızgın, korkmuş veya saldırgan parçaların istekleri ve yetişkin danışan tarafından geliştirilmiş beceriler.

Danışanın tükenmişliği ve zaman kısıtlamaları nedeniyle birçok tamamlanmamış seans olabilir. Çalışmanın hızı zamanla işlemeyi tolere etme konusunda daha yetkin hale gelen ve sınırlama, bilgi alma ve diğer yönetim tekniklerinden yararlanabilen parçaların sistemi ile hızlanır.

Güvenlik teknikleri gerekli oldukça prova edilir. İşleme yeni ego durumlarının yönelimini sağlamak ve çatışmaları çözmek için ya da travmatik materyale karşı ezici tepkilerle karşılaşıldığında durdurulur. İşleme çalışması kaçınılmaz olarak krizler ve

aktarım durumları, 1. aşamadaki çalışmalara dönme gereksinimi ve ayrıca hastalık ve tatillerle ilgili olağan sorunlar nedeniyle kesintiye uğrayacaktır.

## İşlemede Bloklar için Müdahaleleri Kullanmak

Danışanlar işlemede takılıp kaldığında, bir döngüye girecekler ve sürekli aynı düşünce, duygu veya olumsuz bilişi tekrarlayacaklardır. Döngüye girmek bir diğer parçanın konuşmak istemesi nedeni ile gerçekleşebilir. Bu durumda dikkat bu parçaya verilmelidir. Sonra, eğer mümkünse hedefe geri dönülür. Gelecekte bu parçanın getirebileceği her bir hedef not alınır.

Müdahaleler, danışan işleme sırasında bir engel ile karşılaştığında, işlemenin yeniden başlatılmasını sağlamak için kullanılan tekniklerdir. Müdahalelerin birkaç çeşidi vardır. Bilişsel bir müdahale danışanın döngüsel inançlarının mantıksızlığını görmesine yardımcı olan kısa bir soru veya cümledir. Eğer danışan 'Onu durdurmalıydım.' diye sürekli tekrarlıyorsa terapist şunu sorabilir: "Kim daha büyüktü, sen mi saldırgan mı?" Ayrıca beden müdahaleleri de vardır: "Bunu vücudunun neresinde hissediyorsun?", "Bu duygunun renk, şekil ve ölçüsü nedir?"

İşlemeyi yeniden başlatmak için danışana başa çıkma becerileri gibi mevcut kaynaklar da hatırlatılabilir. Çift yönlü uyarım setleri eklenir ve danışan işlemeye devam eder. Danışan ne kadar çok disosiyatif ve parçalanmışsa terapötik işleme için o kadar müdahaleye ihtiyaç vardır.

## Ego Durum Sistemi ile Çalışmak

Ego durum sisteminden (bazen her seansta) travma süreci üzerinde çalışmak için izin istemek sadece saygılı olmak anlamına gelmez; aynı zamanda bu, pragmatik bir öneme de sahiptir.

Çünkü bir ego durumu diğer ego durumları tarafından işlenmeyi engelleme gücüne sahip olabilir. Yardımsever bir iletişim ve kaynakları geliştirmek (veya yeniden keşfetmek) üzerinde çalışmak, çatışmaları keşfetme ve sorunları çözme kadar önemlidir. Danışanlar ego durum sistemiyle çalışmak için yeteneklerini, dirençlerini ve motivasyonlarını keşfetmeye devam edeceklerdir.

Bireysel ve sistem çapında ego durumu değişiklikleri beklenebilir. Duyarsızlaşma ve işleme süreci adaptif olarak ilerledikçe, ego durumları değişir veya birleşir. Ego durumları duyarsızlaşma ve yeniden işlemeyi gözlemleyebilir ve yardım edebilirler. Birkaç ego durumu, seansları izleyebilir veya destekleyici olabilir. Aynı anda birkaç durumla çalışma, olayın farklı açılardan paralel işlenmesi anlamına gelir. Uzun vadede sistematik değişimler, EMDR'nin ve ego durum tedavisinin birlikte kullanılmasının sonucunda görülür. Bir ego durum için olumlu bir sonuç, bir diğeri için kısa süreli problem yaratabilir ve bu karmaşanın çözülmesi gerekir.

### Destabilizasyona Yanıt Vermek

Travma işlemenin herhangi bir noktasında, danışan veya ego durum sistemi çalışmadan bunalırsa, danışan devam etmeye hazır olduğunu belirtene kadar aralar verilir. Danışanın alışık olduğu 1. aşamaya geri dönerek, danışanın yeniden stabilize olmasına yardım edebilirsiniz. Eğer 2. aşamaya geçişte daha öncesinde disosiyatif özellikler göstermeyen danışan disosiyasyona başlıyorsa çalışmayı durdurun, disosiyasyonu değerlendirin ve niçin olduğunu öğrenin. Tetikleyiciler hakkında bilgi alın. Danışan bir geri dönüş yaşamış olabilir veya ne olduğunu anlamayabilir. Bu durumda terapist travma işlemeyi durdurmalı ve danışanın şu andaki ihtiyaçlarını tespit etmelidir. İlk kez ortaya çıkan bir ego durumu ile açılış çalışması yapmak gerekebilir. Danışan stabilize olana kadar 2. aşama çalışmasına devam etmeyin.

## 3. AŞAMA: ÇÖZÜLME

Bu aşamada danışan, öncesinde disosiye olmuş ego durumları arasında tam birleşme ve ortak bilinçlilik geliştirmek üzere desteklenir. Bu artık mümkündür. Çünkü disosiyasyonun asıl amacı (potansiyel olarak ezici travmatik materyali bölümlere ve parçalara ayırmak) artık gerekli değildir. Eğer post-travmatik imajlar, kendini yönlendiren bilişler, duygular ve beden duyumları şimdi çözülürse kişi, belleğe ve pozitif içsel kaynaklara tam adaptif erişimle, birleşik bir kendilik duygusunun keyfini sürebilir.

### Tedavi Hızını Korumak

Tedavi aşamalarının sıralaması (hazırlık, travma işleme ve çözülme) Janet'e (1919/1925) kadar dayanır ve sezgisel bir anlam taşır. Bununla birlikte uygulamada tedavi süreci genellikle o kadar düzenli değildir. Bunun yerine bir ileri bir geri bir şeklinde (hazırlık, ardından travma çalışması, daha sonra ek travma çalışması yapılmadan önce ek stabilizasyon çalışması) bir seyir izler. Çözülme aşaması sırasında önceden bilinmeyen ek rahatsız edici post-travmatik bir malzeme farkındalığa çıkabilir, bu da stabilizasyon prosedürlerine geri dönüşü ve ardından ek travma çalışmasını gerektirebilir. Bu aşama sırasında danışanların "üç adım ileri, iki adım geri gitmenin" sık görüldüğü ile ilgili bilgilendirilmiş olması önemlidir.

Terapinin bu aşamasındaki danışanlar genellikle yaşam travmalarını çözmede önceki başarılarının olumlu kaynağından yararlanabilecekler ve bu şekilde cesaretlendirildiklerinde kalan travma çalışmasında daha kolay hareket edebileceklerdir. Bu aşamada danışanın mevcut yaşamındaki herhangi bir işlev bozukluğu veya rahatsızlık alanını incelemek, bunların geçmişte daha önce gizlenmiş travmatik deneyimlerle bağlantılı olup olmadığını görmek için gerekli olacaktır. Benzer şekilde gelecekte

beklenen sorunlar geçmişle bağlantılı olabilir veya kapsamlı bir terapi sürecinin bir parçası olarak düzeltilmesi gereken yaşam becerilerindeki eksikliklerin işaretleri olabilir.

Danışan geçmiş kayıplar ve kaçırılan fırsatlar nedeniyle üzüntü ve yas hissedebilir. Daha önce bu kayıplarla bağlantılı olan kaygı ve utanç duygularının aksine, danışanların bu üzüntünün zamanla işleneceğini anlamaları genellikle yararlıdır. Bu kayıplar ego durumları özelinde veya sistemle birlikte işlenebilir (Forgash, 2005). Bazı danışanlar, ego durum sisteminde ilerlemek ve yeniden bağlantı kurmak üzere törenler ve ritüeller oluşturmak isteyebilir. Çözülme aşaması devam ederken terapi süreci hız kazanma eğilimindedir. Ego durumları artık daha karşılıklı empatik anlayışla işlev gösteriyordur. Danışanın daha bağımsız hareket etmesi, entegre bir birey olarak yeni çözümler denemesi ve bu şekilde her durum için olumlu davranışlar için bir gelecek şablonu geliştirmesi sağlanır. Danışanlar gerçek yaşam olayları için yeni beceriler öğrenmenin yanı sıra güvenlik, yatıştırma ve stres azaltıcı teknikleri uygulamaya devam etmede değer bulabilirler.

## Ego Durumlarının Bütünleşmesi İçin Çalışmak

Bu aşamada danışan ve terapist, ayrılığa narsistik bir yatırımla cevap veren ego durumları ve diğer ego durumlarına karşı şefkat eksikliği ile karşılaşabilir. Örneğin bir danışan şöyle cümleler kurabilir: "Öfkeleniyorum ve sonraki gün utanıyorum. Öfkeliyken sonraki günler nasıl hissedeceğim umrumda değil." Genellikle bu kopukluk noktaları, danışandan bu konunun öyküsünü keşfetmesini isteyerek erişilebilen, gizli, çözülmemiş travmatik materyal tarafından yönlendirilir.

Disosiyasyon bozuklukları olan danışanların bir kısmında, aşağıdaki uygulama bazen yararlıdır. Ego durum sistemi içinde bütünlük ve çözüm arzusu ile ilgili tam bir anlaşma olduğunda,

ayrı ego durumlarından göz hareketleri (veya diğer çift yönlü uyarımlar) sırasında "merkeze gitmeleri, aynı alanı kaplamaları ve aynı açıdan bakmaları" istenebilir (Paulsen, 1995). Bu, danışan için ilk başta oldukça şaşırtıcı olabilir, yine de daha olumlu hissettirme eğilimindedir. Danışan bunu yapamaz veya isteksiz davranırsa, bu durum, saklı kalmış ve çözülmemiş bir materyale işaret ediyor olabilir.

Çözülme aşaması sırasında bazı danışanlar konfor alanlarından gerileme ve ilerleme seçeneğini beğenip beğenmeyeceklerini anlamak için "bütünleşme denemesi" yapmak isterler. Stres, geçici olarak disosiyatif ayrışmaya geri dönüş sağlayabilir. Çözülme hissi tipik olarak yavaş yavaş oluşur. Danışanlar artan bütünlükle birlikte, tahmin etmedikleri yararları deneyimlediklerini ifade edebilirler. Daha gerçekçi hissedebilirler ve aynı zamanda özellikle başlangıçta "gerçek" hissetmenin "tuhaf", hatta "korkutucu" olduğunu bildirebilirler. Fakat süreç devam ettikçe danışan "Şimdi daha iyi." veya "Hayat şimdi eskisinden daha hafif." şeklinde ifadeler kullanabilir. "Mutluluk" ve "memnuniyet" gibi kelimeler kişisel bir anlam kazanır, onlar artık sadece birer kelime değildir. Bazı danışanlar "Çimen ve ağaçlar çok güzel, arkadaşlarım daha ilginç." gibi gözlemlerini aktarırlar. Birçoğu değişimlerin onları daha çok geliştirdiğini, kendini seven insanlar olmalarına, başkalarına daha bağlı olmalarına ve hayatı tam anlamıyla yaşamakla ilgilenmelerine yardımcı olarak tanımlıyor.

## ZORLAYICI DANIŞANLA ÇALIŞAN TERAPİSTİN KİŞİLİĞİ

Travma öyküsü ve kompleks TSSB tanısı olan danışanların çok yoğun duygu ve davranışları olabilir. Bu yaralı danışanlarla bağlantı kurarken, hikâyelerinden ve acı çekmelerinden etkilen-

memek neredeyse imkânsızdır. Terapistlerin danışana olan kişisel tepkilerinin farkında olmaları kendilerini ve terapötik süreci korumaları için gerekir.

Danışan korkunç olayların ayrıntılarını paylaştığında, terapist danışanın mental imgelemesini paylaşır ve bu da muhtemelen terapistte ikincil travmaya neden olur. Aslında terapistlerde ikincil travma ve TSSB görülme sıklığı yüksektir (Bride, 2007). Terapistin kişisel öyküsü danışanın travması ile benzer bir deneyim içeriyorsa bu, terapiste korku ve diğer karşıt aktarım tepkilerini doğurabilir. Kompleks TSSB, disosiyatif kimlik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlar çoğunlukla risk alma, intihar eğilimi, kendine zarar verme, şiddetli yeme bozuklukları ve eyleme vurma gibi tehlikeli ve rahatsız edici davranışlara sahiptir. Genellikle öfke ve yansıtmalı özdeşim gibi savunma stilleri vardır. Disosiyasyon yaygındır. Tüm bunlar, danışanı stabilize etmek için mücadele eden terapist için rahatsız edici olabilir.

Terapi, özel ve gizli doğası gereği, terapistin ikincil travmatizasyona (Figley, 1995; Stamm, 1999) karşı savunmasızlığına ve çaresizlik, kafa karışıklığı veya başarısızlık hissine katkıda bulunabilecek izolasyona katkıda bulunur. Terapist olumsuzluk ve rahatsızlık çamuruna batar ve danışanı başka terapiste yönlendirerek ilişkiyi bitirme yollarını arayabilir.

Terapistin huzursuz olması terapi sürecini olumsuz etkileyebilir. Terapistler seansta rahatsız edici materyaller, güçlü abreaksiyonlar veya disosiyasyonla karşılaştıklarında korku veya endişe yaşarlarsa, kaçınmacı olabilirler ve kendilerini, stabilizasyon çalışmalarını gereğinden fazla kullanırken bulabilirler. Dikkatle planlanmış hazırlık aşaması kritikse de, eğer terapist kendi konforu için hazırlığı uzatmada ısrarcı oluyorsa gelişmeyi engellemiş olur.

Yeni eğitim almış EMDR klinisyenleri, EMDR'yi uygulama tarzlarına entegre etmeyi öğrenmedikleri için zor danışanlarla kullanmak konusunda isteksiz olabilirler. EMDR protokolü ilk başta diğer birçok psikodinamik terapi uygulamasına göre daha yapılandırılmış bir metot olarak görülür. Yönlendirme unsurları olmasına rağmen, EMDR çoğunlukla danışan tarafından yönlendirilir -terapist EMDR işleme aşamasında "yoldan çekil" talimatı alabilir. Deneyimli terapistler için "okula geri dönüp" terapötik tekniklerini değiştirmeleri fazlasıyla rahatsızlık verici olabilir. Ek olarak EMDR'nin etkisi, terapistin alışık olmadığı hızda çok güçlü olabilir. Terapistlerin sadece öğrenmeleri değil, bu yeni tedavi yaklaşımlarına aşina olmaları için kendilerine zaman vermeleri gerekir.

Tüm bu nedenlerle travma ve disosiyatif süreçleri öğrenmek ve bunların danışanlar üzerindeki etkisini anlamak bir gerekliliktir. Bu zorluklara rağmen kendine güvenen, terapötik sürecin gelişmesi konusunda rahat olan ve bu popülasyonla çalışırken esnek ve yenilikçi olmaya istekli olan klinisyenin, terapi kesintilerine karşı daha az savunmasız olacağı unutulmamalıdır. Sürekli öğrenmenin yanı sıra düzenli konsültasyon ve gerekirse kişisel terapi, terapistin tedavi rolünde rahatlığını korumasına ve travmatize olmaktan kaçınmasına yardımcı olmak için genellikle gereklidir.

## SONUÇ

Bu kitapta, farklı terapi geleneklerinden elde edilen fikir ve kavramlar, parçaların toplamdan daha büyük olduğunu umduğumuz ve inandığımız bir bütün oluşturmak için bir araya getirilmiştir. Spor performans eğitiminden bir analojiyi kullanarak açıklamak gerekirse bunu bir "çapraz eğitim" modeli olarak etiketledik: Bir alandaki beceriler genellikle başka bir alandaki becerilerin eğitimi ile geliştirilebilir. Özellikle EMDR'nin iyileş-

tirici faydalarını gördükçe, 1. aşamanın (stabilizasyon ve travma tedavisine hazırlık aşaması) içeriği ve kapsamı genişletilerek ve EMDR'ye belirli ego durum çalışmaları, her bir aşamaya disosiyatif semptom yönetimi müdahaleleri ekleyerek daha geniş bir danışan topluluğuna ulaşılması sağlanabilir. Hazırlığın geliştirilmesiyle, danışanlar ego durum sistemlerini daha kolay tanıyabilir ve böylece kendi kendilerini rahatlatma becerilerini geliştirebilir ve disosiyatif ve TSSB semptomlarını yönetebilirler.

Birçok kompleks tanısı olan danışan bu şekilde güçlendirildiğinde, çözülmemiş anı materyali ile etkili mücadele edebilir, yaşam deneyimlerine hem şefkat hem de nesnel anlayışla bakabilirler. Bu entegre tedavi modeliyle ego durumlarının içsel aile sistemi, daha önceki terör ve kaos zamanlarında amaca yönelik, onurlu roller oynadığı için tanınır. Artan iç saygı ile, uzun süredir tutulan travmatik anı materyalinin işlenmesi mümkün hale gelir. Bu olduğunda danışan ve ego durum sistemi yaşam için giderek daha etkili planlamalar yapabilir. Danışan sorumluluk, güvenlik ve yaşam seçimleri temaları üzerinde art arda çalışır ve bu süreçte kendiliğinden, uygun, özgün ve tamamen nasıl insan olunacağını öğrenir. Danışan bu çalışmayı tamamladıktan sonra dürüstçe, "Şimdi kim olduğumu biliyorum. Kendime güveniyorum. Ben kendi sevgime ve saygıma layık bir insanım." diyebilir.

## Kaynaklar

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., Cooper, J., Robertson, E., Gabrieli, S. W., et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. Science, 303(5655), 232–235.

Barach, P. M., & Comstock, C. M. (1996). Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), Handbook of dissociation: Clinical, theoretical and empirical perspectives (pp. 413–429). New York: Plenum.

Bergmann, U., & Forgash, C. (1998, June). Working successfully with apparent EMDR non-responders. Workshop presented at the EMDR International Association Annual Conference, Baltimore.

Bergmann, U., & Forgash, C. (2000, April). EMDR and ego state treatment of dissociation. Workshop presented at the International Society for the Study of Dissociation Conference, San Antonio, TX.

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. Social Work, 52(1), 63–70.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation, 6, 16–27.

Chefetz, R. A. (2006). Preface to Dissociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America, 29(1), xv.

Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye move-ments enhance the retrieval of episodic memories. Neuropsychology, 17(2), 221–229.

Chu, A., & De Prince, A. (2006). Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. Journal of Trauma and Dissociation, 7(4), 75–90.

Chu, J. (1998). Rebuilding shattered lives. New York: Wiley.

Classen, C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. In R. A. Chefetz (Ed.), Dissociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 87–112.

Dell, P. F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. Journal of Trauma and Dissociation, 7(2), 77–106.

Dworkin, M. (2005). EMDR and the relational imperative. New York: Routledge.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258.

Figley, C. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel.

Fine, C. (1995, June). EMDR with dissociative disorders. Workshop presented at EMDR Network Annual Meeting, San Francisco.

Fine, C. G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. American Journal of Psychotherapy, 53(3), 361–376.

Forgash, C. (2004, May). Treating complex posttraumatic stress disorder with EMDR and ego state therapy. EMDR Practitioner. Retrieved July 18, 2007, from http://www. emdr-europe.org /

Forgash, C. (2005, May). Deepening EMDR treatment effects across the diagnostic spectrum: Integrating EMDR and ego state work. Two-day workshop presentation, New York. (Available on DVD at www.advancededucationalproductions.com)

Forgash, C., & Knipe, J. (2001, September). Safety-focused EMDR/ego state treatment of dissociative disorders. Workshop presented at the EMDR International Association Annual Conference, Austin, TX.

Forgash, C., & Monahan, K. (2000). Enhancing the health care experiences of adult female sexual abuse survivors of childhood sexual abuse. Women and Health, 30(4), 27–42.

Fraser, G. A. (1991). The Dissociative Table Technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. Dissociation, 4(4), 205–213.

Fraser, G. A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego

state therapy. Journal of Trauma and Dissociation, 4(4), 5–28.

Gold, S. (2000). Not trauma alone. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Greenwald, R. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing in child and adolescent psychotherapy. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.

Hilgard, E. R. (1977). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.

International Society for the Study of Dissociation. (2005). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. Journal of Trauma and Dissociation, 6(4), 69–150.

Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria. London and New York: Macmillan.

Kiessling, R. (2003, September). Integrating resource installation strategies into you EMDR practice. Workshop presented at the EMDR International Association Annual Conference, Denver, CO.

Kluft, R. P. (1990a). The fractionated abreactive technique. In D. C. Hammond (Ed.), Hand-book of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 527–528). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1990b). The slow leak technique. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 526–527). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple person-ality disorder patients. Dissociation, 6(2/3), 145–161.

Knipe, J. (1995, Winter). Targeting avoidance and dissociative numbing. EMDR Network Newsletter, 5(3), 4–5.

Knipe, J. (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love, codepen-dence, avoidance, and procrastination. In R. Shapiro (Ed.), EMDR solutions: Path-ways to healing (pp. 189–211). New York: Norton.

Koffka, K. (1935). Principles of Gestalt psychology. New York: Ronald Press.

Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of effi cacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder. Journal of Clinical Psy-

chology, 58(12), 1465–1487.

Krakauer, S. (2001). Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Lacter, E. (2007). Defensive adaptations to the traumatogenic effects of abuse. Unpublished manuscript.

Leeds, A. (2002). A prototype EMDR protocol for identifying and installing resources. In F. Shapiro (Ed.), Part two training manual. Pacifi c Grove, CA: EMDR Institute.

Levine P. (1997). Waking the tiger. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), Attachment disorganization (pp. 291–317). New York: Guilford Press.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. Psychotherapy: Theory, Practice, Research, Training, 41(4), 55–74.

Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory. Journal of Trauma and Dissociation, 7(4), 55–74.

Loewenstein, R., & Goodwin, J. (1999). Assessment and management of somatoform symptoms in traumatized patients: Conceptual overview and pragmatic guide. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), Splintered refl ections: Images of the body in trauma (pp. 67–88). New York: Basic Books.

Lovett, J. (1999). Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR. New York: FreePress.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., & Bianchi, I. (2006). From attachment disor-ganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? In R. A. Chefetz (Ed.), Dissociative disorders: An expanding window into the psycho-biology of the mind. Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 63–86.

Manfield, P. (Ed.). (1998). Extending EMDR. New York: Norton.

Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between effi cacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. Journal of Clinical Psychology, 58, 23–41.

Moran, M. (2007). Developmental trauma merits DSM diagnosis, experts say. Psychiatric News, 42(3), 20.

Parnell, L. (2007). A therapist's guide to EMDR. New York: Norton.

Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: its cautious use in the dissociative disorders. Dissociation, 8(1), 32–44.

Phillips, M. (1993). The use of ego state therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. American Journal of Clinical Hypnosis, 35(4), 241–249.

Randall, J. (2004). The seductiveness of the memory hole. In Slumber party at the aquarium. Bryan, TX: Unicorn Press, 18.

Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, G., Anderson, B., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. Dissociation, 2(3), 169–189.

Sar, V. (2006). The scope of dissociative disorders: An international perspective. In R. A. Chefetz (Ed.), Dissociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 227–244.

Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schore, A. N. (2000a, June). The psychoneurobiological basis of attachment. Paper presented at the EMDR International Association Annual Conference, Toronto, Ontario, Canada.

Schore, A. N. (2000b, June). Traumatic attachment and the development of the right brain. Paper presented at the EMDR International Association Annual Conference, Toronto, Ontario, Canada.

Schwartz, R. C. (1995). Internal family systems therapy. New York: Guilford Press.

Servan-Schreiber, D. (2004). The instinct to heal: Curing stress, anxiety, and depression without drugs and without talk therapy. Emmaus, PA: Rodale Press.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, R. (2005). EMDR solutions: Pathways to healing. New York. Norton.

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: How relationships and the

brain interact to shape who we are. New York: Guilford Press.

Silver, S., & Rogers, S. (2002). Light in the heart of darkness: EMDR and the treatment of war and terrorism survivors. New York: Norton.

Simone Reinders, A. A. T., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A., et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. Biological Psychiatry, 60(7), 730–740.

Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. Psychology Bulletin, 116, 143–165.

Stamm, B. H. (Ed.). (1999). Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators. Lutherville, MD: Sidran Institute Press.

Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. V. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM–III–R Dissociative Disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 147, 76–82.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. American Journal of Psychiatry, 163, 993–1000.

Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. Psychoanalytic Study of the Child, 34, 552–623.

Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). Through the eyes of a child: EMDR with children. New York: Norton.

Turkus J. A., & Kahler, J. A. (2006). Therapeutic interventions in the treatment of trauma and dissociation. In R. A. Chefetz (Ed.), Dissociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America, 29(1) 245–262.

Twombly, J. H. (2005). EMDR Processing with dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states. In R. Shapiro (Ed.), EMDR solutions: Pathways to healing (pp. 88–120). New York: Norton.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton.

van der Kolk, B. A., McFarlane A., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). Traumatic stress. New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress, 18, 389–399.

Wachtel, P. (2002). EMDR and psychoanalysis. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach (pp. 123–150). Washington, DC: American Psychological Association.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979). The theory and practice of ego state therapy. In H. Grayson (Ed.), Short-term approaches to psychotherapy (pp. 176–220). New York: Human Sciences Press.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979–1980). Ego states and hidden observers. Journal of Consciousness, 5, 3–18.

Watkins, J. G., & Watkins, H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: Norton.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 928–937.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 1047–1056.

*Çev: Dr. Ümit Sertan Çöpoğlu*

*Dr. Serdar Atik*

# BÖLÜM 2

## O, BİTMEMİŞ GELDİ

## DİSOSİYATİF BOZUKLUKLARIN NÖROBİYOLOJİK AÇIKLAMASI

**Uri Bergmann**

Farkında olmadan iki dünyamı ayrı tutmak için savaştım. Nedenini hiç bilmeden, mümkün olduğunca gündüz çocuğu ile gece çocuğu arasında yarattığım bölümlendirme arasında, hiçbir şeyin geçmediğinden emin oldum.

Marilyn Van Derbur, *Gün Gün Amerika Güzeli: Nihai İhanetler ve Koşulsuz Sevgiden Alınan Dersler*

Travma; "doğal fizyolojik aktivasyonun ve hormonal salgıların, bir tehdide karşı etkili bir yanıt organize edememesinden kaynaklandığı" şeklinde kavramsallaştırılabilir... Travma geçirdikten sonra insanlar genellikle savaş veya kaç savunmalarının etkili kullanımını kaybederler ve algılanan tehdide hareketsiz kalma ile karşılık verirler.

Bessel A. Van der Kolk,
*TSSB'de Sinirbilim Araştırmalarının Klinik Etkileri*

Yaşam kronik olarak travmatize olmuş insanlar için devam eden bir mücadeledir. Yaşadıkları ızdırap aslında onları sürekli olarak rahatsız eden, korku ve acı veren bir geçmişi anlatır. Her ne kadar üzüntülerini saklamaya ve normal olarak yaşamaya çalışsalar da, terapistler genellikle bu kişileri, devam eden ve bir türlü bitmeyen belirtiler ve acılarıyla kuşatılmış hissederler. "Travma yaşamak insan olmanın önemli bir parçasıdır; tarih kanla yazılmıştır." der Van der Kolk ve McFarlane (1996). Yüzyıllar süren savaşlar, kıtlıklar, kıyımlar, soykırımlar, kölelik, diktatörlük ve sömürgecilik atalarımızın evlerine her türlü korku ve tacizi getirmiştir. Bazıları uyum sağlamanın yollarını bulsa da çoğu korku ve umutsuzluğa yenik düşmüştür. İnsanların hayatta kalma ve uyum sağlama kapasitelerine rağmen, travmatik deneyimler biyolojik, psikolojik ve sosyal dengeleri o kadar büyük ölçüde değiştirme eğilimindedir ki yaşanan travmaların anısı ve yeniden canlanması diğer tüm deneyimleri yıkar, bugünü ve geleceği kirletir (van der Kolk & McFarlane, 1996).

## TRAVMA VE DİSOSİYASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Disosiyatif bozukluklar ve travma arasındaki karşılıklı ilişki ve birliktelik ancak son zamanlarda açıklığa kavuşmuştur. Van der Hart, Nijenhuis ve Steele (2006), disosiyasyonun travmayı anlamada anahtar bir kavram olduğunu savunmaktadır. Akut travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depersonalizasyon bozukluğu, disosiyatif amnezi, disosiyatif füg ve disosiyatif kimlik bozukluğunu (DKB) kişiliğin yapısal disosiyasyonunun birer spektrumu olarak görürler (Nijenhuis, van der Hart ve Steele, 2004; van der Hart ve Nijenhuis, 1998; van der Hart, Nijenhuis ve Steele, 2005; van der Hart, Nijenhuis, Steele ve Brown, 2004). Bir yüzyıllık psikolojik travma çalışmaları sonucunda gösterilmiştir ki travmatize

olmuş kişiler amnezinin bir sonucu olarak travmalarını intrüziv (istenmeden zihne giren) düşünceler/*anılar* olarak yeniden yaşama, travmalarından ayrışmış/*kopuk* olma ya da travmalarının farkında olmama durumları arasında geçiş yapma eğilimindedir. Bu değişim ile uyumlu olarak, genellikle uzun süreli ve şiddetli kişiler arası istismar öyküleri ile ilişkili olduğu gösterilen psikolojik problemler; kompleks TSSB veya başka türlü adlandırılamamış aşırı stres bozuklukları olarak adlandırılmıştır (BTA-ASB; Herman,1992; Van der Kolk, Perry ve Herman, 1991). Bu tanılar disosiyatif bozukluklarda sıklıkla görülen aşağıdaki altı semptom kümesinden oluşur (Van der Kolk, 2001):

1. Duygulanım ve dürtülerin düzenlenmesinde değişiklikler (öfke ve kendine zarar verme davranışlarının düzenlenmesindeki zorluklar dâhil)
2. Dikkat ve bilinçteki değişiklikler; genellikle amnezi, disosiyatif ataklar ve depersonalizasyona neden olur.
3. Kronik suçluluk duygusu, sorumluluk ve utanç gibi kendini algılamada değişiklikler
4. Güven eksikliği ve yakın hissedememeye bağlı olarak başkalarıyla olan ilişkilerde değişiklikler.
5. Kimlik mekanizmalarının bütünleşik işleyişine ilişkin bozukluklar.

Classen, Pain, Field ve Woods (2006) kronik travmatizasyon, dezorganize bağlanma bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve sınırda kişilik bozuklukları (SKB) arasındaki ilişkiyi daha açık ifade etmek için yeni bir tanı kategorisi olarak travma sonrası kişilik bozukluğunu (TSKB) önerdi. Her ne kadar karmaşık TSSB veya başka türlü adlandırılamamış aşırı stres bozuklukları (BTA-ASB) kronik travmatizasyonun sonuçlarını yansıtmayı amaçlasa da, kendi tanımladıkları alanlar daha doğru olarak bir kişilik

bozukluğu, daha spesifik olarak travma sonrası kişilik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Her ikisi de TSSB ile ilişkili, biri organize bağlanmayı diğeri ise dezorganize bağlanmayı içeren iki tip TSKB'nin olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre travma sonrası kişilik bozukluğu-dezorganize tip (TSKB-D), SKB ve BTA-ASB'nin birlikte olduğu durumu gösterirken; travma sonrası kişilik bozukluğu-organize tipi ise (TSKB-O) SKB'siz BTA-ASB'yi temsil eder. Araştırmacılar kronik travmatizasyonun etkisinin, organize veya dezorganize bağlanma bağlamında anlaşılmasının tedavi ve ileri araştırmalar açısından spesifik sonuçları olduğunu öne sürmektedirler.

Onlarca yıllık klinik deneyimlerle ortaya çıkan bu kavramsal değişiklikler, travma ve disosiyasyonun gerçekte bir arada var olduğunu ve açıkçası benzer evrim temelli biyolojik sistemler tarafından yönlendirildiğini göstermektedir.

## BİYOLOJİK AKSİYON SİSTEMLERİNİN EVRİMİ

Bu bölümde travma sonrası semptomlar ve disosiyatif semptomlar ile, biyolojik duygusal işlev sistemleri ve fonksiyonel sistemler arasındaki ilişki gösterilecektir (Panksepp, 1998, Fanselow & Lester, 1988). Kolaylık olması açısından, bu sistemlere "biyolojik aksiyon sistemleri" adı verilecektir (Nijenhuis et al., 2004). Panksepp, beyindeki duygusal sistemleri (aksiyon sistemleri) tanımlayan altı objektif nöral kriter listelemiştir. Bu kriterler aşağıdaki gibidir:

> Altta yatan devreler, önceden genetik olarak belirlenmiş olmalı ve büyük zorlu yaşam şartlarından kaynaklanan uyaranlara koşulsuz yanıt verecek şekilde tasarlanmalıdır; bu devreler, türlerin evrimsel tarihi boyunca zorlu yaşam

şartları karşısında uyum sağlamaya yönelik olduğu gösterilmiş olan motor devreleri ve eşzamanlı otonomik hormonal değişiklikleri aktive veya inhibe ederek çeşitli davranışları düzenlemelidir; bu duygusal devreler uyarılmış davranış dizileriyle ilgili olan duyusal sistemlerin hassasiyetlerini değiştirmelidir; bu duygusal sistemlerin nöral aktivitesi, tetikleyici şartlardan daha uzun olmalıdır; bu duygusal devreler duygusal olarak nötr çevresel uyaranların koşullu kontrolü altında olmalıdır ve bu devreler, daha yüksek karar verme süreçleri ve bilinci oluşturan beyin mekanizmaları ile karşılıklı etkileşime sahip olmalıdır (s. 48-49).

Bu nedenle, bu aksiyon sistemleri, homeostaz, zaman ve deneyimin bağlamına göre kendi kendini organize ve stabilize eder. Bunlar aynı zamanda evrim sırasında geliştirilen ve memeli biyolojik sistemlerine benzer fonksiyonel sistemlerdir.

Panksepp bazı duygusal işlev sistemleri (aksiyon sistemleri) tanımlamıştır. Bunlar öncelikle genetik olarak kodlanmış nöral devreler olarak, beynin lokal elektriksel uyarımı ile uyarılabilen, iyi organize edilmiş davranış tepkileri oluşturan sistemlerdir:

1. Arama sistemi: Çevreye, gıda arayışına, sıcaklığa ve cinsel doyuma ilgi ve keşfe aracılık eder.

2. Korku sistemi: Kaçmaya veya donakalmaya aracılık eder.

3. Öfke sistemi: Savaşmaya aracılık eder.

4. Panik sistemi: Tehlikenin ifade edilmesine ve sosyalleşmeye aracılık eder.

Dolayısıyla bu sistemler kişiliği şekillendiren temel unsurlardır. İdeal olarak, travmatik olmayan bir gelişimsel sürecin sonucunda bu aksiyon sistemleri içinde ve arasında bir entegrasyon gerçekleşir. Evrim süresince bu ilkel aksiyon sistemleri karmaşık

ilişkiler de dâhil olmak üzere, karmaşık eylem eğilimlerine girmemizi sağlayan daha yüksek kortikal fonksiyonlarla bağlantılı hale gelmiştir (Van der Hart ve diğerleri, 2006). Dolayısıyla yetişkin olarak işlev görmek, biyopsikososyal gereklerin derin karmaşıklığını içerir (Çocuklara bakmak, sosyalleşmek, rekabet etmek, sevmek ve korumak, iç ve dış dünyamızı keşfetmek). Bu hedeflere ulaşmak, bu aksiyon sistemlerinin derin bir entegrasyonunu gerektirir. Geçekte, nevrotikten şiddetli disosiyasyona kadar pek çok psikolojik sorun, bu aksiyon sistemlerinin dengelenme ve entegre edilme zorluğunu içerir (van der Hart et al., 2006).

Travmatoloji ve nörobiyoloji alanlarında disosiyasyonun, travmatik deneyimlerin bir sonucu olarak normatif ve gelişimsel bir fenomen olduğu konusunda artan bir fikir birliği olmasına rağmen, bu araştırmada yalnızca kişiliğin travmaya bağlı yapısal disosiyasyonu bağlamında kavramsallaştırılacaktır. Kişilik bozuklukları ile başa çıkmak, normal ve gelişimsel olarak doğal disosiyasyonun kapsamlı bir keşfi için bölüm 7'ye bakabilirsiniz.

Bu bölümde travmatik ve disosiyatif bozuklukların çeşitli semptom kümeleri ve sendromları sistematize edilecektir. Bunun için semptom ve sendromlar, travmayı yeniden deneyimlemeye karşı travmadan kopma açısından organize edilecek ve bunlara aracılık eden aksiyon sistemleriyle ilişkilendirilecektir. Örneğin travmayı yeniden yaşama, ciddi bir tehdit tarafından uyarılmış olan, doğuştan ve evrimsel olarak türetilmiş Korku ve Öfke savunma sistemleri ile ilişkilendirilecektir. Kompleks aksiyon sistemleri kaçma, donakalma ve savaşma gibi çeşitli alt sistemleri kapsar. Travmadan kopma hali, günlük yaşamdaki işlevleri kontrol eden (örneğin, çevrenin araştırılması ve enerji kontrolü) ve türün hayatta kalmasına adanmış fonksiyonlara aracılık eden (üreme ve yavrulara bağlanma ve bakıma verme gibi) Arama ve Panik eylem sistemleri ile ilişkilendirilecektir (Nijenhuis et al., 2004;

Van der Hart et al., 2006). Ayrıca, bu aksiyon sistemleri, birincil, ikincil ve üçüncül disosiyasyon organizasyon yapıları referans alınarak da gözden geçirilecektir (Nijenhuis ve diğerleri, 2004; van der Hart ve diğerleri, 2006; Van der Hart, Van der Kolk ve Boon, 1996; Van der Kolk, Van der Hart ve Marmar, 1996).

## DİSOSİYASYON TİPLERİ

### Birincil Disosiyasyon

Van der Hart (1996), Van der Kolk (1996) ve arkadaşları birincil disosiyasyonu, travmatik olayın bütününün bilince entegre edilememesi olarak tanımlar. Bilince bütün olarak entegre edilememenin nedeni ise parçalanmış travmatik anıların, öncelikle duyusal biçimde farkındalığa girmesi olarak ifade edilmektedir. Bu intrüziv duyusal parçalar görsel, koku, işitsel, devinimsel veya iç organlarla ilişkili olma eğilimindedir. Bu nedenle, birincil disosiyasyon TSSB'nin karakteristiğidir. Burada en dramatik semptomlar travmatik anılarla ilişkili intrüziv yeniden hatırlamalar, kâbuslar ve yeniden yaşantılamalardır. Bu fenomenolojik yanıtlar artmış kalp atış hızı ve elektriksel cilt iletkenliği ile de gösterileceği gibi genellikle psikofizyolojik uyarılma ile ilişkilidir (Frewen & Lanius, 2006; Orr, McNally, & Rosen, 2004). "Bu parçalanmaya, normal bilinç durumundan farklı olan ego durumları eşlik eder." (Van der Kolk ve ark. 1996, s. 307). Kişiliğin Birincil Yapısal Disosiasyonu olarak adlandırılan daha yeni bir kavramsallaştırmada, yetişkin ego durumu veya kendilik ve diğer disosiye olmuş ego durumları için sırasıyla "kişiliğin görünürdeki normal parçası" (GNP) ve "kişiliğin duygusal parçası" (DP) şeklinde ego durumları tanımlanmıştır (Nijenhuis et al.,2004; Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001). GNP ve DP tanımları başlangıçta Myerse (1940) tarafından ortaya atılmış ve

daha sonra van der Hart, Nijenhuis ve Steele tarafından değişik yazılarda yeniden hayat bulmuştur.

### İkincil Disosiyasyon

Van der Hart (1996), Van der Kolk (1996) ve arkadaşları; birey, bir kez travmatize (disosiye) olmuş bir zihin halini yaşadığında, kişisel deneyim olarak daha fazla dağılma meydana gelebileceğini gözlemlediler. Bu, derealizasyon ve depersonalizasyon şeklinde görülebilir: İnsanlar travma anında bedenlerini terk etme ve travmayı uzaktan gözlemleme deneyimlerini rapor etmektedirler. Bu nedenle ikincil disosiyasyon, bireylerin travmatik deneyimlerini adeta bir seyirci olarak izlemelerine, acılarını ve sıkıntılarını sınırlamalarına izin verir. Fenomenolojik olarak bu durum parçalanma ve disosiye olmuş ego durumların oluşumunda artışa neden olur. Kişiliğin ikincil yapısal disosiyasyonundaki bu artmış parçalanma, duygusal parçaların bölünmelerindeki artışla gözlenmektedir (Steele ve ark. 2001). Bu konstellasyon, tanısal olarak kopmleks TSSB, BTA-ASB, depersonalizasyon bozuklukları, disosiyatif amnezi ve disosiyatif füg durumlarını oluşturma eğilimindedir.

### Üçüncül Disosiyasyon

Üçüncül disosiyasyon "travmatik deneyimi içeren farklı ego durumlarının, farklı bilişsel, duygusal ve davranışsal örüntülere sahip kompleks kimliklerin" gelişmesi sonucu oluşur (Van der Kolk ve ark. s. 308). Bu durum fenomenolojik olarak genellikle birbirlerinin çok az bilincinde olan veya hiç bilincinde olmayan, ciddi biçimde kaotik ve derinden disosiye olmuş alter kimlikleri oluşturur. DP'lerin artan bölümlerine ek olarak, kişiliğin üçüncül yapısal disosiyasyonu aynı zamanda GNP'lerin daha fazla bölünmesine neden olur (Nijenhuis ve ark. 2004). Bu grup tanısal

olarak disosiyatif kimlik bozukluğunu oluşturma eğilimindedir.

Bu nedenle örneğin disosiyatif kendilik durumları, alterler ya da diğer disosiyatif kendilik durumlarına karşı yetişkin kendilik olarak ifade edilecektir. Bunun yanı sıra DP'lere karşı GNP'ler ifade edilecektir.

## BİRİNCİL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ

"Travmatik deneyimler bağlamında, ciddi tehdidin kişilikte yapısal bir disosiyasyona neden olduğunu kabul ediyorum." (Nijenhuis ve ark., 2004; Van der Hart, 2000; Van der Hart ve ark., 2006). Disosiyasyon ilk haliyle, bir yandan savunma aksiyon sistemleri şeklinde, diğer yandan türlerin günlük yaşamını ve hayatta kalmalarını yönetmeyi içeren aksiyon sistemleri şeklinde kavramsallaştırılmıştır (Nijenhuis ve ark. 2004).

Son yirmi yılda nörobiyoloji alanına çok fazla ışık tutulmuştur. Araştırmaların çoğu, duygusal zihin durumumuza aracılık eden bileşenlere odaklanmıştır. Özellikle, amigdala, talamus, sol dorsolateral prefrontal korteks, ön singulat girus ve hipokampus gibi yapıların fonksiyonları arasındaki ilişki artan bir netlikle ifade edilmiştir. TSSB'de bu yapılardaki fonksiyon bozukluğunu anlamak için, bu yapıların fonksiyonel karakteristiklerinin kısa bir açıklaması gereklidir.

### Tanımlayıcı ve Fonksiyonel Anatomi

Amigdala beyin sapının üstünde yer alan, birbirine bağlı yapılardan oluşan badem şeklinde bir parçadır. Sağ ve sol hemisferlerin temporal loblarında iç içe yerleştirilmiş iki yapıdan oluşur. Sağ yarımküredeki kortikomedial amigdala, öncelikle koku soğanı, hipotalamus ve beyin sapının visseral (iç organla-

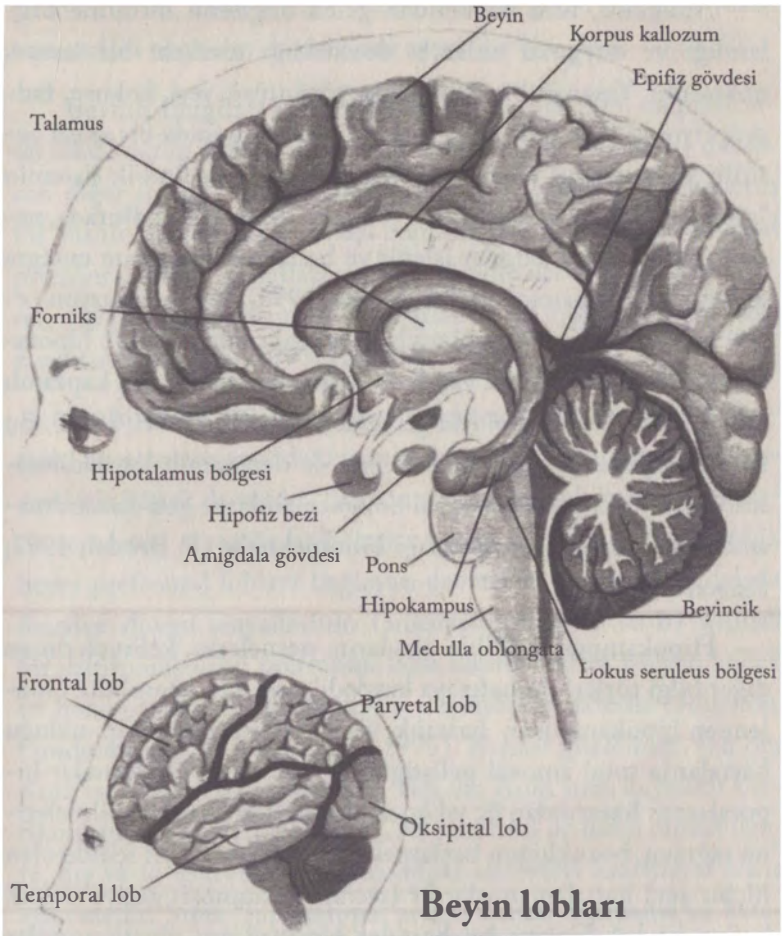
ra ait) çekirdeği ile bağlantılıdır. Sol yarımküredeki bazolateral amigdala, talamus ve serebral korteksin parçaları ile bağlantılıdır. Hipokampus da temporal lobda bulunur (bk. Şekil 2.1).

Talamus, üçüncü ventrikülün her iki tarafındaki temporal lobda bulunur. Talamus birçok küçük çekirdekten oluşur ve adeta merkezî sinir sisteminin alt kısımlarından serebral kortekse iletilen hemen hemen tüm bilgiler için bir aktarma istasyonudur. Temporal lobda talamusun altında, otonom sinir sisteminin merkezî kontrolü öncelikle ilişkili olan hipotalamus yer alır (P. Brodal, 1992).

Bu yapıları kısmen çevreleyen singulat girustur. Singulat girusun ön korteksinin koşullu duygusal öğrenmeye dâhil olduğu, iç ve dış uyaranlara duygusal değerlik atadığı, gerçek ve algılanan tehdit arasında daha gerçekçi bir farklılaşmayı kolaylaştırdığı görülmektedir (Devinsky, Morrell ve Vogt, 1995).

Hipokampus ve amigdala, önce korteksin sonra neokorteksin gelişmesine yol açan ilkel "burun beyni"nin (rinensefalon) iki kilit parçasıdır (P. Brodal, 1992; Goleman, 1995). Bu limbik yapılar öğrenmenin başlaması ve hatırlama için gereklidir (A. Brodal, 1980; P. Brodal, 1992; Goleman, 1995; LeDoux,1986, 1992, 1994; Walsh, 1987).

**MODİFİYE EDİLMİŞ SAGİTTAL KESİM**




ŞEKİL 2.1: Beynin bazı seçilmiş yapıları. (Çocuklukta Cinsel İstismarın Travmatik Hafızasının Karmaşıklığı El Kitabı: Psikobiyolojik Bir Yaklaşım 1996, Fay Honey Knopp ve Anna Rose Benson, Safer Society Foundation, Inc.'in izniyle. İllüstrasyon: Barbara Poeter)

Amigdala, tüm duyulardan gelen bilgilerin birbirine bağlandığı ve duygusal anlamla donatıldığı merkezî bir kavşak noktasıdır. Yaşanan bir deneyimin görüntüsü, sesi, kokusu, tadı, propriyoseptif ve dokunma hislerinin hepsi burada bir araya getirilir ve hatırlanır (Reiser, 1994). Hipokampus limbik sistemin "giriş yeri" olarak adlandırılır (Winson, 1985, 1993). Burada, neokorteksten gelen bilgiler işlenir ve hafıza ve duygunun entegre olduğu limbik sisteme iletilir (Reiser, 1994). Bu entegrasyon çeşitli kortikal bağlantı alanlarıyla ve septal çekirdekler ve hipotalamus gibi diğer limbik yapılarla doğrudan ve dolaylı, kapsamlı iki yönlü bağlantılar yoluyla gerçekleştirilir (P. Brodal, 1992). Bu karmaşık yapının bellekte, özellikle de deneyimin kaydedilmesinden sonraki yaklaşık üç yıl boyunca anıların geri kazanılmasında merkezî bir rol oynadığı bilinmektedir (P. Brodal, 1992; Reiser, 1994).

Hipokampus özellikle olayların, nesnelerin, kelimelerin ve diğer bilgi türlerinin hafızaya kaydedilmesi için önemlidir. Gözlemler hipokampusun hastalık veya travma ile tahrip olduğu hastalarda total amnezi geliştiğini göstermiştir. Bu hastalar hipotalamus hasarından üç yıl önce olan şeyleri hatırlayabilmelerine rağmen, bozukluğun başlamasından önceki üç yıl içinde olan hiçbir şeyi hatırlamamışlardır (retrograd amnezi: geriye dönük hafıza kaybı). Dahası bu hastalar hiç yeni anı oluşturamazlar (anterograd amnezi: İleriye dönük hafıza kaybı). Yaşadıkları hiçbir şeyi prova olmadan birkaç dakikadan fazla hatırlayamazlar (Bloom & Lazerson, 1988; P. Brodal, 1992; Reiser, 1994; Walsh, 1987). Amigdala duygusal belleği korurken, hipokampus salt gerçekleri korur. Bu şekilde bellek algısal kalıplar ve bağlamlar açısından işleniyor gibi görünmektedir (LeDoux, 1992; van der Kolk, 1994). Hayvanat bahçesindeki bir ayının arka bahçenizdekinden farkını ve önemini tanıyan hipokampustur (Goleman,

1995). Ayrıca, uzun zaman önce meydana gelen olaylarla yakın zamandaki olayların da önemini ayırır.

Beynin amigdala için sönümlenme anahtarının, sol prefrontal lobda, alnın hemen arkasında neokortekste büyük bir devrenin diğer ucunda konumlandığı görünmektedir. Bu devrelerin bir kısmı da temporal lobda bulunur. Beynin bu dorsolateral prefrontal kısmı, amigdala ve diğer limbik alanları modüle ederek duygusal uyarılarımıza daha analitik ve uygun bir tepki kazandırır (Goleman, 1995; LeDoux, 1986).

Prefrontal korteks, işleyen bellekten sorumlu beyin bölgesidir. Bu alanlar arasındaki yapısal köprünün yanı sıra, biyokimyasal bir köprü de vardır. Tüm bu alanlar yüksek konsantrasyonda serotonin reseptör bölgelerine sahip bölgeler içerir. Limbik beyni prefrontal loblara bağlayan devrelerin varlığı, amigdalada üretilen duygu sinyallerinin (anksiyete, öfke ve terör) sinirsel bir statik oluşturup prefrontal lobu sabote ederek işleyen bellek ve homeostazisi koruyabildiğini düşündürtmektedir (Selemon, Goldmanrakic ve Tamminga, 1995). Benzer gözlemler Van der Kolk tarafından da yapılmıştır. Van der Kolk stres kaynaklı kortikotropin salgılatıcı faktörü (CRF) üretimi de dâhil olmak üzere, dış ve iç uyaranların hipokampal aktiviteyi azalttığını ifade etmektedir. Stres "hipokampal aracılı bellek depolama ve kategorizasyon işlevine müdahale ettiğinde olayın bazı zihinsel parçaları, muhtemelen duygusal deneyimi kaydeden ancak sembolik işleme veya uzay-zamanda yerleştirme kapasitesine sahip olmayan bir sistem aracılığıyla saklanmaktadır" (s. 261).

Son çalışmalarda amigdalanın travmanın olgunlaşma ve gelişmesine yeni bir ışık tutmasının yanı sıra travmanın anlaşılmasında da çok önemli bir rolü olduğu keşfedilmiştir (LeDoux, 1986, 1992, 1994). Beyin yapısında amigdala adeta bir alarm

gibi durur. Duyulardan gelen eksik veya kafa karıştırıcı sinyaller, amigdala'nın, deneyimleri tehlike açısından taramasına izin verir. Göz, ağız, deri ve kulaklardan gelen duyusal sinyaller beyinde ilk olarak talamusa ve daha sonra tek bir sinapsla amigdalaya geçer. Burundan gelen duyusal koku sinyalleri, talamusu da atlayarak doğrudan amigdalaya yönlendirilir. Talamustan gelen ikinci bir sinyal neokortekse, yani düşünme beynine yönlendirilir. Bu dallanma neokorteksin bir yanıtı tam olarak algılayıp başlatmasından önce (neokorteks yanıt vermeden önce birkaç beyin devresi katmanı ile bilgi üzerinde kafa yorar) amigdalaya izin verir (LeDoux, 1986). LeDoux'un gözlemlerinden önce limbik sistemin tepki vermesi için, neokorteksin amigdalaya izin vermesini beklemesi gerektiği düşünülüyordu. LeDoux'un çalışmaları anatomik olarak "duygusal" amigdalanın neokorteksten bağımsız hareket edebileceğini göstermiştir. LeDoux bazı duygusal tepkilerin ve anıların, bilinçli bilişsel katılım olmadan oluşturulabileceğini öne sürmektedir.

Talamustan amigdalaya olan ve neokorteksi atlayan kısayol sayesinde amigdala anılara aracılık edebilir ve bilinçsizce yaptığımız tepki repertuarlarını başlatabilir. Amigdala çevresel stres veya içsel anksiyete ile uyarıldığında, beyinden adrenal beze giden bir sinir ile vücutta uyanıklık oluşturan epinefrin ve norepinefrin salgılanmasını tetikler. Bu nörotransmitterler vagus siniri üzerindeki reseptörleri aktive eder. Vagus siniri kalbi düzenlemek için beyinden mesajlar taşırken aynı zamanda epinefrin ve norepinefrin tarafından tetiklenen sinyalleri de beyne geri taşır. Amigdala bu sinyallerin taşındığı beyindeki ana bölgedir. Bu sinyaller amigdala içindeki nöronları, diğer beyin bölgelerine sinyal göndermek ve burada yeni olayların anısını güçlendirmek üzere aktive eder. Bu amigdaloid uyarılma, duygusal uyarılma anlarının çoğunu ek bir güç derecesi ile hafızaya yazdırıyor gibi

görünüyor (Goleman, 1995). Amigdaloid uyarılma ne kadar yoğunsa, kayıt işlemi de o kadar güçlü olacaktır (LeDoux, 1986).

Benzer şekilde Van der Kolk da (1994) insanların şiddetli stres altındayken, bellek konsolidasyonunun gücünü etkileyen endojen stres hormonları salgıladığını belirtmektedir. Kolk "travma sırasında büyük oranda gerçekleşen nörohormon salınımının, travmatik anıların uzun süreli potansiyalizasyonunda (ve dolayısıyla aşırı konsolidasyonda) rol oynadığını" varsaymaktadır (s. 259). LeDoux'un çalışmalarına atıfta bulunarak, bu fenomene norepinefrinin amigdalaya girmesi yoluyla büyük ölçüde aracılık ettiğini belirtmektedir.

Amigdalanın bu aşırı uyarılması, hipokampal işlevler ile etkileşime girerek deneyimin bilişsel değerlendirilmesini ve semantik temsilini engeller. Anılar daha sonra sensorimotor (duyusal ve bedensel) şekilde, somatik duyumlar ve görsel imajlar şeklinde saklanır (Van der Kolk ve Van der Hart, 1991).

## Patofizyoloji

Bu nedenle, travmatik bir olay ortaya çıktığında, amigdala alarmı çalar ve beynin tüm önemli bölümlerine acil mesajlar gönderir. Vücudun savaş veya kaç hormonlarını ve hipotalamusun hipofiz bezini uyararak CRF salgılamasını tetikler. Serebellumu (beyincik) kas faaliyetleri için harekete geçirir ve medullaya kardiyovasküler sistemi, kasları ve diğer sistemleri aktive etmesi için sinyal gönderir. Diğer devreler lokus seruleusa, beyin sapı, limbik sistem ve neokorteks gibi diğer beyin merkezlerinin reaktivitesini arttırmada rol alan norepinefrin salgılanması için sinyal gönderir. Hipokampus, dikkatin perçinlenmesini sağlayan dopamin salınımı için sinyal verir (Goleman, 1995; van der Kolk, 1994). Çoğu durumda, travmatik olay söner ve sistemler bazal düzeyine geri döner.

Eğer travma sürekli olarak devam ederse, kontrolü kaybetme ve çaresizlik hissi başlar. Beyin, savaş veya kaç aksiyon sistemlerini kalıcı olarak kullanmaya devam ederek travma sonrası stres bozukluğu olarak bildiğimiz duruma girer (Goleman, 1995; Kolb, 1987). Locus seruleus hiperaktif hale gelir ve tehlike içermeyen ancak bir şekilde travmayı anımsatan durumlara bile yüksek düzeyde norepinefrin salgılar. Hipotalamus da hiperaktif hale gelir ve hipofiz bezine CRF salgılaması için sinyal vermeye devam ederek vücudu mevcut olmayan bir acil duruma karşı uyarır. Uyarılmış amigdala, endorfin salgılaması için korteksteki opioid merkezlerine sinyal gönderir. Bu da uyuşma ve anhedoniyi tetikler (van der Kolk, 1994). Etkin olan neokorteks döngüden çıkarılır. Sol prefrontal korteks acil durum sistemlerini kapatamaz.

Norepinefrin seviyeleri son derece yüksek olduğundan, REM (hızlı göz hareketi) uykusuna aracılık eden sistemlerin işleyişi düşer veya bozulur. REM uykusu bozulmuş veya tamamen baskılanmıştır. Daha adaptif bir yarın için işlenmesi gereken bilgiler yanlış işlenir. Bu günlerce devam ettiğinde REM yoksunluğu başlar. Olayın duygusal ve bilişsel yorumları çarpıtılır. Yanıt ve alarm amigdalada kilitlenir ve neokorteks aracılık etmek için kullanılamaz.

Evrimsel bir bakış açısına göre bu durum, hayvanların adaptif ve hızlı tepki vererek kendilerini korumasını sağlar. Aşırı tepki, hayatta kalmak için düşük tepki vermekten daha uyumludur (LeDoux, 1994). İnsanlar için ise aşırı yüklü ve duygusal olarak kaydedilmiş anılara bu şekilde tepki vermek, günlük işleyişimizi ve ilişkilerimizi kontrol etmekte uyumsuz olacaktır.

### Araştırma

Llinas (1998, 2001), Llinas ve Ribari (1993) ve Llinas, Ribari, Contreras ve Pedroarena (1998) talamik salınımları ve

talamokortikal-temporal bağlanmayı tanımlamaktadır. Araştırmalarının sonucu olarak talamusun, beynin tüm fonksiyonel alanlarının senkron nöronal salınımına aracılık ederek algı, somatosensoriyel duyum, biliş ve bellek entegrasyonunda rol aldığını ifade etmektedirler.

TSSB'nin nörogörüntülemesi ile ilgili olarak en çok tekrarlanan bulgu (travmatize olmayan kontrollere göre) ön singulat korteks (Brodmann'ın 24. ve 32. alanları) ve dorsolateral prefrontal kortekste (Brodmann'ın 9. ve 10. alanları) aktivite azalmasıdır (Bremner, Staib, & Kaloupek, 1999; Lanius, Williamson, & Densmore, 2001; Lanius, Williamson, & Hopper, 2003; Shin, McNally, & Kosslyn, 1999; Shin, Whalen, & Pitman, 2001). Yukarıda belirtildiği gibi bu yapıların, çeşitli temel duygu işleme işlevlerine hizmet ettiği bilinmektedir. Ön singulat korteks duygusal, bilişsel ve otonomik tepkileri düzenleme açısından dikkatin yürütücü (çaba gerektiren, kasıtlı) kontrolünde yer alır. TSSB'den muzdarip hastalarda ön singulat korteksin göreceli inaktivasyonu, bu hastaların otonomik ve afektif yanıtları modüle edemediği klinik gözlemiyle uyumludur (Frewen ve Lanius, 2006). Bununla bağlantılı olarak nörogörüntüleme çalışmalarında kaydedilen amigdaladaki aşırı aktivite, bu yanıtlara kısmen aracılık eder (Liberzon, Taylor, & Amdur, 1999; Rauch et al., 1996; Shin et al.,1999; Shin, Wright, & Cannistraro, 2005). TSSB vakalarında sol dorsolateral prefrontal kortekdeki azalmış aktivite, belirtilen bu hiperaktif yanıtla tutarlıdır. Çalışmalar dorsolateral prefrontal korteks ile amigdala aktivasyonları arasında ters bir korelasyon bulmuştur (Frewen ve Lanius, 2006; Gilboa, Shalev ve Laor, 2004; Shin vd., 2005).

Yehuda nöroendokrin çalışmalar ile ilgili olarak, ilk gözlemlerdeki aşırı stresle tetiklenen bozukluklardaki düşük kortizol düzeyinin, güncel spekülasyon olan TSSB ve diğer diğer stres bo-

zukluklarının yüksek kortizol düzeyi tarafından yönlendirildiği görüşü ile direk olarak çeliştiğini belirtmektedir (Yehuda 2006). Ayrıca TSSB olan kişilerde düşük idrar kortizol atılımının tespit edildiği ilk çalışmalardan (Yehuda, 2002'de derlemiştir) bu yana yayınlanan verilerin çoğunun, TSSB'deki kortizol değişikliklerinin akut ve birçok kronik stres durumundan ve majör depresif bozuklukla ilişkili olan durumlardan farklı olduğunu gözlemlemiştir. Bu aslında TSSB'yi bugüne kadarki diğer tüm stres bozukluklarından ayıran bir nöroendokrin belirteç verir. Bu nöroendokrin profilin etkileri henüz tam olarak anlaşılamamıştır.

TSSB'de hipokampal hacim ile ilgili yapılan görüntüleme çalışmaları kesin bir sonuç vermemiştir (Teicher, Tomoda, & Andersen, 2006). Çoğu çalışma hacimde azalma olduğunu göstermiştir (Bremner, Vythilingam ve Vermetten, 2003; Gilbertson, Shenton ve Cizewski, 2002; Gurvits, Shenton ve Hokama, 1996). Öte yandan De Bellis ve arkadaşları (1999), kötü muamele gören kırk dört TSSB'li çocuk ve altmış bir sağlıklı kontrolle/*sağlıklı kişiyle* yaptığı hipokampüsün ayrıntılı hacimsel analizinde gruplar arasında önemli bir fark tespit edememiştir. Ayrıca Carrion ve arkadaşları da (2001) hacimde önemli bir azalma bulamamışlardır. Böylece bu konu halen karışık kalmaya devam etmektedir.

Schiffer, Teicher ve Papanicolaou (1995) travmatize (istismar edilmiş) kişiler ile sağlıklı kontrollerin/*kontrol grubunun* hemisferik (yarımküre) lateralizasyon paternlerini, işitsel uyarılmış potansiyellere odaklanan elektroensefalografi (EEG) kullanarak incelediği çalışmada travmatize olmuş grupta sağ yarımküre uyarılmış potansiyelinde baskılanma gösterildi. Bu durum sıkıntı verici anıların hatırlanması sırasında sağ yarımküre lehine olan belirgin bir taraflılığa ve eşzamanlı olarak sol yarımküre fonksiyonunda azalmaya neden olmaktaydı. İlginç bir şekilde nötr bellek görevi sırasında, gelişmiş sol kortikal aktivitenin göstergesi

olan uyarılmış potansiyeller sol korteks üzerinde güçlü bir şekilde bastırıldı. Kontrollerde sıkıntı veren anıların hatırlanması sırasında önemli bir taraflılık gösterilmedi. Yazarlar, çocukluk çağı istismarı olan hastalarda iki yarımkürenin daha otonom olarak (daha az senkronize) çalıştığını öne sürmektedirler.

Teicher ve arkadaşları (1997) hastanede yatan, yoğun fiziksel veya cinsel istismar öyküsü olan on beş çocukta taraflılığı incelemek için EEG koheransını kullandı. Bu çocuklar benzer yaşta ve istismara uğramamış on beş gönüllü ile karşılaştırıldı. Farklı beyin bölgeleri arasındaki bağlantı derecesini belirlemek için EEG koherans kullanıldı. Suistimale uğrayan çocuklar kontrollerden önemli ölçüde farklıydı. Daha yüksek seviyelerde sol yarımküre koherans ve tersine asimetri olduğunu ve sol yarımküre koheransının sağ yarımküre koheransından önemli ölçüde yüksek olduğunu kanıtladılar. Ayrıntılı analizlerde artan sol koherans sol kortikal işlevlerdeki bir eksiklikten kaynaklandığını ileri sürdüler.

Ön singulat ve dorsolateral prefrontal korteksle ilgili bulguların tekrar edilmesine ek olarak, Lanius ve arkadaşları (2001, 2003), önceki çalışmalara (Bremner ve ark. 1999 ve Liberzon ve ark. 1999) benzer şekilde TSSB şikâyeti olan hastalarda talamik aktivasyonun azaldığını belirlediler. Bu talamik bozukluğun sonuçları olarak aşağıdaki sorunlar meydan gelir:

1. Somatosensoriyel entegrasyon, koku anıları, işitsel anılar, tat anıları, yeniden yaşanma görüntüleri ve rahatsız edici bedensel duyumlardaki parçalanmayla kendini gösterir.

2. Bilişsel entegrasyon çarpıtılmış kendini suçlama ve utançla kendini gösterir.

3. Bellek parçalanması, bozulmuş anlamsal bellek ile birlikte aşırı konsolide olmuş epizodik bellek ile kendini gösterir.

## Tartışma

Bu nedenle travmatik anıların uyarılmamış ve entegre bir şekilde işlenmesinden ziyade, TSSB'deki birincil disosiyatif tepkiler, travmatik anıların sanki hatırlama anında yaşanıyormuş gibi duygusal ve fenomenolojik olarak yeniden yaşanmasını içerir. TSSB'nin birincil yapısal disosiyasyonu, esasen doğuştan gelen ve evrimsel olarak türetilmiş olan Korku veya Öfke savunma aksiyon sistemlerinin aracılık ettiği disosiyatif bir kendilik durumu veya kişiliğin duygusal parçasının (DP) ortaya çıkmasına neden olur. Kompleks aksiyon sistemleri kaçma, donakalma ve savaşma gibi çeşitli alt sistemleri içerir. Yetişkin kendilik veya "kişiliğin görünürdeki normal parçası" (GNP) günlük yaşamla daha ilgili görünmektedir. TSSB'nin yapısal disosiyasyonunun işlevi travmadan kopmadır. Bunun için (çevrenin keşfi ve enerji kontrolü gibi) günlük yaşamdaki işlevleri kontrol eden ve (üreme, yavrulara bağlanma ve bakım verme gibi) türlerin hayatta kalmasına aracılık eden Arama ve Panik aksiyon sistemlerini kullanır (Nijenhuis ve ark., 2004; van der Hart ve ark. 2006).

Yetişkin kendilik veya GNP, Myers (1940) ve van der Hart ve ark. tarafından "görünürde normal" olarak düşünülmüş ve travmadan kopmak ve işlevselliğin devam etmesine aracılık eden işlevler olarak değerlendirilmiştir. Bu parça travma için çeşitli duyusal modalitelerin aralıklı anestezisinin yanı sıra, değişik derecelerde amneziyi de kullanır (Nijenhuis ve diğerleri, 2004). Bu nedenle, TSSB'nin birincil yapısal disosiyasyonu, DP'lerin tehdit ipuçlarına sabitlendiği hayvan savunmalarına benzer tepkilerle karakterize olan disosiye olmuş travmatize bir kendilik veya DP üretir. Aynı zamanda yetişkin kendilik veya GNP, bu tehdit ipuçlarından kaçınma ile karakterizedir. Van der Hart, Nijenhuis ve Steele'nin çeşitli yazılarına göre TSSB, disosiyasyonun bir görünümü olarak ifade edilmektedir. Çünkü DP'ler ve GNP'ler

tehditle ilişkili koşulsuz ve koşullu uyaranlara, bu uyaranlar önceden bilişsel olarak deneyimlense bile farklı psikobiyolojik stres tepkilerine (entegre etmeyen) sahiptir.

## İKİNCİL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ

Travmatik anıları yeniden yaşama hissini vurgulayan birincil disosiyasyonun aksine ikincil disosiyasyon, zihnin bedenden "ayrılması" ve travmayı uzaktan gözlemlemek olarak tanımlanmaktadır (Van der Kolk ve ark. 1996). Kişilerin bilinçli farkındalıktan bu şekilde psikolojik olarak uzaklaşması onların çektiği acı ve sıkıntıları kısıtlar, "kişileri travma ile ilişkili his ve duygulardan uzak tutar onları uyuşturur" (s. 308). Bu semptomlar TSSB'nin tanısal göstergeleri olarak değil, daha çok depersonalizasyon bozukluklarının birer göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Frewen ve Lanius 2006).

Birincil disosiyasyonla ilgili olarak bir önceki bölümde belirtildiği gibi gelişimsel psikopatoloji perspektifinin temel ilkelerinden biri; atipik gelişimin sadece tipik gelişim bağlamında anlaşılabileceğidir. Bu nedenle aşağıda her ikisi için altta yatan ortak temel mekanizmalara odaklanılmıştır.

### Gelişimsel Fizyolojik Mekanizmalar

Gelişimin başlangıç aşamaları, insan hayatının ilk üç yılında egemen olan ve özellikle erken olgunlaşan sağ beynin olgunlaşma dönemini temsil eder (Schore 1994, 2001a, 2001b, 2003). Sağ beyin yalnızca sosyal-duygusal bilgiyi işlemede, bağlanma işlevlerini teşvik etmede ve bedensel ve duygusal durumları düzenlemede değil, aynı zamanda hayatta kalmayı destekleyen ve organizmanın stresle dinamik olarak baş etmesini sağlayan

hayati işlevlerin organizasyonunda da merkezî olarak yer alır (Wittling ve Schweiger, 1993). Sağ beynin bu adaptif düzenleme kapasitesi deneyime bağlıdır ve bebek ile birincil bakım veren arasındaki bağlanma ilişkisine yerleşiktir. Bağlanma teorisi özünde düzenleyici bir teoridir (Schore, 2001a, 2001b). Daha spesifik olarak bağlanma işlemlerinde güvenli anne, sezgisel, bilinçsiz bir seviyede bebeğin değişken uyarılma seviyelerini ve dolayısıyla duygusal durumlarını sürekli olarak düzenler. İşte bu etkileşimli düzenleyici işlemler, bebeğin stresi değerlendirme ve stresle başa çıkma sürecine dâhil olan düzenleyici sistemlerin gelişimini ve genişlemesini etkileyen güvenli bir bağlanma bağı oluşturur (Schore, 1994, 2001b).

Weinstock (1997) biyolojik ve psikolojik alanların arayüzünde yatan bir kavram olarak stresi tarif ederken şöyle der:

> Canlı organizmaların hayatta kalması, içsel veya dışsal güç veya stres faktörlerinin sürekli zorlaması karşısında uyumlu bir denge veya homeostazın korunmasına bağlıdır. Stres, yaygın olarak hem yeni, potansiyel olarak tehdit edici veya üzücü bir durumun neden olduğu öznel deneyim hem de buna yönelik davranışsal veya nörokimyasal tepkileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bunlar fiziksel ve psikolojik uyaranlara adaptif yanıtı teşvik etmek ve homeostazı korumak için tasarlanmıştır... Başarılı denge bu uyaranlara uygun zamanda sonlandırılan veya aşırı reaksiyonu önlemek için karşı düzenleyici önlemlere yol açan hızlı bir nörokimyasal yanıtla yansıtılır (s. 1).

Şimdilerde bu önemli işlevlere sempatik-adreno-medüller (SAM) eksen ve hipotalamopituiter-adrenokortikal (HPA) eksenin aracılık ettiğine dair fikir birliği vardır. Ayrıca bir dizi çalışma SAM ekseninin uyarılması için gereken eşik düzeyin,

HPA ekseninin uyarılmasından daha düşük olduğunu göstermiştir (Malarkey, Lipkus ve Cacioppo, 1995). Birincisinin nörokimyası majör stres hormonu olan CRF tarafından düzenlenir ki CRF, sempatik sinir sisteminde katekolamin salınımını düzenler (Brown ve ark 1982). İkincisinin nörokimyası ise temel antistres hormonu olan glukokortikoid (kortizol) tarafından düzenlenir (Yehuda, 1999). Yehuda, stres etkeni ne kadar büyükse bu nörokimyasalların seviyelerinin de o kadar yüksek olduğuna ve ayrıca bu iki sistemin eylemlerinin sinerjik olduğuna dikkat çekmektedir. "Katekolaminler vücudun hayati organlarına enerji verilmesini kolaylaştırırken, kortizolün stresteki rolü sempatik aktivasyonu kontrol altına almak veya durdurmaktır" (s. 257). Başka bir deyişle otonom sinir sisteminin (OSS) enerji harcayan sempatik ve enerji tasarrufu sağlayan parasempatik bileşenlerinin dönüşümleri, sadece stres tepkilerinin değil duygusal durumların da otonomik ve somatik yönlerini de düzenler.

## Fonksiyonel Anatomi

Zihin ve bedenin psikolojik ve biyolojik bölümlerini entegre eden düzenleme sistemi, sağ yarımküredeki orbitofrontal korteks-tir. Bu yapı sağ yarımkürenin tüm işleyişi üzerine üst bir yönetici işlev sağlar. Rostral limbik sistemin tepesinde yer alır ve ön singulat girus, talamus, hipotalamus, insula, hipokampus, amigdala, mezensefalon, pons ve medulla oblongata işlevlerine aracılık eder. Orbitofrontal korteks, bireyler arasındaki sosyal etkileşimlerin başlatılması için gereken kişiler arası sinyallerin işlenmesinde önemli bir rol oynar (Schore,1994). Orbitofrontal nöronlar, özellikle duygusal olarak anlam ifade eden yüzler ve seslerle ilişkili görsel ve işitsel bilgileri işler (Romanski ve diğerleri, 1999; Scalaidhe, Wilson ve Goldman-Rakic, 1997). Frontolimbik sistem aynı zamanda, organizmanın durumu hakkında yüksek düzeyde entegre edilmiş bilginin temsiliyle de ilgilidir (Tucker, 1992).

Tüm beyin ve bedensel durum fenomenlerini biyokimyasal olarak düzenleyen sistemler, yaygın projeksiyonlar yoluyla beynin geniş alanlarına uyarım gönderen subkortikal retiküler oluşumun ve uyarılmayı düzenleyen biyoaminerjik nöronların farklı gruplarının üzerinde yer alır (Lydic, 1987). Artık düzenleyici sürecin en temel seviyesinin, uyarılmanın düzenlenmesi olduğu düşünülmektedir (Tucker, Luu ve Pribram, 1995). Sağ yarımküredeki orbitofrontal korteks, "uyarılmanın hem üretimi hem de afferent (uyarıyı getiren yol) geribildirim temsilinde yer alır" (Critchley, Corfield ve Chandler, 2000, s. 267).

Orbitofrontal korteksin ventral sempatik frontal alanı, ön retiküler oluşumun ventral tegmental bölgesinde dopamin nöronları ile doğrudan karşılıklı bağlantılar aracılığıyla dopaminerjik uyarılmaya aracılık eder (Iversen, 1977). Aynı zamanda ventral striatuma ve dopamin nöronları tarafından innerve edilen, motive edilmiş davranışta merkezî olarak yer alan, olumlu yüz ifadelerinin sözel olmayan kodlarının çözümlenmesinde (Morris, Robinson, Raphael, & Hopwood, 1996), zevk verici ödül ve motivasyon mekanizmalarında yer alan (Haber, Kuneshio, Mizobuchi, & Lynd-Balta, 1995; Mogenson, Jones, & Yim, 1980) bir bazal ganglion yapısı olan nükleus akümbensin çekirdeğine de sinyal gönderir (Robbins & Everitt, 1996). Buna göre ventral tegmental limbik ön beyin-orta beyin devresi olan bu uyarıcı limbik devre, (Schore, 1994, 2001a), yaklaşma davranışı, ödül motivasyonu ve aktif başa çıkma stratejileri ile ilişkili pozitif değerlenmiş durumların üretilmesiyle ilgilidir.

Orbitofrontal korteksin lateral bölgeleri, medulla oblongata, soliter çekirdek, beyin sapındaki vagal kompleks, kaudal retiküler oluşum ve lateral hipotalamusun parasempatik otonom bölgelerinde subkortikal hedeflerde uyarılmayı düzenleyen noradrenerjik nöronlarla karşılıklı bağlantılara sahiptir. Bu parasempatik in-

hibitör bir durumun başlangıcını aktive eden, olumsuz duyguyu düzenleyen, kaçınma ve pasif başa çıkma davranışları ile ilişkili lateral tegmental limbik ön beyin-orta beyin devresi, sonradan gelişen limbik devreyi içerir (Schore, 1994, 2001a). Orbitofrontal noradrenerjik inhibitör devrelerin uyarılması, "davranışsal sakinleşme" ile sonuçlanır (Arnsten, Steere ve Hunt, 1996).

Orbitofrontal korteksteki bu iki limbik devrenin işleyişi, duyguların davranışları organize ettiği gözleminin altında yatar. Bu işlev temel olarak teşvik edici ya da tiksindirici boyutlarla ilişkili, ya yaklaşma ve bağlanmayı içeren davranışlarla ya da kaçınma, kaçma ve defans davranışlarını kontrol edecek şekilde kendini gösterir (Schore, 2001a, p. 37). Van der Kolk (2006), bu gözlemle uyumlu olarak, sabit aksiyon paternlerine ilişkin son bulgular hakkında "Harekete geçmek için hem nörokimya hem de duygular harekete geçirilir. Bu ya korumak, meşgul olmak ya da savunmak için fiziksel harekete geçmek veya başkalarını davranışlarını değiştirmeye davet eden korku, öfke veya depresyonu ifade eden bedensel duruşlar sergilemek içindir." demektedir (s. 281). Bu nedenle, bu devreler yukarıda belirtilen aksiyon sistemlerine aracılık eder ve bunları düzenler.

**Patofizyoloji**

Ağır bağlanma patolojilerinde gelişmekte olan bebek veya küçük çocuk, uygun olmayan bir bakıcı ile karşılıklı düzensiz bir bağlanmadan kaynaklanan çevresel kümülatif travmaya tekrar tekrar maruz kalır. Büyümeyi engelleyen bu ortam, bebekte uzun süreli olumsuz etki yarattığı için, bebek kendini koruma amacıyla ikili düzenlemede bağlanma ihtiyacına ilişkin açık ifadelerini ciddi şekilde kısıtlar. Böylelikle çocuk limbik merkezli bağlanma sisteminin duygu işleme çıktısını önemli ölçüde azaltır. Bu yüzden savunma fonksiyonları, etkileşimli regülasyon modlarından,

uzun süreli ve daha az karmaşık otoregülasyon modlarına geçer. Bu subkortikal-limbik organizasyonel kalıplar, hayatta kalmak için ilkel stratejilerdir ve bu nedenle kendi kendini organize eden cazip durumlar haline gelirler. Bu da ilkel otoregülasyon ve disosiyasyonun alışılmış kullanımı için sahneyi hazırlar. Aslında D Tipi bağlanma (dezorganize/dezoryante) gösteren bireyler, daha sonraki yaşamlarında disosiyatif davranışlar kullanırlar (Schore, 1994, 2001a, 2001b).

Yukarıda belirtildiği gibi sağ orbitofrontal korteks rostral limbik sistemin tepesinde yer alır ve bu sistemin yöneticisi olarak işlev görür. Bu nedenle bu yapı yeterince çalıştığında "amigdala işlevlerini devralarak" yoğun duygusal uyarılma üzerinde engelleyici kontrol uygular (Schore, 2001b, p. 227).

Çok sayıda kanıt kortikal ve subkortikal ağların genetik olarak programlanmış, başlangıçta aşırı sinaptik bağlantı üretimi tarafından oluşturulduğu ilkesini desteklemektedir. Bunu daha sonra çevresel bilgiye en etkin şekilde dâhil edilen bağlantıları seçmek için çevresel olarak yönlendirilen bir mekanizma süreci izler.

Bu şekilde bağlantıların aktiviteye bağlı ince ayarı ve fazla devrelerin budanması, gelişen beynin kendi kendine organizasyonunun merkezî bir mekanizmasıdır (Chechik, Meilijson, & Ruppin, 1999; Schore, 1994). Bu süreç enerjiye bağlıdır ve özellikle kritik büyüme döneminde değiştirilebilir. Schore (1994, 2001b, 2003), kortikal-subkortikal limbik-otonomik devrelerin aşırı budanmasının erken travma ve ihmal dönemlerinde meydana geldiğini ve bu ciddi büyüme bozukluğunun, gelişimsel bir yapısal kusurun oluş mekanizmasını temsil ettiğini öne sürmektedir. Bu nedenle bu iç limbik bağlantıların şiddetli, deneyime dayalı olarak budanması, kortikal engelleme olmadan ifade edilebilecek korku ve kaçma gibi amigdala kaynaklı durumlara izin verir.

En uygun bağlamda hem amigdala hem de orbitofrontal korteksin lateral hipotalamus ile doğrudan bağlantıları vardır. Lateral hipotalamus, medullada vagus siniri ile ara bağlantılar yoluyla parasempatik yanıtları aktive ettiği bilinen bir alandır. Porges (1997, 2001), memeli sinir sisteminde sosyal ve duygusal davranışın ifadesi ve deneyimi ile ilişkili yerleşik nöroanatomik yapılar olduğunu belirtir. Bu yapıların birçoğu diğer omurgalılarda da vardır ve filogenetik gelişimin bir ürünü olarak gösterilir. Evrimsel süreçler yoluyla visseral homeostazı sürdürmek için zorluklara tepki veren spesifik özelliklerle belirli memeli sinir sistemi ortaya çıkmıştır. Bu reaksiyonlar fizyolojik durumu değiştirir ve memelilerde duyusal farkındalığı, motor davranışları ve bilişsel potansiyelleri kısıtlar. Otonom sinir sisteminin evrimi, stres ve başa çıkma ile ilgili üç adaptif alt sistemin ortaya çıkması için substratlar sağlar. Bu sistemlerin her biri tanımlanabilir filogenetik aşamalar sırasında gelişen yapılarla birleşmiştir. Porges, bu sistemleri açıklamak için onuncu kraniyal sinirin (vagus) iki dalı arasındaki nörofizyolojik ve nöroanatomik ayrımı vurgular ve detaylandırır. Her bir vagal dalın farklı bir adaptif davranış stratejisi ile ilişkili olduğunu öne sürdüğü için bu sistemleri "polivagal" olarak adlandırır. Otonom sinir sisteminin birincil bileşeni olan vagus siniri, beyin sapında bulunur ve baş ve yüzün çizgili kaslarını (yüz kasları, göz kapakları, orta kulak kasları, gırtlak, yutak, çiğneme kasları), kalp ve bağırsak gibi bazı iç organları düzenleyen dallara sahiptir. Polivagal sistemin üç dalı aşağıdaki gibidir:

1. Dorsal vagal kompleks (DVK), medulla'nın dorsal motor çekirdeğinde yer alır. Körelmiş bir immobilizasyon mekanizması olan bir parasempatik sistemdir. İnsanlarda metabolik aktivitenin durdurulmasına ve donma tepkisine aracılık eder.

2. Ventral vagal kompleks (VVK), medulla'nın ambigius çekirdeğinde bulunur. Gerektiğinde daha ince, esnek ve yumuşak bir fren uygulayarak çevreye hızlı bir şekilde bağlanma ve ayrılma sağlayan parasempatik sistemdir.

3. Her iki sistem de beyin sapındaki (medulla, pons ve mezensefalon) sempatik retiküler aktivasyon sistemine (RAS) yanıt verir.

Porges'in polivagal teorisi, tehlike veya tehdit sırasında daha eski, daha az sosyal sistemlerin (DKV ve RAS) göreve alındığını öne sürer. Daha eski sistemler kısa vadede işlevsel olmakla birlikte, uzun süre kullanıldığında memeli sinir sistemine zarar verebilir. Bu nedenle, apne (soluksuz kalma), bradikardi (kalbin yavaşlaması) ve immobilizasyon (hareketsiz kalma) gibi sürüngenler için adaptif olan nörofizyolojik stres ve başa çıkma stratejileri memeliler için ölümcül olabilir.

Bu kritik dönemdeki (yaşamın ilk üç yılında) ilişkisel travma, aşırı sempatik uyarılmaya neden olur. Bu da sempatik sinir sisteminde katekolamin aktivitesini düzenleyen ve majör stres hormonu olan CRF'nin aşırı seviyelerde salınmasına neden olur (Schore, 1994). Buna tepki olarak norepinefrin ve epinefrin seviyeleri hızlıca yükselir ve beyinde hipermetabolik bir durum tetiklenir. Bu şekilde meydana gelen tutuşma durumu nöronların aşırı budanmasına neden olur (Schore, 2001b). RAS artık tam olarak ateşlenmiştir. Bu hipermetabolik sempatik durumu sürdürmek mümkün olmadığından, çocuğun gelişmemiş orbitofrontal korteksi DVK'yi devreye sokarak bu duruma tepki verir. DVK aktivitesi ile oluşan bu hipometabolik parasempatik koruma/*geri çekilme* durumu ise patolojik disosiyasyon sürecini başlatır (Schore, 2003). Bu pasif durumda, ağrıyı uyuşturan ve kesen endojen opiatlar yükselerek hızlıca ağrıyı azaltan analjeziyi ve hareketsizliği tetikler.

> Gelişmekte olan beyinde ego durumları, nöral sistemleri kalıcı özelliklerle sonuçlanacak şekilde düzenler. Yani bebeklik dönemindeki travmatik durumlar, bu durumlara bağlı duygulanımı, bilişi ve davranışı etkileyen psikobiyolojik değişiklikleri tetikler. Ancak bu travmalar duyguyu düzenleyen limbik sistemin kritik büyüme döneminde meydana geldiklerinden, affekti düzenleyen yapısal sistemlerin deneyime bağlı olgunlaşmasını olumsuz etkiler ve böylece stresi düzenlemek için karakterolojik başa çıkma tarzlarını harekete geçirir (Schore 2003, s. 189).

Recall Hebb'in (1949) şu aksiyomunu hatırlayın: "Aynı anda tekrar tekrar aktif olan herhangi iki hücre veya hücre sistemi 'ilişkili olma' eğiliminde olacaktır. Böylece birindeki aktivite diğerindeki aktiviteyi kolaylaştırır." (s. 70) Bu, gevşek bir şekilde şöyle tercüme edilmiştir: "Nöronlar birlikte ateşlenir, birlikte bağlanır." Sonuç olarak VVK'ye bağlanamayan ve onu devreye alamayan, gelişimsel olarak bozulmuş, yetersiz bir orbitofrontal düzenleyici sistem meydana gelir. Bu ise korku/kaçma/donma gibi amigdala kaynaklı durumların daha sonradan ve kortikal inhibisyon olmadan ifade edilmesine izin verir. Bu yoğun sempatik durum, daha sonra dorsal vagus her şeyi kapatmaya çalışırken, hızla daha parasempatik aktivasyona kayacaktır. Schore (2001b) şunu belirtir: "Bu, aynı anda hem gaza hem frene basmak gibidir." Bu eşzamanlı uyarım ve daha yüksek inhibisyon aktivasyonu "donma yanıtı" ile sonuçlanır (s. 231). Bu mekanizmalar yerleşik ve istikrarlı hale geldikçe, disosiyasyon, kişinin psişik işleyişinin düzenleyici mekanizması haline gelir. Aksiyon sistemleri, incelik ve esneklikle meşgul olmaktan ziyade uç noktalarda devreye girer. Bu, orbitofrontal sistemin kendi girdilerini, medulla'nın ambigius çekirdeğine artırdığı ve medullanın VVK'yi devreye almasına ve VVK'nin affekt düzenleyici kapasitesini geliştirmesine izin

verdiği, büyümeyi kolaylaştıran ortamlarla tam bir tezat oluşturur (Schore, 1994, 2001b, 2003).

## Araştırma

Lanius, Williamson ve Boksman (2002), fMRI kullanarak, ikincil disosiyatif tepkiler sergileyen yedi kişi ile psikiyatrik hastalığı olmayan on sağlıklı kontrolde beyin aktivitelerini karşılaştırdı. Birincil disosiyasyondakilerde bulunan ön singulat ve dorsolateral prefrontal korteksteki aktivite azalmasının aksine, ikincil disosiyatif tepki sergileyenlerde sağ ön singulat korteks ve sol dorsolateral prefrontal kortekste artmış aktivasyon gösterildi. Frewen ve Lanius (2006) bu profilin ikincil disosiasyonda, limbik duygu devrelerinin olası gelişmiş bir baskılanması olduğunu ifade etmektedir. Ek olarak, ikincil disosiyatif semptomları olan bireylerde üst ve orta temporal girus (BA 38, 39), sağ paryetal loblar (BA 7) ve sol oksipital lobların (BA 19) artmış aktivasyon gösterdiğini bulmuşlardır. İkincil disosiyasyondaki artmış temporal lob aktivasyonu bulguları, travmaya bağlı depersonalizasyon ile temporal lob epilepsisinin neden olduğu semptomlar arasındaki varsayılmış paralelliklerle tutarlıdır (Frewen & Lanius, 2006; Teicher ve diğerleri, 1997). Lanius, Williamson ve Bluhm (2005), ikincil disosiyasyon sırasında duyusal talamusun bağlantıda kalmasına rağmen, korteks ile iletiminin birincil disosiyasyonun aksine bozuk göründüğünü buldular.

## Tartışma

Frewen ve Lanius (2006), bu sonuçların nörobiyolojik analiz düzeyinde, birincil ve ikincil disosiyasyon arasındaki kategorik ayrımın geçerliliğini desteklediğini öne sürmektedir. Ayrıca bu farklılıkların savaş, kaç ve donakalma gibi dış tehditlere karşı hayvan savunma tepkileri olan durum/*faz* modellerini destek-

lediğini ifade etmektedirler. İkincil disosiyasyonla ilgili olarak donmayı hipervijilant ve aşırı uyarılmış bir hazır olma durumu olarak gören Van Der Hart ve Nijenhuis (1998) ile hemfikirdirler. Bir saldırı yaklaştığında donma genellikle analjezi ile birleştirilir. Bu savunma tepkisinin, devam eden saldırı olasılığını potansiyel olarak azalttığına inanılmaktadır. Devam eden atak azaltılmazsa, analjezi veya anestezi subjektif etkiyi en aza indirir. Bu nedenle ikincil disosiyasyon sırasında zihin bedenden ve durumu değiştirme kapasitesinden en azından geçici olarak vazgeçmiş gibi görünmektedir. İkincil disosiyasyonun çaresizliğin çözümü haline geldiği varsayılmaktadır.

## ÜÇÜNCÜL DİSOSİYASYONUN NÖROBİYOLOJİSİ

Van der Kolk ve ark. (1996) üçüncül disosiyasyonu "kendine özgü bilişsel, duygusal ve davranışsal kalıplara sahip karmaşık kimliklerden oluşan, travmatik deneyimi içeren ego durumlarının" gelişimi olarak tanımlar (s. 308). Ayrıca ego durumlarının veya kimliklerinin farklı duyguları (acı, korku veya öfke) veya bir veya daha fazla travmatik deneyimin farklı bileşenlerini temsil edebileceğini ve bu nedenle disosiyatif kimlik bozukluğunun tanısal profilinin merkezinde olduğunu ileri sürerler. Üçüncül disosiyasyonun psikolojik ve fenomenolojik olarak anlaşılmasında önemli ilerleme kaydedilmesine rağmen, özgün nörobiyolojisi hakkında çok az şey bilinmektedir.

### Patofizyoloji

Schore'nin (1994, 2001b, 2003) üçüncül disosiyasyon ile ilgili spesifik verilerin yokluğundaki çalışması, altta yatan nörobiyolojinin artan miktarlarda travma ve ebeveyn düzensizliği tarafından yönlendirildiğini ve böylelikle ikincil disosiyasyon-

da belirtilen mekanizmaları daha da uç noktalara sürüklediğini göstermektedir. Bu nedenle belirgin şekilde artan nörokimyasal ve nöroendokrin düzensizlik, orbitofrontal düzenleyici sistemde çok daha fazla bozulmaya neden olur. Bu derin az gelişmişlik ve bozulma zemininde, orbitofrontalin medullanın dorsal motor çekirdeğine giriş bağlantıları onun için mevcut olan tek şeydir. DVK devreye girerek donma, analjezi veya anestezi durumlarında artış ortaya çıkarır. Medullanın ambigius çekirdeğindeki bağlantıların olmaması veya az gelişmiş olması, VVK'nin kullanılabilirliğini engeller. Böylece korku/kaçma/donma gibi amigdala kaynaklı durumların, kortikal engelleme olmadan sürekli olarak ifade edilmesine izin verilmiş olur. Dorsal vagus her şeyi kapatmaya çalışırken bu derin sempatik uyarılma hızla belirgin bir parasempatik aktivasyona dönüşür. Bu son derece düzensiz ortamda kendilik durumlarının parçalanmasındaki artış, farklı bilişsel, affektif ve davranışsal kalıplara sahip karmaşık kimliklerden oluşan ayrı değişiklikler oluşturur. Fenomenolojik olarak bu, travmatik deneyimi içeren, genellikle birbirlerinin çok az ortak bilincine sahip olan ya da hiç olmayan, ciddi şekilde kaotik ve derinlemesine disosiye ve düzensiz kimlikler üretir. Ego durumlarının veya alterlerin oluşumunun altında yatan spesifik mekanizmalar henüz bilinmemektedir.

## Araştırma

Reinders, Nijenhuis ve Paans'ın (2003) dönüm noktası niteliğindeki çalışmasında, disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) tanısı alan on bir kadını, kimlik durumlarını kontrollü ve pratik bir şekilde değiştirirken pozitron emisyon tomografisi (PET) görüntüleme yöntemi ile incelediler. Yazarlar tedavi sonucunda araştırmaya katılanların yapılan görüntüleme taraması sırasında kendi nötr kişilik durumlarından biri ile kendi travmatik kişilik durumlarından biri arasında, kendi kendine başlatılan ve kendi kendini kont-

rol eden geçişler yapma kapasitesini geliştirdiklerini rapor ettiler. Nöral aktivite aşağıdaki dört koşul altında kaydedildi:

1. Nötr kişilik durumunda (NKD) nötr bir anıyı dinlerken,
2. Travmatik kişilik durumunda (TKD) nötr bir anıyı dinlerken,
3. NKD'de bir travma anısını dinlerken,
4. TKD'de bir travma anısını dinlerken.

Nötr kayıtlara yanıt olarak oluşan beyin aktivasyonunda NKD ve TKD arasında farklılık görülmedi. Bunu aksine travmatik kayıt sırasında sol parietal operkülum ve sol insuladaki aktivasyon TKD'de NKD'den daha fazlaydı. Buna karşılık sağ medial prefrontal kortekste, dorsolateral prefrontal korteksin en sağ alanında (BA 10), lateral orta frontal girus (BA 6) ve bilateral parietal-oksipital sulkusta (BA 18) NKD, TKD'den daha fazla aktivasyonla ilişkiliydi. Reinders ve ark. (2003) otobiyografik ve otobiyografik olmayan epizodik bellek geri çağırma işlemi arasındaki farklarla ilgili kendi çalışmalarını, tipik olarak otobiyografik epizodik bellek geri çağırma işlemi sırasındaki artmış dorsolateral prefrontal tutulum göstermesi ile ilişkilendirirler. Ek olarak yazarlar travmatik anıların işlenmesi sırasındaki nötr kişilik durumunda artan parietal oksipital kan akışının, düşük seviyede somatosensoriyel farkındalığın ve DKB'de nötr kişilik durumlarının entegrasyonun bir göstergesi olarak yorumlarlar (Frewen & Lanius, 2006; Reinders ve diğerleri, 2003). Açıktır ki kalıpların belirginleşmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Frewen ve Lanius farklı disosiyatif kimlikleri bulmak için nereye bakılacağını hesaplamanın göz korkutucu olacağını tahmin ediyorlar. Ayrıca, "farklı kimlik durumları karmaşık olduğu ölçüde, bu farklı durumların kodlanmış sinirsel temsillerinin, sadece beynin ayrı bölgelerinde bulunmasının (örneğin, bir yapıdaki bitişik sütunlar) olası olmadığını ileri sürüyorlar. Aksine

kimlik durumlarının paylaşılan nöron grupları arasında dağıtılmış temsiller içinde kodlanması çok daha olasıdır." (s. 124).

## DİSOSİYASYON VE KÖKENİ BİLİNMEYEN TIBBİ HASTALIKLAR

Schore (1994) üç araştırma akımının, sinir sistemi ile bağışıklık sistemi arasındaki karşılıklı bağlantıların merkezîliği üzerinde birleştiğini belirtir: Bu çalışmalar sistemlerin hücresel bileşenleri üzerine olan biyolojik çalışmalar; erken yaşam olaylarının daha sonraki immüno-kompetent kapasite üzerindeki etkileri ile ilgili olan gelişimsel çalışmalar; ve psikolojik faktörlerin belirli hastalıkların sonuçları üzerindeki etkileri ile ilgili olan klinik çalışmalardır. Daha da ileri giderek "nöropeptitlerini dolaşıma salan hipotalamus ve hücresel ajanlarını dolaşıma veren bağışıklık sistemi organlarının, aynı sinyal moleküllerini paylaştığını öne sürmektedir. Sağ hemisferin hipotalamik limbik alanları ile kortikal frontal limbik alanlar arasındaki bağlantılar, modüle edebilen ve periferal bağışıklık aktivitesi tarafından modüle edilebilen bir entegre devreye izin verir" (s. 442). Schore sonuç olarak bu sistemlerdeki gelişimsel bozuklukların hastalıklara karşı gelecekteki savunmasızlıklardan sorumlu olduğunu ifade etmektedir. Son birkaç yılda Scaer (1999, 2001, 2005), kronik disosiyatif bozukluklar ile kaynağı bilinmeyen tıbbi hastalıklar arasındaki ilişkiyi incelemiştir.

Hayvan modellerinden (aksiyon sistemleri) ve whiplash sendromunun klinik özelliklerinden örnekler kullanarak donakalma/*hareketsizlik* tepkisi fenomeni ile bağlantılı bir disosiyasyon modeli eklemiştir. Ek olarak yukarıda belirtilen psikobiyoloji kavramlarını kullanarak döngüsel otonomik disfonksiyonlarla bağlantılı, sempatik olarak yönlendirilen nöral tutuşma tarafın-

dan tetiklenen ve sürdürülen, derin parasempatik dorsal vagal tonus ve endorfinerjik sistemlerle değişen bir TSSB ve disosiyasyon modeli önermektedir. Kronik disosiyatif durumların doğasında bulunan otonomik değişkenlik ve düzensizliğin, refleks sempatik distrofi (RSD), kronik ağrı, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu ve romatoid artrit dâhil olmak üzere kökeni bilinmeyen çeşitli kronik hastalıkların doğasında bulunan otonomik inflamasyon ve otoimmün risklerin substratı olabileceğini düşünmektedir. Bu hastalıkların doğasında var olan patofizyolojiyi detaylandırmak bu bölümün kapsamı dışındadır. Okuyucu detaylı bilgi için Scaer ve Schore'un eserlerine başvurabilir.

## SONUÇ

Travma, ailevi ihmalin kapsamı ve yaygınlığı ve disosiyatif süreçlerin doğası konusunda hem toplumumuzda hem de mesleğimizde büyük bir kafa karışıklığı var. Yüzyıllar boyunca toplum travma ve ihmalin yaygın olduğu fikrinden ürktü. İnsan ırkı olarak tarihimizin yaygın bir şekilde travmatik olduğunu anlamak yerine, hayatta kaldığımıza ve adapte olduğumuza inanmayı seçmekteyiz. Aynı vizyon eksikliğini çocuklarımıza da uyguluyoruz. Ne olursa olsun dirençli olduklarına inanıyoruz. Çeşitli meslektaşlarımız ve en prestijli üniversitelerdeki akademisyenlerin de içinde olduğu bazı kişiler bize travmatik ve disosiyatif bozuklukların, terapistlerin yarattığı ve yanlış hafıza sendromları olduğunu söylemektedir. Biz travmatoloji camiası olarak bu karanlığa ışık tutmaya çalışıyoruz ama psikolojik ve fenomenolojik açıklamalar yetersiz kalıyor. Disosiyatif bozukluklarda uzmanlaşmış en iyi, en modern yatan psikiyatri birimlerinin çoğu kapatıldı. Sadece nörobiyolojik bir anlayışla fikirlerimize en yüksek güvenilirlik verilebilecektir. Disosiyatif bozukluklar olarak adlandırdığımız olağandışı ve genellikle tuhaf semptomların, tamamen

bebeklerle bakıcıları arasındaki bağın doğası gereği belirlenen, düzensiz ve evrimsel temelli fizyolojik sistemlerin sonuçları olduğunu açıkça gösterebilmeliyiz.

## Kaynaklar

Arnsten, A. F. T., Steere, J. C., & Hunt, R. D. (1996). The contribution of a-noradrenergic mechanisms to prefrontal cortical cognitive function: Potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 53,* 448–455.

Bloom, F., & Lazerson, A. (1988). *Brain, mind, and behavior.* New York: Freeman.

Botvinick, M. M., Braver, T. S., & Barch, D. M. (2001). Confl ict monitoring and cognitive control. *Psychological Review, 108,* 624–652.

Bremner, J. D., Staib, L., & Kaloupek, D. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: A positron emission tomography study. *Biological Psychiatry, 45,* 806–816.

Bremner, J. D., Vythilingam, M., & Vermetten, E. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160,* 924–932.

Brodal, A. (1980). *Neurological anatomy in relation to clinical medicine.* New York: Oxford University Press.

Brodal, P. (1992). *The central nervous system: Structure and function.* New York: Oxford University Press.

Brown, M. R., Fisher, L. A., Spiess, J., Rivier, C., Rivier, J., & Vale, W. (1982). Corticotropinreleasing factor: Actions on the sympathetic nervous system and metabolism. *Endocrinology, 111,* 928–931.

Carrion, V. G., Weems, C. F., Eliez, S., Patwardhan, A., Brown, W., Ray, R. D., et al. (2001). Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 50,* 943–951.

Chechik, G., Meilijson, I., & Ruppin, E. (1999). Neuronal regulation: A mechanism for synaptic pruning during brain maturation. *Neural Computation, 11,* 2061–2080.

Classen, C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. In R. A. Chefetz (Ed.), disociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 87–112. 86 HEALING THE HEART OF TRAUMA AND disOCIATION

Critchley, H. D., Corfi eld, D. R., & Chandler, M. D. (2000). Cerebral correlates of autonomic cardiovascular arousal: A functional neuroimaging investigation in humans. *Journal of Physiology, 523,* 259–270.

DeBellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental traumatology, part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry, 45,* 1259–1270.

Devinsky, O., Morrell, M., & Vogt, B. (1995). Contributions of anterior cingulate cortex to behavior. *Brain, 118,* 279–306.

Fanselow, M. S., & Lester, L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185–212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Neurobiology of dissociation: Unity and disunity in mind-body-brain. In R. A. Chefetz (Ed.), Dissociative disorders: An expanding window into the psychobiology of the mind. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 113–128.

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., & Cizewski, A. (2002). Smaller hippocampal volüme predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Natural Sciences, 5,* 1242–1247.

Gilboa, A., Shalev, A. Y., & Laor, L. (2004). Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 55*(3), 263–272.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence.* New York: Bantam Books.

Gurvits, T. V., Shenton, M. E., & Hokama, V. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 40,* 1091–1099.

Haber, S. N., Kuneshio, K., Mizobuchi, M., & Lynd-Balta, E. (1995). The orbital and medial prefrontal circuit through the primate basal ganglia. *Journal of Neuroscience, 15,* 4851–4867.

Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior.* New York: Wiley.
Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror.* New York: Basic Books.

Iverson, S. D. (1977). Brain dopamine systems and behavior. In S. D. Iversen & S. H. Snyder (Eds.), *Drugs, neurotransmitters and behavior: Handbook of psychopharmacology.* New York: Plenum.

Kolb, L. C. (1987). Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 989–995.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Bluhm, R. L. (2005). Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry, 57,* 873–874.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Boksman, K. (2002). Brain activation during scriptdriven imagery-induced dissociative responses in PTSD: A functional MRI investigation. *Biological Psychiatry, 52,* 305–311.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Densmore, M. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: A functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1920–1922.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Hopper, J. (2003). Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: An fMRI investigation. *Biological Psychiatry, 53,* 204–210.

LeDoux, J. (1986). Sensory systems and emotions. *Integrative Psychiatry, 4,* 237–248.

LeDoux, J. (1992). Emotions and the limbic system concept. *Concepts*

*in Neuroscience, 2,* 169–199. Neurobiological Exploration of Dissociative Disorders 87

LeDoux, J. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientifi c American, 270,* 50–57.

Liberzon, I., Taylor, S. F., & Amdur, R. (1999). Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biological Psychiatry, 45,* 817–826.

Llinas, R. R. (1988). The intrinsic electrophysiological properties of mammalian neurons: Insights into central nervous system function. *Science, 242,* 1654–1664.

Llinas, R. R. (2001). *I of the vortex: From neurons to self.* Cambridge, MA: MIT Press.

Llinas, R. R., & Ribari, U. (1993). Coherent 40 Hz oscillation characterizes dream state in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, 98,* 2078–2081.

Llinas, R. R., Ribari, U., Contreras, D., & Pedroarena, C. (1998). The role basis for consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 353,* 1841–1849.

Lydick, R. (1987). State-dependent aspects of regulatory physiology. *The Federation of American Societies for Experimental Biology Journal, 1,* 6–15.

Malarkey, W. B., Lipkus, I. M., & Cacioppo, J. T. (1995). The dissociation of catecholamine and hypothalamic-pituitary adrenal responses to daily stressors using dexamethasone. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 80,* 2458–2463.

Mogenson, G. J., Jones, D. L., & Yim, C. Y. (1980). From motivation to action: Functional interface between the limbic system and the motor system. *Progress in Neurobiology, 14,* 69–97.

Morris, J. S., Robinson, R. G., Raphael, B., & Hopwood, M. J. (1996). Lesion location and poststroke depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 8,* 399–403.

Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France, 1914–1918.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance.* Retrieved May 19, 2007, from http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php

Orr, S. P., McNally, R. J., & Rosen, G. M. (2004). Psychophysiological reactivity: Implications for conceptualizing PTSD. In G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 101–126). New York: Wiley.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human animal emotions.* New York: Oxford University Press.

Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., & Pradeep, J. N. (2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect, a functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry, 57,* 210–219.

Porges, S. W. (1997). Emotion: An evolutionary byproduct of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences, 807,* 62–77.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology, 42,* 29–52.

Rauch, S., van der Kolk, B., Fisler, R., Alpert, N., Orr, S., Savage, C., et al. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry, 53,* 380–387.

Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R. S., & Paans, A. M. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage, 20,* 2219–2225.

Reiser, M. (1994). *Memory in mind and brain: What dream imagery reveals.* New Haven, CT: Yale University Press.

Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (1996). Neurobehavioral mechanisms of reward and motivation. *Current Opinion in Neurobiology, 6,* 228–236.

Romanski, L. M., Tian, B., Fritz, J., Mishkin, M., Goldman-Rakic, P. S., & Rauschecker, J. P. (1999). Dual streams of auditory afferents target

multiple domains in the primate prefrontal cortex. *Nature Neuroscience, 2,* 1131–1136.88 HEALING THE HEART OF TRAUMA AND DISSOCIATION

Scaer, R. (2001a). The Neurophysiology of dissociation & chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback,* 26 (1), 73–91.

Scaer, R. (2001b). *The body bears the burden: Trauma, dissociation and disease.* Binghamton, NY: Haworth Press.

Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency.* New York: Norton.

Scalaidhe, S. P., Wilson, F. A. W., & Goldman-Rakic, P. S. (1997). Areal segregation of face-processing neurons in prefrontal cortex. *Science, 278,* 1135–1138.

Schiffer, F., Teicher, M., & Papanicolaou, A. (1995). Evoked potential evidence for right brain activity during recall of traumatic memories. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 7,* 169–175.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (2001a). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1–2), 7–66.

Schore, A. N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1–2), 201–269.

Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self.* New York: Norton.

Selemon, L., Goldmanrakic, P. S., & Tamminga, C. (1995). Prefrontal cortex and working memory. *American Journal of Psychiatry, 152,* 155.

Shin, L. M., McNally, R. J., & Kosslyn, S. M. (1999). Regional cerebral blood flow of script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *American Journal of Psychiatry, 156*(4), 575–584.

Shin, L. M., Whalen, P. J., & Pitman, R. K. (2001). An fMRI study on anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 50,* 932–942.

Shin, L. M., Wright, C. I, & Cannistraro, D. A. (2005). A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 62,* 273–281.

Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation, 2*(4), 79–116.

Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C., Anderson, S., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997).

Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children, using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences, 821,* 160–175.

Teicher, M. H., Tomoda, A., & Andersen, L. (2006). Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071,* 313–323.

Tucker, D. M. (1992). Developing emotions and cortical networks. In M. R. Gunnar & C. A. Nelson (Eds.), *Minnesota Symposium on Child Psychology: Vol. 24. Developmental behavioral neuroscience* (pp. 75–128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tucker, D. M., Luu, P., & Pribram, K. H. (1995). Social and emotional self-regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences, 769,* 213–239.

van der Hart, O. (2000). *Psychic trauma: The disintegrating effects of overwhelming experience on mind and body.* Melbourne, Australia: University of Melbourne, Faculty of Medicine, Dentistry, and Health Sciences.

van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (1998). Recovered memories of abuse and dissociative identity disorder. *British Journal of Psychiatry, 173,* 537–538. Neurobiological Exploration of Dissociative Disorders 89

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, J. (2005). Dissociation:

An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 413–424.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation in the treatment of chronic traumatization.* New York: Norton.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 906–914.

van der Hart, O., van der Kolk, B. A., & Boon, S. (1998). The treatment of dissociative disorders. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation.* (pp. 253–283) Washington, DC: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 1,* 253–265.

van der Kolk, B. A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Traumatic stress.* New York: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071,* 277–293.

van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). The black hole of trauma. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 3–23). New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Perry, C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry, 148,* 1665–1671.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago, 48,* 425–454.

van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. (1996). Disso-

ciation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L.Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (303–327). New York: Guilford Press.

Walsh, K. (1987). *Neuropsychology: A clinical approach* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone. Weinstock, M. (1997). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamicpituitary-adrenal axis? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 21*, 1–10.

Winson, J. (1985). *Brain and psyche: The biology of the unconscious.* New York: Doubleday/Anchor Press.

Winson, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current Opinion in Neurobiology, 3*, 243–248.

Wittling, W., & Schweiger, E. (1993). Neuroendocrine brain asymmetry and physical complaints. *Neuropsychologia, 31*, 591–608.

Yehuda, R. (1999). Linking the neuroendocrinology of posttraumatic stress disorder with recent neuroanatomic fi ndings. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 4*, 256–265.

Yehuda, R. (2002). Current status of cortisol fi ndings in posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 25*, 341–368.

Yehuda, R. (2006). Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 137–166

*Çev: Dr. Emine Nur Herken*

# BÖLÜM 3

## EGO GÜÇLENDİRME İÇİN HİPNOZU EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİ İLE BİRLEŞTİRME

**Maggie Phillips**

Modern psikoterapinin başlangıcından itibaren, hem uygulayıcılar hem de teorisyenler ego güçlendirmenin önemini vurgular. Freud (1923/1961), merkezî tedavi amacının "egoyu güçlendirmek... algı alanını yaymak ve organizasyonunu genişletmek " olduğunu belirtmişti (s. 80). Konunun uzmanları, her ne kadar yönelim olarak Freudyen olmasalar da, bir bireyin organizasyon kapasitesinin güçlendirilmesi ve genişletilmesinin terapinin odak noktası olduğunu çeşitli şekillerde vurgulamışlardır.

Bu, özellikle travma ve disosiyasyonun öz kendiliğin gelişimi üzerinde ciddi bir etkiye sahip olduğu, önemli travmatik deneyimlerle karşılaşmış danışanlar için önemlidir. Travma öyküsü olan bireyler, travmaya karşı belirli savunma yöntemlerini abartılı ve aşırı kullanma eğilimi gösterirken, diğer başa çıkma becerileri ya kullanım eksikliğinden gelişmez ya da durgunlaşır. Alandaki uzmanlar, travma ile ilgili eksikliklerin, zihinsel güçlük-

ler ve öğrenme güçlükleri; olumsuz ve daraltıcı inançlar; güvenlik, güven ve yakınlık elde etme yeteneğinin bozulması; duyguları tanıma, düzenleme ve ifade etme sorunları; olumlu somatik deneyimle bağlanmanın sınırlı kapasitesi (Frederick & McNeal, 1998) olduğu konusunda hemfikirdirler. Genişletilmiş ego gücünün beslenmesi, bu tür travma ile ilgili eksikliklerin giderilmesine yardımcı olmak için çok önemlidir. Bu amaç, travma danışanının terapist ile iyileştirici ilişki yoluyla değerli fonksiyonel kaynakları keşfetmesine ve geliştirmesine yardımcı olabilir. Diğer taraftan, iç ve dış zorluklara daha etkili yanıtları teşvik etmeye yardımcı olan çok sayıda teknikle de gerçekleştirilebilir.

Bu bölüm, hipnoz ve EMDR'nin bu hedeflere ulaşılmasına yardımcı olabilecek çeşitli kullanımlarını inceleyecektir. Uzmanların görüş birliği, travma hastalarının acı verici geçmiş deneyimlerin ortaya çıkarılması, araştırılması, yeniden çalışılması ve bütünleştirilmesine geçmeden önce onları güçlendirmek ve stabilize etmek için tasarlanmış düzenli bir süreçten geçmeleri gerekliliğidir. SARI modeli (Phillips ve Frederick, 1995) burada önerilen tedavi dizisi için bir çerçeve olarak sunulmuştur. "SARI", terapinin aşağıdaki aşamaları ve görevleri için kullanılan bir kısaltmadır.

1. Güvenlik ve Stabilizasyon
2. İç kaynakların **A**ktivasyonu ve mevcut semptomların kökenleri
3. Sorunların ortaya çıkması ve bununla ilişkili iç çatışmaların **Ç**özümü ve geçmişteki disosiyasyona uğramış travma deneyimlerinin **Y**eniden **M**üzakere edilmesi
4. Terapi deneyimlerinin ve kişilik işlevinin **E**ntegrasyonu ve yeni kimliğin geliştirilmesi

Bu bölüm, travma ve disosiyasyon alanındaki çok sayıda uzman tarafından tanımlanan travmada iyileşmenin temel aşamalarına paraleldir. Özel terapi hedeflerine hâkim olmayı kolaylaştırmak için SARI modelinde dört aşamanın tamamında hipnoz bulunur.

Hipnoz, travma tedavisinde ve hastaların ego güçlerini geliştirmelerine ve genişletmelerine yardımcı olmada etkili bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen, birçok soru işaretini de içerisinde barındırmaktadır. Örneğin, hipnozun doğası ile ilgili çeşitli teoriler vardır. Genel olarak bunlar ya hipnozun birçok benzersiz özelliği olan değişmiş bir bilinç durumu olduğu varsayımını ya da hipnotik etkilerin belirli bir sosyal etkileşim türünden ve bunlarda ortaya çıkan beklentilerden ve rollerden kaynaklandığı inancını içerir (Lynn & Rhue, 1991). Bununla birlikte, hipnozun, hipnotist ve suje arasındaki kişiler arası ilişki, bu ikiliğin rolleri ve beklentileri ve hipnotize edilen kişinin psikolojik yapısı da dâhil olmak üzere çok sayıda faktörden kaynaklanabilecek yüksek derecede odaklanmış bir dikkat deneyimine atıfta bulunduğu konusunda bir uzlaşma da vardır ( Banyai, 1991).

Hipnotik fenomenler kolayca ölçülemez. Hipnotik tepkiler, telkinler, hipnotik duyarlılık veya imajinasyon kapasitesini ölçen mevcut araçlardan herhangi biri tarafından bir dereceye kadar değerlendirilebilir. Bununla birlikte, hipnoz kullanımındaki karmaşıklık, görünümlerinin nesnel olduğu kadar öznel olma eğiliminde olduğu gerçeğinde yatmaktadır. Klinik durumlarda hipnoz yaşayan danışanlar reaksiyonlarında büyük farklılıklar gösterirler. Bazıları normal uyanıklık durumlarından çok farklı bir zihin durumu keşfederek büyük bir şaşkınlık yaşarken, diğerleri olağan dışı hiçbir şeyin gerçekleşmediğini savunur.

Danışanların, hipnotik indüksiyon adı verilen ve terapistin sesini dinlemeyi içeren bir prosedür ile hipnoza yönlendirildik-

lerine dair genel bir kabul vardır. Hipnotik indüksiyon insanların daha rahat ve konforlu olmalarını sağlar ve dikkatlerini daha içsel deneyimlere odaklamalarına yardımcı olacak ortamı sunar. Hipnotik fenomenler kişiden kişiye farklılık gösterir ve verilen telkin türlerine büyük ölçüde bağlıdır. Hipnotik telkine verilen yanıtlar daha yavaş kalp atışı ve solunum; katalepsi veya uyuşukluk hissi; ağırlık veya hareket edememe; ideomotor parmak hareketi veya yükseltme gibi istemsiz hareket deneyimi; daraltılmış veya genişletilmiş zaman algısı dâhil olmak üzere zaman distorsiyonu; duyusal deneyimin bir veya daha fazla yönünün disosiyasyonunu içerebilir (Hammond, 1990).

Literatürde indirekt ve izin veren bir dilin, otoriter direkt telkinlerden daha etkili ve daha az sorunlu olabileceği konusunda da fikir birliği vardır. Örneğin bir danışan "Hafif ve rahat bir his deneyimleyebilirsiniz." yönergesine, "Hafif ve rahat bir his deneyimleyeceksiniz." telkininden daha fazla yanıt verebilir.

Hipnotik deneyimin karmaşıklığı ve mekanizmaları ile ilgili fikir birliğinin olmaması nedeniyle, hipnoz kullanan profesyonelin iyi eğitilmiş olması ve hipnozun etkilerini anlama konusunda yeterli süpervizyon almış olması son derece önemlidir. Genel olarak, bu tür bir eğitim üç ulusal profesyonel hipnoz organizasyonundan (Amerikan Klinik Hipnoz Derneği, Milton H. Erickson Vakfı ve Klinik ve Deneysel Hipnoz Derneği) herhangi birinden ve yerel profesyonel topluluklardan elde edilebilir. Okuyucunun EMDR uygulamasına hipnoz eklemenin sadece etkinliğini arttırmakla kalmayacağını, aynı zamanda aktarım reaksiyonlarının çoğaltılması gibi, bazı danışanlar için karmaşıklık da ekleyebileceğinin farkına varması önemlidir. Bu nedenlerle, hipnoz ve EMDR'nin sentezi, her iki yöntemde de iyi eğitimli olmayan herhangi bir uygulayıcı için önerilmez.

Bazı yazarlar EMDR ve hipnoz sırasında gevşeme aktivasyonu gibi deneyim benzerlikleri hakkında sorular sormuş olsalar da, diğerleri (Hollander ve Bender, 2001; Nicosia, 1995; Shapiro, 1995) EMDR'nin bilinçli bir durumda ve hipnozdan farklı yürütülen bir tedavi yöntemi olduğuna dikkat çekmiştir. Shapiro ve Silk Forrest (1997), EEG kayıtlarından telkin ve bellek işleme yöntemlerinin arasında önemli farklılıklar olduğu sonucuna varmışlardır.

Geçmiş çalışmalar, hipnozun EMDR protokolünde çeşitli hedeflere ulaşmak için etkili bir şekilde kullanılabileceğini öne sürmüştür:

EMDR'nin etkin kullanımını engelleyebilecek savunmaları ve diğer engelleri ele almak (Beere, Simon ve Welch, 2001)

Terapi konularını daha derinlemesine araştırmak ve zihni teşvik etmek/*bedensel işlemeyi geliştirmek* (Bjick, 2001)

Danışanın ızdırap veren duyguyla başa çıkmasına yardımcı olmak (Beere et al., 2001)

Yeni davranışları teşvik etmek için ego durum çatışmaları müzakerelerini kolaylaştırmak ve aralarındaki bilinci arttırmak (Wade & Wade, 2001)

Fobilerin çözümüne yardımcı olmak (McNeal, 2001)

Daha hızlı stabilizasyonu, travmatik deneyimin belirli parçalarının yeniden işlenmesini ve disosiyatif bozukluğu olan danışanlarla yapılan istismarlar için daha güvenli bir yapıyı teşvik etmek (Fine & Berkowitz, 2001)

Çeşitli klinik danışanlar için ego güçlendirmeyi teşvik etmek (Phillips, 2001b)

Hipnoz ve EMDR'nin sentezi için örnek bir model ECEM'dir (Göz Kapalı Göz Hareketleri). Göz hareketleri sıklıkla hipnozda kendiliğinden ortaya çıksa da, genellikle göz ardı edilir. ECEM yöntemi, hasta hipnotik olarak bir trans durumuna geçtikten sonra kasıtlı ve kendi kendine ilerleyen göz hareketlerinin oluşturulmasını içerir. Hipnotik telkinler, iç güvenlik ve istikrarı, dinlenme ve rahatlamanın derinleşmesini, ayrık duyusal deneyimin yeniden bütünleşmesini ve canlanmanın arttırılmasını (hatırlamanın canlılığını arttırmak), olumlu yeniden çerçevelendirmeyi ve gelecekteki yönelimi vurgulamak için kullanılır (Hollander ve Bender, 2001). Aşağıdaki örnek olay, bir araba kazasının travmasını takiben ego güçlenmesini ve kaygıyı azaltmayı desteklemek için ECEM kullanımını örneklendirmektedir.

## JOYCE: ANKSİYETENİN HİPNOZ VE ECEM YOLUYLA ÇÖZÜLMESİ

San Francisco Körfez Bölgesi'nden elli beş yaşındaki kütüphaneci Joyce, yakın zamanda meydana gelen bir trafik kazası tarafından tetiklenen kaygı belirtilerinin tedavisi için bana sevk edildi. Geçmişte depresyon ve ilişki sorunları için tedavi etmiş olan psikoterapistine destek için geri dönmüş olmasına rağmen iş hayatını tehlikeye atan tepkileri ve boş zaman uğraşlarıyla mücadele etmeye devam ediyordu. Bunlar arasında sürüş sırasında ve iş yerindeki toplantılar sırasında panik ataklar, uyku sorunları, yalnızken ya da yakın arkadaşlarıyla iken umutsuzluk ve hayal kırıklığı hissi vardı.

Joyce, hipnoz ve EMDR gibi daha hızlı rahatlamayı sağlayabilecek terapi yöntemleri önerebileceğime inanan bir terapist arkadaşının önerisiyle bu özel zorlukların çözümü için benimle iletişime geçti. Joyce'un geçmişini ve mevcut durumunu değer-

lendirdiğim bir görüşme sonrasında konvansiyonel tedavisiyle eşzamanlı olarak semptom odaklı terapi yapmayı kabul ettim (bk. Bölüm 10).

İlk iki toplantımızda, Joyce ve ben, hipnoz, EMDR ve hipnoz-EMDR kombinasyonu yaklaşımları gibi ona yardımcı olabilecek birkaç olası tedavi yöntemini tartıştık. Joyce birkaç yıl önce, on yıllık ilişkisinin sona ermesi sırasında iki farklı uygulayıcı ile birkaç kısa oturum boyunca hem hipnoz hem de EMDR deneyimlemişti. Her iki yaklaşımı da biraz faydalı bulmuş olsa da, sonuçlardan dolayı hayal kırıklığına uğramıştı. Yani her iki yaklaşımın da sorunlarının çözümü noktasında önemli ölçüde bir katkıda bulunduğundan emin olmadan semptomlarında sadece çok yavaş, kısmi bir rahatlama yaşamıştı.

Önceki hayal kırıklığı nedeniyle, Joyce için mevcut olumsuz saygı ve yeterlilik duygularını güçlendirmek için kullandığımız tedavi yöntemleriyle hemen başarı elde etmenin özellikle önemli olduğuna inandım. Bu yaklaşımların birlikte kullanıldığında sinerjik bir etkiye sahip olduğunu açıklayarak iki yaklaşımı birleştirmek isteyebileceğimizi önerdim (Phillips, 2000).

Sonraki birkaç seansta, Joyce'un mevcut semptomlarıyla ilgili bedenini rahat, gevşemiş hissetmesi için ve zihinsel odaklanmasında rahat ve sakin hissetmesini sağlayan geçmiş birkaç olumlu, başarılı deneyimini tanımlamasına yardımcı olmak için hipnotik telkinler kullandım. Joyce bu çatışmasız kaynak durumlarına daha hızlı ve benden daha az yardım alarak girmeyi öğrendiğinden, sonraki süreçte yaşadığı faydaları daha da bütünleştirmeye yardımcı olmak için lateral göz hareketlerinin kullanımını teşvik ettim.

Kabul ettiğinde, Joyce'un ilk önce basit bir hipnotik indüksiyon kullanarak geçmişte konforlu, keyifli bir sürüş deneyimi

ile bağlantı kurmasına yardımcı oldum (Phillips, 2000). Endişe belirtileri veya herhangi bir iç çatışma belirtisi olmadan rahat bir durumda göründüğünde, onu gözlerini kapalı halde sağdan sola ve soldan sağa doğru hareket ettirmeye yönlendirdim. Bu nispeten kısa ECEM setlerini (5-10 göz hareketi) aynı zamanda vücudundaki olumlu duyumlara, duygusal bütünlük ve refah duygusuna ve kendisiyle ilgili düşünce ve inançlara (Ben rahatım; sadece hissetmek istediğim gibi hissediyorum.) odaklanarak yaptı. Sadece birkaç dakika içinde, bu durumlar hakkında daha derin, daha güvenli bir his ve niteliklerinin daha zengin bir şekilde detaylandırdığını bildirdi.

Joyce, ECEM yaklaşımını seanslar arasında uygulamaya başladıktan sonra sıkıntılı veya endişeli hissettiği anlardaki semptomları fark edilir bir şekilde azaldı. Toplam on seanstan sonra Joyce artık rahat bir şekilde uyuyordu, panik belirtileri bildirmiyor ve hem iş hem de kişisel hayatı hakkında daha umutlu ve iyimser hissediyordu.

ECEM, travmatik olayların sonrasını çözmeye çalışırken eksik veya tatmin edici olmayan terapi deneyimleri yaşayan Joyce gibi danışanlarda kullanılabilecek hipnotik telkin ve ilkeleri sentezlemenin birkaç yolundan biridir. Yukarıda açıklanan yaklaşım, EMDR'nin hazırlık aşamasında iken daha fazla ego güçlenmesi sağlamak ve artan entegrasyonun temel duygusunu teşvik etmek için kullanılır. Bu çalışma, ego durum sistemini, iç çatışmalarını ve travma sonrası ve diğer klinik semptomlarla bağlantılarını keşfetmeden ve geçmiş travmatik materyali yeniden işlemeden önce gerçekleştirilir.

Travmatik yaşam öyküsü olan danışanlarla geçirmiş olduğum yirmi beş yıldan uzun süreli klinik deneyim sırasında, belirli travmatik olaylar, onlarla başa çıkma stratejileri ve onları kontrol

etme girişimlerinden kaynaklanan iç çatışmalara odaklanmanın öncesinde ilk olarak ego güçlenmesine özen göstermenin çok faydalı olduğunu gördüm (Phillips, 2000; Phillips ve Frederick, 1995). Sıklıkla, bu tür bir hazırlık EMDR ile geçmiş travmatik deneyimlere doğrudan odaklanmak için gereken süreyi de kısaltıyor gibi görünüyor. Joyce'ta olduğu gibi bazı durumlarda hastanın semptomlarının tedavinin bu ilk aşamasında tamamen çözülebileceğini gözlemledim. Kimi vakalarda tedavi hedeflerine ulaşmak için yeniden işlemeye dahi gerek kalmamıştı (Phillips, 2001b). Joyce'un ECEM oturumları sırasında geçmişindeki acı veren olaylarla bazı bağlantılar da ortaya çıkmıştı. Fakat araba kazasından sonra ortaya çıkan semptomlarından etkili bir şekilde kurtulmak için bu deneyimlerin doğrudan yeniden işlenmesine gerek kalmamıştı.

Bir seans sadece içsel güç ve yaratıcılık kaynaklarıyla bağlantılı görünen bir ego durumuyla çalışmaya ayrılmıştı. Bu ego durumu son derece iş birlikçiydi ve Joyce'un hayatını kesintiye uğratan çarpışmanın şok ve çaresizliğinden kurtulmasına hemen yardım etme konusunda istekliydi. Semptomların sürdürülmesine dâhil olan bir ego durumundan ziyade semptomları çözmede yardımcı olan bir ego durumunu çalışmayı ve etkinleştirmeyi seçmek, iç çatışmaların tedavisinde ego güçlendirici yaklaşımın ayırt edici özelliklerinden biridir.

Ancak Joyce'un aksine, diğer danışanlar ego durum sistemlerinde daha fazla karmaşıklıkla mücadele edebilirler. Bu danışanlar farklı türden müdahaleler ve nispeten daha uzun süreli terapi gerektirir. Parçalanmış ego durumunu daha ciddi şekilde deneyimleyen danışanlar terapistlere daha büyük zorluklar getirmektedir. Bölümün geri kalanında bu türdeki klinik durumların üzerinde daha fazla durulacaktır.

## HİPNOZU EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNE EKLEMENİN FAYDALARI

Çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki travma ile ilgili semptomlar için yardım arayan terapi hastaları, daha fazla parçalanma, disosiyasyon ve istikrarsızlaşmayı tetikleyebilecek birbirleri ile yarışan iç çatışmalar nedeniyle sıklıkla terapiye eksik veya tutarsız yanıtlar verirler. Bu iç çatışmalara neden olduğuna inanılan kendilik-bölünme konusu (Phillips, 2001a; Phillips & Frederick, 1995; Watkins ve Watkins, 1997) psikoterapi geleneği boyunca birçok farklı bakış açısıyla ele alınmıştır.

Pierre Janet (1907), travma sonrası koşullarda bulunan ve daha sonra "histeri" olarak adlandırılan kimlik bozukluğuna katkıda bulunduğuna inandığı alt kişiliklerle iletişim kurmak ve çalışmak için hipnozu ilk deneyenlerden biriydi (Janet, 1887). Birden fazla ego durumu işleyişte tam özerklik kazanmak için birbiriyle yarıştığında, ortaya çıkan sorunları tedavi etmek için hipnoz kullanımına katkıda bulunan diğer insanlar arasında William James (1890/1983), Morton Prince (1906/1969) ve Alfred Binet (1890 / 1977) vardır.

Freud ise kişiliğin bilinçli kontrolü için yarışan üç katlı ego, id ve süperego modelini önermişti. Freud, terapi ilişkisinde kışkırtılan karmaşık reaksiyonlar nedeniyle bu yöntemden vazgeçmeden önce bir süre için hipnozu bu iç dinamikleri keşfetmek için kullandı. Carl Jung, "kompleksler" olarak adlandırılan bilinçaltı kişilik kümelerinin, evrensel arketipler de dâhil olmak üzere iç dünyanın diğer yönleriyle ve "karakter" ve "gölge" olarak bilinen kişiliğin daha dışsal yönleriyle etkileşime girdiği daha karmaşık bir iç sistem önerdi.

Son zamanlarda, Milton Erickson (Erickson ve Kubie, 1939) ve Ernest Hilgard (1977) kendilik ve tedavisi için daha

fazla deneysel kanıt sağlayan hipnotik disosiyasyon ve kişilik bölünmesini içeren önemli deneyler gerçekleştirdiler. John Watkins ve Helen Watkins (1979, 1997), ego durumlarını çekirdek kişilik içinde aktive etmek ve tedavi etmek için hipnoz ve hipnoanaliz içeren bir ego durum terapisi modeli geliştirdiler.

Travma sonrası bölünme tedavisine yönelik bu hipnotik yaklaşımlar, EMDR'nin ortaya çıkışı ile zenginleştirilmiştir. Birçok araştırmacı hipnozun EMDR ile entegrasyonunu araştırdı (Fine & Berkowitz, 2001; Hollander ve Bender, 2001; Phillips, 2000, 2001b). 2001 yılında, Amerikan Klinik Hipnoz Dergisi'nin bir sayısının tümü bu konuya ayrıldı ve yayınlanan yedi makaleden ikisi TSSB ve disosiyasyon koşulları ile ilgili ego durumlarıyla çalışmak için hipnozun EMDR ile birleştirilmesine odaklandı.

Hollander (Hollander ve Bender, 2001) hipnoz ve EMDR'yi sentezleme modeli olan ECEM'in, hipnozun stabilize edici niteliklerini EMDR'nin hızlı duyarsızlaştırma ve yeniden işleme kapasiteleri ile birleştirdiğine dikkat çekmiştir. ECEM, hipnozun diğer kullanımlarıyla birlikte, travmaya bağlı sekellerin tedavisinde çeşitli faydalar sunar. İlk olarak, bu yaklaşım psikofizyolojik sakinleştirmeyi ortaya çıkarabilir ve iç deneyimin güvenli bir şekilde araştırılmasını teşvik edebilir. İkinci olarak, yeniden işleme sırasında ECEM, travmatik deneyimi yeniden gözden geçirmek ve düzeltici ve onarıcı deneyimleri teşvik etmek için hipnotik yöntemleri geliştirebilir. Üçüncüsü, ECEM, kendiliğin daha fazla sürekliliğini, şimdiki zaman ve gelecek kaynaklarına daha fazla erişimi teşvik ediyor gibi görünmektedir ve gelecekteki pozitif ilerleme hızını ve yönlendirmeyi kolaylaştırabilir (Hollander, 2003).

Daha önce, hipnozun ego güçlenmesine daha fazla odaklanarak EMDR'yi güçlendirebileceğini önermiştim (Phillips,

2001b). Hipnoz, özellikle aşağıdakileri gerçekleştirmek için kullanılabilir:

Güvenlik kavramını genişletmek

EMDR hazırlık aşamasında daha fazla stabilizasyon için çatışmayan hedef görüntüleri dâhil etmek

Çatışmasız görüntüler oluştururken ve kurarken kendiliğinden ortaya çıkan pozitif biliş ve inançları EMDR örüntüleri ile bağlamak

EMDR'nin kaynak geliştirme ve yerleştirme evreleri (RDI) sırasında gelişimsel onarım için çeşitli hipnotik telkin ve görüntülerden yararlanmak

Danışanın yaş ilerlemesi ve diğer hipnotik tekniklerle geleceğe yönelik olumlu faaliyetlerde bulunma yeteneğini genişletmek

## EGO GÜÇLENDİRMENİN ÖNEMİ

Bir önceki bölümde Joyce vakası üzerinden tartışılan klinik çalışma, hipnozun EMDR ve ego durum terapisini nasıl güçlendirebileceğini göstererek bu fikirleri daha da genişletiyor. Bu perspektiften bakıldığında, kişilik yapısına, sıkıntı verici semptomların çözümü ile olduğu kadar artan kendilik saygısı ve ego gücünü artırarak da yardımcı olunabilir. Buna ek olarak, karakter yapısındaki, genellikle kalıcı semptomlara katkıda bulunan ve terapötik ilerlemeyi engelleyen belirli ego durumları, bu yaklaşımdan stratejik yollardan faydalanabilir ve bu, daha önce katı, genellikle bilinçsiz ego durum çatışmalarıyla engellenen iyileştirme potansiyellerinin kilidini açmaya yardımcı olabilir.

Freud döneminden itibaren ego güçlendirme, terapi süreci

için önemli kabul edilmiştir. Psikodinamik bir bakış açısından, bilinçsiz erken yaşam çatışmalarının çözümü, egonun bir bireyi hayatta kalmanın ötesinde yaşam sürecinde kendine hâkim olma anlayışına yönlendirmesini sağlar.

Bilişsel davranışçı yaklaşım bir işi tamamlama yeteneğine sahip olduğu inancına atıfta bulunan öz yeterlilik gibi ego gücü yapılarını işlevselleştirmiştir. Araştırmacılar öz yeterliliğin hedefe ulaşmadaki etkisini incelerken, daha yüksek yeterliliğin daha yüksek ve daha tutarlı hedefe ulaşma ile sonuçlandığını bulmuşlardır (Bandura, 1977).

Sistem teorisinin ilkeleri, ailelere ve organizasyonlara ve son zamanlarda içsel ego durumlarına uygulandığı şekliyle, sistemin olumlu, sağlıklı yönlerine erişimi artırmak ve bunların olgunlaşmamış veya daha az yapıcı yönleri üzerindeki etkilerini genişletmek için güçlendirici yaklaşımlar içermektedir. Bu, aynı zamanda kişiliğin daha olgun ve işlevsel yönleri arasındaki etkileşimi artırmak, daha çocuksu ve işlevsiz durumlar üzerindeki etkisini genişletmek için içsel kendilik sistemiyle birlikte çalışan hipnotik ego durum terapisi için de geçerlidir (McNeal ve Frederick, 1993; Phillips & Frederick 1995).

## Ego Güçlendirme Kavramını Danışanlara Sunma

Psikoterapi uygulanan çoğu danışan aslında çeşitli şekillerde güçlenmek istemektedir. Bununla birlikte, çocuklukta veya yetişkin olarak önemli travma yaşayanlar, terapide özellikle ego güçlendirmeye zaman ayırmanın önemini tam olarak anlayamayabilirler. Genellikle "işe başlamak" için oldukça endişe duyarlar, bu da bazıları için geçmiş travmanın acı veren inceleme sürecini mümkün olduğunca çabuk yapmak anlamına gelir. Bununla birlikte, yeterli hazırlık olmadan travma çalışmasına başlamak, oldukça destabilize edici olabilir ve bu nedenle hem danışana hem

de şimdiye kadar tedavi için atılmış olan herhangi bir temele de zarar verebilir.

İlk seanslarda danışanlarla sıklıkla terapiye yönelik aşama-yönelimli bir yaklaşım olan SARI modeline olan inancım hakkında konuşurum (Phillips, 2001a, 2001b; Phillips ve Frederick, 1995).

İlk aşama (S), sonraki tüm çalışmaların temel taşları olan stabilizasyon, güvenlik ve güçlendirme ile başlar. Bu aşama kafası karışmış olan danışan için daha uzun sürebilir, ancak ustalaştıktan sonra doğal olarak travmatik deneyimin ve ilgili iç çatışmaların aktivasyonunu ve iç kaynakların iyileşmesine erişimi vurgulayan ikinci aşamaya (A) öncülük eder. Üçüncü aşama (R), semptomların ve ego durum çatışmalarının çözümü ve geçmiş travma deneyiminin yeniden müzakere edilmesine odaklanmaktadır. Bu iki aşama (A ve R) bir miktar aynı anda ortaya çıkabilir; genellikle, aralarında en azından bir miktar etkileşim vardır. Dördüncü ve son aşamada (I), terapi deneyimleri daha da entegre edilerek yeni bir kimlik geliştirilir.

Bazen çok sıkı bir yolculuğa hazırlanma metaforunu kullanıyorum. Danışanlara bunu, sanki Himalaya Dağları'na bir keşif gezisi yapıyormuşuz gibi açıklıyorum. Bu tür bir ortak girişim için tam olarak hazırlanmadığımızda ve donatılmadığımızda ciddi sonuçlar doğabileceğinden, elimizde olması gereken kaynakları, bunları nasıl verimli bir şekilde toplayacağımızı ve organize edeceğimizi ve karşılıklı olarak yükümlü olduğumuzsorumlulukları nasıl bölüşeceğimizi ayrıntılı olarak anlatmak önemlidir.

Stabilizasyon veya tedavinin başlangıç aşamasında semptomların kökenlerini araştırmayacağız. Bunun yerine hâkim olma duygusu ve pozitif kontrol sağlamak için bu belirtileri nasıl kullanabileceğimizi tartışacağız. Örneğin, çocukluktaki cinsel is-

tismarla bağlantılı geri dönüşlerle mücadele eden ve mevcut cinsel tepkilere müdahale eden kadın danışanlarla sık sık çalıştım. Bir danışanın geri dönüşlerinin (flaşbek) başlamasının kendisi için daha kademeli bir güvenlik hissi sağlamak, eşiyle iletişimi derinleştirmek için bir fırsat sağlayabileceğini ifade edebilirim. Bu konuya odaklanabilmesi için eşinin ihtiyaçları ve isteklerinden ziyade kendi ihtiyaçları üzerine odaklanmaya ve cinsel aktivite hızını yavaşlatmasına nasıl izin verebileceğini fark etmeye başlayabileceğini önerebilirim (Phillips, 2001a). Geri dönüşlerin bu şekilde kullanılması, danışanların bir ustalık duygusu kazanmasına ve önemli olan kendi kendine öğrenmeyi sağlamasına yardımcı olabilir.

Yukarıda tartışıldığı gibi ego güçlendirme neredeyse her tür terapi yaklaşımında bir şekilde sağlanır. Bununla birlikte birçok "konuşma" terapisinin genelde ego güçlendirme sağlamak için terapistle danışan arasındaki iş birliğine dayandığı görülmektedir (Frederick & McNeal, 1998). EMDR bile, hazırlık aşamasındaki kaynak geliştirme ve yerleştirmenin terapi sürecine eklenmesine kadar ilk güçlendirmeyi teşvik etmek için tasarlanmış olan tekniklere çok az odaklanmıştı (Phillips, 2001b).

## Hipnotik Ego Güçlendirme

Travma sonrası başvuran hastanın özellikle tedavinin başlangıcında tipik olarak yoğun ihtiyaç duyduğu kendini sakinleştirme ve kendini yönetebilme alanlarında hipnoz birçok etkili seçenek sunabilir. Direkt veya indirekt hipnotik telkin kullanımı, danışanların daha derin içsel güvenlik, gelişmiş ego gücü, üstünlük ve ego güçlendirme deneyimleriyle daha kalıcı istikrar gibi belirli hedeflere ulaşmalarına odaklanan zengin bir geleneğin parçasıdır.

Hipnoz, ego güçlendirmenin terapötik görevini çeşitli şe-

killerde kolaylaştırmak için uzun süredir kullanılmaktadır. İlk kez John Hartland (1965, 1971) kendine güveni artırmak, başa çıkmayı geliştirmek ve olumlu bir kendilik imajını güçlendirmek için genel, destekleyici, doğrudan telkinler yoluyla hipnotik ego güçlendirmeyi popüler hale getirmiştir. (Hammond, 1990). Spiegel ve Linn (1969) hipnotik telkin ile elde edilen yaygın klinik iyileşme ve büyümenin olumlu bir "dalgalanma etkisi" yaratabileceğini göstermiştir. Stanton (1989) ego işlevini daha da geliştirmek için tasarlanmış hipnotik telkinlere imajlar eklemiştir. Gardner (1976) ve Dimond (1981), hâkimiyet ve iç kontrol duygusunu güçlendirmek için imaj ve hipnozu kullanmıştır.

İndirekt hipnotik telkinler, Milton Erickson'un çalışmalarıyla popüler hale getirildi (Rossi, 1980). Onun katkıları, bireylerin içsel kaynaklara erişmesine ve bunları kullanmasına yardımcı olmak için metaforlar, hikâye anlatımı, paradoks, doğalcı konuşma telkinlerini içeriyordu. Kullanım ilkesine göre, normalde işlevsiz veya önleyici kabul edilen nitelikler ve deneyimler bile terapi sürecinin varlıkları olarak görülebilir. Özellikle değişimin önüne çeşitli engeller koyan zorlu danışanlar ile çalışırken danışanların kendi hızlarında ilerlemelerine izin veren Ericksoncu yaklaşımlar daha yararlı olabilir. Bu yaklaşım, danışanların mevcut yetkinliklerinin dönüştürücü deneyimler için yeterli olduğuna dair önemli bir mesaj gönderir.

Hipnoanalistler (Brown & Fromm, 1986), içsel başa çıkma stratejilerinin keşfini ve geliştirilmesini kolaylaştırmak için rüyalar, içsel görüntü ve ideal kendilik gibi hipnoprojektif teknikleri kullandılar. Hipnozla ilgili son gelişmeler, geleceğe yönelik olumlu görüşlerin teşvik edilmesi için hipnotik yaş ilerlemelerinin kullanılması (Frederick ve Phillips, 1992; Phillips ve Frederick, 1992); geçmiş deneyimlere hâkimiyet ve yeniden canlandırma ile yaş geriletme (Murray-Jobsis, 1990; Phillips ve Frederick, 1995); "içsel

güç" ve "içsel aşk" gibi pozitif iç enerjilerin aktivasyonu (Frederick & McNeal, 1998; McNeal ve Frederick, 1993); belirli ego durumlarını güçlendirerek ego işlevlerini arttırmak için hipnotik telkin kullanımı (Phillips, 1996); ve iç sınır oluşumu, kendini yatıştırıcı, regülasyonu etkileyen ve çekirdek kendiliğin güçlendirilmesi açısından kendini geliştirmeyi teşvik eden yansıtıcı ve hatırlatıcı tekniklerdir (Frederick & McNeal, 1998).

## EMDR DANIŞANLARINA HİPNOZU TANITMA

Danışanlarla ilk kez karşılaştığımızda, sorunlarının doğası, geçmişi ve aradıkları yardımın türünü keşfederiz. Beni arayan birçok danışan özellikle EMDR veya hipnoz için bana yönlendirilir, diğerleri ise önceki tedavilere yanıt vermeyen güncel veya geçmiş travmatik olaylarla ilgili zorlukların tedavisini isterler. Benim uygulamamdaki tipik bir yönlendirme genellikle önceki tedavideki birkaç başarısız girişimi içerir. Bunlar, hasta ile terapötik tarz veya yaklaşım arasındaki uyumsuzluktan, TSSB veya disosiyatif problemleri teşhis etmedeki hatadan veya yeterince detaylı incelenmemiş aktarım ve karşı aktarım reaksiyonlarından kaynaklanan terapi ilişkisindeki problemlerden kaynaklanabilir.

Hipnozun kullanımları ve kötüye kullanımları ile ilgili birçok efsane olduğu için, hipnozu bir tedavi olasılığı olarak ele aldığımda, doğasını ve klinik uygulamalarını anlamak için zaman harcıyorum. Danışan için hipnozun uygunluğunu değerlendirme adına formal olmayan sorular soruyor ve daha sonra uyumlu ve olumlu bir çalışma ittifakı oluşturmaya başlıyorum (Phillips ve Frederick, 1995). Genel olarak konuşursak, hipnotize edilebilirlik ölçeklerinde yüksek puan alan ve yüksek derecede yönlendirilebilir olan bireyler formal hipnoza en iyi yanıtı verirken, daha az

hipnotize edilebilir olanlar ile hipnozun dolaylı, etkileşime daha açık kullanımları ile daha iyi çalışabilir. Bu amaçla "Hipnotik İndüksiyon Profili" gibi standart testler kullanılarak daha fazla tarama yapılabilir (Spiegel, 1972).

Bağımlılık sorunları, performans kaygıları ve kontrol kaybı gibi diğer korkular sergileyen hastalara, bu ilk adımda yeterli zaman ayırmaya çok daha dikkat ediyorum. Hastanın endişeleri önemliyse, formal hipnozun ertelenmesine karar verebilir ve danışanın hipnoz hakkında daha güvenli hissetmesi durumunda daha sonra tekrar değerlendirebiliriz. Başka bir seçenek de daha temkinli bir yaklaşım kullanmaktır. İlk önce, rahat bir şekilde göz kapatma, iç dikkat odağını başlatma, durdurma ve sürdürme yeteneği ve sözlü yanıt önerilerine karşılık bedensel rahatlama hissine izin verme ve deneyimleme kapasitesi gibi formal hipnoz ile ilgili belirli görevleri deneyebiliriz (Phillips, 2001a).

Bir danışan bu ve diğer hipnotik beceriler için olumlu bir yetkinlik kazandıktan sonra, formal hipnozu kendi başına bir tedavi yöntemi olarak kullanıp kullanmayacağımızı veya hipnozu EMDR ya da enerji psikolojisinden alınan meridyen terapi tekniği gibi üçüncü bir yöntemle birleştirip birleştiremeyeceğimizi belirlerim (Phillips, 2000). Bu seçimler, genel bir kural olarak, daha karmaşık danışanlarda her bir klinik durumun doğasına bağlı olsa da, terapi deneyimlerinde yer alan değişkenleri daha kolay izleyebilmemiz için bir seferde bir yöntem kullanmayı tercih ederim. Teşhisin daha az karmaşık olduğu durumlarda, semptomların kronikliğinin azalması ve önceki tedavi deneyiminin daha az olması açısından, daha deneysel bir yaklaşım önerme adına kendimi daha özgür hissediyorum.

Eğer danışan ve ben daha deneysel bir yola karar verirsek, yaklaşımları birleştirme uygulamasının bazen daha güçlü bir tera-

piyle nasıl sonuçlanabileceğini açıklarım. Farmakolojik etkinliğini, ayrı bileşikler yerine kombinasyon halinde katlanarak daha iyi çalışan çoklu ilaçların gücüne bağlayan AIDS kokteyl tedavisinin mekanizmasına atıfta bulunurum. Sonuçta, elbette ki herhangi bir danışan için en etkili terapi yöntemi, güvenilir bir terapötik iş birliği ve danışanın tedavide atılan her adıma verdiği tepkilerin dikkatle değerlendirilmesi yoluyla gelişen yöntemdir. Hangi yöntem seçilirse seçilsin, her danışanın bilgilendirilmiş olarak olurunu almak tedavinin ilk aşamasının önemli bir yönüdür.

## STANDART EMDR PROTOKOLÜNDE HİPNOZUN ARDIŞIK KULLANIMLARI: GENİŞLETİLMİŞ BİR VAKA ÇALIŞMASI

Jeremy, yaklaşık beş yıldır onunla birlikte çalışan terapist tarafından bana sevk edildiğinde, otuz iki yaşında, büyük bir bilgisayar yazılım şirketinin mühendisleri arasında yükselen bir yıldızdı. Terapi ilişkileri iyi olmasına rağmen, Jeremy gece korkuları, uykusuzluk, panik ataklar ve çocukluğundan beri onu rahatsız eden organizasyonel problemlerle çok az ilerleme kaydetmişti. İlk birkaç ay boyunca Jeremy'yi devamlı danışanı olduğu terapistiyle aynı anda (bk. Bölüm 10) iki ayda bir yapılan seanslarda gördüm. Yaklaşık altı saatlik seanslardan oluşan bu süre zarfında, tedavi ihtiyaçlarının bir değerlendirmesini yaptım, bir çalışma teşhisi formüle ettim, kapsamlı bir öyküsünü aldım ve semptomlarının tedavisi için çeşitli olasılıkları düşündüm.

### Adım 1: Öykü Alınması, İlk Değerlendirme ve Tedavi Planlaması

Jeremy, ailesinin geçmişi, semptomlarının gelişimi ve şimdiye kadar bunların tedavisi için üstlendiği terapi hakkında olduk-

ça fazla bilgi paylaştı. Bu ilk altı seansta, hem istismarın hem de ihmalin olduğu alkolik bir ailede büyürken bizzat yaşadıklarının ayrıntılı bir resmi ortaya çıktı.

Jeremy, doğumu ve yaşamının ilk iki yılının oldukça normal ve olaysız olduğuna inandığını, ebeveynlerinin bu ilk hamileliği gerçekten istediğini ve babasının alkol sorununun o zamanlar henüz ilk aşamalarda olduğunu söyledi. On yaşın altındaki deneyimleri hakkında çok az gerçek anı anlatmasına rağmen, sağlıklı ve canlı bir çocuk olduğu ve ebeveynlerinin aile kurmaya başlama konusunda çok mutlu olduklarını söylediklerini anımsadı.

İkinci çocukları olan Jeremy'nin kız kardeşi ise üç yıl sonra doğdu ve aile portresi dramatik bir şekilde değişti. Jeremy'nin babası, bir şirketteki iyi ücretli idari bir konumdan kendi yerel çevresindeki bir kolejde öğretim pozisyonuna ve daha sonra liselerde öğretim yapan işlere geçerek işini değiştirmiş, ardından kendi işini kurmakta başarısız olmuştu. Her ne kadar bu değişikliklerin, amirleri ile "siyasi farklılıklar" nedeniyle olduğu açıklanmış olsa da Jeremy bu dönemin, babasının alkolizminin başlangıcı olduğuna ve onun giderek daha fazla kişiler arası çatışma ve sorumluluklarını yönetmede güçlükler yaşamaya başlamasıyla birlikte farklı okullara ve farklı şehirlere geçişleri artırdığına inanıyordu.

Jeremy, birkaç ayrılma ve birleşme sahnesi ile ebeveynleri arasındaki dramatik gerilimlerin olduğu anları hatırladı. Bu zamanlarda annesi, üç çocukla birlikte (o zamanlar Jeremy'nin kardeşi doğmuştu) bir günlük mesafede olan ebeveynlerinin evine taşınacaktı. Bu taşınmalar Jeremy'nin aile ilişkilerini olduğu kadar okul yaşamındaki istikrarı da bozuyordu. Baba, aileden uzaktayken Jeremy annesinin sırdaşı ve en yakın müttefiki olarak hizmet eden bir ebeveyn-çocuk rolüne geçti. Hatta bazen anne-

siyle aynı yatakta uyuduğunu ve cinsellik içeren dokunmalar ile ilgili birçok anı hatırladı.

Annesi babasıyla her uzlaştığında, Jeremy'nin hayatı acı dolu bir kargaşaya dönüştü. Annesinin gözündeki en yakın arkadaş konumunu kaybetti. Aslında annesi, Jeremy'nin annesinin ilgisine muhtaç olması konusunda rahatsızdı. Babasının onunla "küçük kız çocuğu" diyerek alay etmesiyle birlikte, her iki ebeveyni de onun davranışını "ilgi meraklısı" diyerek küçük gördü.

Jeremy'nin ilkokul ve ortaokul yıllarında babası daha çok alkol almaya başladıkça, Jeremy de sık sık günah keçisi oldu. Babası onu sözlü olarak azarladı ve fiziksel olarak kemerle dövdü. Jeremy, arkadaşlarını okuldan eve getirmemeyi öğrendi, çünkü onların varlığı, babası tarafından acı dolu aşağılama olaylarını tetikliyordu. Telefon görüşmeleri veya posta aldığında, babası sıklıkla onları alırdı ve Jeremy'yi daha fazla alay ve tacize maruz bırakırdı. Bu süre zarfında, annesi duygusal ve fiziksel olarak yoktu, çünkü babası iş değiştirirken çalışmadığı sürelerde annesi de gittikçe artan sıklıkta ailesini desteklemek için iki iş yapmak zorunda kaldı.

Jeremy, durumları ayırmayı öğrenerek, okuldayken ve ev dışında arkadaşlarını ziyaret ederken farklı bir kişilik geliştirerek bu koşullarla başa çıktığını söyledi. Ailesi dışında her şeyin "gayet iyi" olduğu konusunda farklı bir gerçeklik oluşturmaya başladı. Kendisini veya küçük kardeşlerini babasının tacizinden ve annesinin ihmalinden koruyacak kimsesi olmayan Jeremy, erkek ve kız kardeşinin koruyucusu rolüne girdi ve onları zarardan uzak tutmaktan biraz tatmin oldu.

Liseye geçtiğinde, Jeremy evde çok az cesaretlendirilmesine ve çok az takdir görmesine rağmen yüksek notlar almaya devam etti. Ayrıca üniversiteye devam etme konusunda hiçbir rehberlik

almadı ve annesinin, onun da babası gibi başarısız biri olacağına dair korkularını içine aldı. "Kendisiyle ilgili bir şeylerin yanlış olduğuna" inandığı için hayatı yaşıtlarından çok farklıydı, ama aynı zamanda bir gün herkese üstünlüğünü göstereceği, çalışma hayatında büyük bir şöhret, başarı ve kişisel hayatında kıskanılacak bir evliliğe sahip olacağı şeklinde bunu telafi edebilecek fanteziler barındırıyordu. Jeremy kendi kendine şöyle diyordu: "Sanki bir parçam, tüm bu acı dolu zamanları atlatmama yardım etmek için bu ayrıntılı fantezi dünyasını yaratmış gibi, endişelenme, der; 'Bir gün sahil evin, mercedesin, güzel, özverili bir eşin ve güzel çocukların olduğunda herkese göstereceksin. Bu problem geçecek. Zaten bu insanlar için çok iyisin. Sadece seni takdir etmiyorlar, o kadar."

Jeremy, bir taraftan küçük bir yerel üniversitede eğitimine devam ederken diğer taraftan birkaç farklı işte çalıştı. Eğitimini tamamlamak için kendini okula verdi. Mezun olduktan sonra "kendini bulmaya" çalışırken bir işten başka bir işe geçerek maaş çeki ile harap bir karavanda yaşadı. Jeremy kendisine güvenmesine yardımcı olan kendisinden yaşça büyük birkaç yetişkin danışmanının dikkatini çektiği için şanslıydı. Bilgisayar bilimlerinde uzmanlaşmak için gece okuluna geri döndü.

Jeremy'nin bu yıllarda özel hayatı da oldukça zorluydu. Ailesinin misilleme korkusundan dolayı lisede kimseyle çıkmadı. Bunun sadece zaten sorunlu olan varlığını karmaşıklaştıracağına inanarak üniversite sırasında da karşı cinse yakınlıktan kaçındı. Bununla birlikte, yetişkin danışmanlarının birçoğu kadındı. Bu kadınlar Jeremy'yi kendileriyle duygusal olduğu kadar cinsel olarak da etkileşime girmesi konusunda cesaretlendirdiler.

Jeremy, yirmi yedi yaşında saygın bir bilgisayar şirketinde ilk defa iyi bir işe girdiğinde, yardıma ihtiyacı olduğunu fark etti ve

bireysel tedavi için mevcut terapistini aradı. Onunla çalışırken, alkol bağımlısı olduğunu keşfetti ve alkolik bireylerin çocukları için "Adsız Alkolikler Grup Terapisi" yoluyla iyileşme sürecine başladı. Terapistini yararlı ve destekleyici bulmasına rağmen, kişisel ilişkilerinde bir şekilde normallik duygusu elde edemediği için hayal kırıklığına uğradı.

Çocukluk travmasından kurtulan birçok kişi gibi Jeremy de pek çok anksiyete belirtisinden muzdaripti. Bunlar, neredeyse her gece meydana geldiği için Jeremy yatmaktan kaçınıyor ve aynı zamanda yoğun kâbuslardan muzdarip olduğu için uykuya dalmakta zorluk çekiyordu. İş yerinde toplantılar sırasında panik ataklar geçirdi; hızlı solunumunu ve kalp çarpıntısını gidermek ve terli avuçlarını serinletmek için sık sık lavaboda saklanmak zorunda kaldı. İlaç tedavisi, bu semptomlara çok az yardımcı oldu, ancak konsantre olma, fatura ödeme gibi günlük görevleri yerine getirme, çalışma programını ve boş zamanlarını düzenleme gibi sorunları konusunda ona yardımcı olacak hiçbir şey yapmadı. Bu sorunların işinde ilerlemesine zarar verdiğini ve ayrıca kişisel yaşamında gelişimine olan güvenini zayıflatabileceğini fark etti.

***Ego Durumu Sorunlarının Değerlendirilmesi ve Tedavi Planlaması.*** Hikâyesini ve şu anki zorluklarını araştırdığımızda, Jeremy'yi bölünmüş kendilik veya ego durum problemleri olasılığı içinde değerlendirmeye başladım. Güçlü bir terapötik iş birliğine rağmen tedavi sonucu eksik olan bir kişiye danışmanlık ettiğimde bunu rutin olarak yaparım. Ayrıca aşağıdaki işaretleri de ararım: Çocukluğun önemli bölümleri için amnezi; çocukluk çağı travması ve istismar sıklığı; ego distonik semptomların varlığı; semptomları veya zorlukları tanımlarken parçaların dilinin kullanılması; zaman algısının kaybı, aşırı fantezi ve bölümlere ayırma gibi disosiyatif savunmalara atıflar; kâbuslar, yeniden

yaşantılama ve panik ataklar gibi intrüziv fenomenlerin kanıtı (Phillips, 2001b; Phillips ve Frederick, 1995).

Jeremy vakasında, tüm bu kriterleri sergilediğini fark ettim ve onunla disosiyasyonun tanısal olasılığı hakkında konuştum ki bu durumun kendilik algısını parçaladığını ve onun farklı parçaları arasındaki iç çatışmaların semptomlarını harekete geçirebileceğiden ve sürdürebileceğinden bahsettim. Bu hipotez Jeremy için anlamlıydı. Eğer bu varsayım doğruysa, ego durum çatışmalarının altında yatan durumu tedavi etmedikçe semptomlarının önemli ölçüde iyileşmeyeceğini ona anlattım.

İç çatışmaları ele almak için çeşitli tedavi seçenekleri hakkında birlikte konuştuk. Hangi metodolojiyi kullanırsak kullanalım, güçlendirmeye odaklanarak, semptomları stabilize ederek ve daha büyük bir iç güvenlik duygusu kazanmasına yardımcı olarak başlayacağımızı vurguladım. Jeremy, farklı olasılıkları değerlendirirken terapistinin ona hipnozdan bahsettiğini ve bilinçli zihninin kapsamının ötesinde kendine yardım etmenin yollarını bulma fikriyle ilgilendiğini söyledi.

Hipnoz ve EMDR dâhil olmak üzere bilinç dışını aktive edebilecek birçok yaklaşım olmasına rağmen, önce hipnotik çalışma ile başlamaya karar verdik. Fikir, ego güçlendirici bir bağlamda Jeremy'ye hipnozu tanıtmaktı. Özellikle sonrasında bu yöntemi EMDR ile birlikte bölünmüş kendilik sorunlarında çalışmak isteyebileceğimiz için. Bu sıralama aynı zamanda, kompleks travma sonrası hastalarının genellikle kontrol sorunu nedeniyle hipnoza yanıt vermede EMDR'den daha fazla sorun yaşadığı klinik deneyimim açısından da anlamlıydı (1). Bu nedenle, hipnozu tedavinin erken aşamalarında tanıtmak endişelerin kademeli olarak kontrol altına alınması için yardımcı bir müdahale olabilir.

***S Evresi Sırasında Hipnoza Hazırlık.*** Basit hipnotik görevler yoluyla danışanlara hipnoz tanıtımı için yukarıda açıklanan prosedürlere ek olarak, danışanın güvenlik, kararlılık ve stabilizasyonun S-aşaması hedeflerine ulaşmasına yardımcı olabilecek hipnozun direkt ve indirekt kullanımlarına verdiği yanıtları da değerlendiririm.

Jeremy ile ilk hipnotik seansım sırasında, Milton Erickson'un indirekt kullanım yaklaşımının (Erickson, 1959) uygulamalarıyla başladım; bu, semptomları değiştirme beklentisi olmadan terapi sürecinde tüm semptomların potansiyel kaynaklar olarak kabul edilmesidir. Bu durumda Jeremy'ye, herhangi bir günde anksiyete semptomlarının yoğunluğunu, öz bakım ihtiyacının bir göstergesi olarak ölçmesini önerdim. Öz bakım kavramını, çocukluk döneminde ihmal edilmiş ihtiyaçlarını öğrenmenin yolu olarak ele aldık.

Faydacı yaklaşımın Jeremy ile nasıl çalıştığına bir örnek, yatmaktan kaçınmasına odaklanmayı içeriyordu. Jeremy'nin çocukluğundaki yatma vaktini çevreleyen koşulları araştırdığımızda, uyku vaktinin kaotik ve tutarsız olduğunu, ebeveynleri arasındaki gerginliğin arttığı ve sıklıkla şiddete yol açtığı bir zaman olduğunu açıkladı. O zamanlar ebeveynlerinin istediği şekilde, faaliyetlerinde kademeli bir yavaşlama, klasik müzik dinleyerek ve kitap okuyarak sakinleşmeye ve sessizliğe odaklanmayı ve güne olumlu bir kapanış sağlamak için yatmadan önce günlük tutarak dilediği şekilde yatma vaktine yaklaşacağımız konusunda ortak bir fikre vardık. Diğer semptomlarına benzer bir yaklaşım uyguladık ve iki hafta içinde Jeremy belirgin iyileşme bildirdi. Kâbusları ve uykusuzluğu azalmıştı ve iş yerinde çok daha az panik yaşadı.

Bu süre zarfında ayrıca, hem hipnoz hem de EMDR için ortak bir prosedür olan güvenli bir iç mekân veya sığınak kur-

mak tedavinin S aşaması için gereklidir. Jeremy geçmiş travmaya odaklanmaya başlamadan önce, travmatik olaylarla bağlantılı tepkilerle boğulmuş veya sular altında hissettiği her an, geri çekilebileceği iç güvenlik adaları geliştirmesi gerekiyordu.

Jeremy gibi danışanlar için, istemsiz disosiyasyon veya geri çekilme mekanizması önemli bir sorun olabilir (formal bir disosiyatif bozukluk tanısı konulsun ya da konulmasın). Bu nedenle, planlı veya seçilmiş bir geri çekilme fikrini daha ileri bir üstünlük duygusu aşılamak ve danışanın bu yeri çift yönlü uyarı (BLS), hipnotik indüksiyon veya başka formal bir teknik kullanarak ya da kullanmadan uygulamasına yardımcı olmak özellikle önemlidir. Jeremy, sakin bir okyanus ortamında, sahilde birçok büyük pencere ve abajuru olan güzel bir evin görüntüsünü tanımladı. Bu görüntü, gevşeme ve rahatlık, güvenlik ve esenlik duygusu ile bağlantılıdır. Daha sonra ego durum çalışmaları esnasında, her ego durumunun katılabilmesi için güvenli yerini genişleteceğiz.

Jeremy'nin konsantrasyon ve organizasyonla ilgili sorunları indirekt hipnoz yöntemlerine şimdiye kadar yanıt vermiyor gibi göründüğünden, üçüncü hipnoz seansımızda (beşinci giriş seansı) onu hipnozun daha direkt kullanımı ile tanıştırdım. Ona güvenli bir iç kontrol ve iç sınırlara güven duygusu geliştirmeye yardımcı olan bir teknik olan ideomotor sinyallerini nasıl kullanılacağını öğrettim (Cheek ve LeCron, 1968) (Phillips ve Frederick, 1995). Bu yöntemle, hipnotik telkin boyunca parmak işaretlerini "evet", "hayır" ve "size anlatmaya hazır değilim"i iletmek için tanımladık (2). Jeremy, parmaklarıyla "evet" sinyalini verdiğinde devam etmenin güvenli olduğunu öğrendi ve onun iç araştırmasının olumlu sonuçlar doğuracağını söyledi. Parmaklarıyla "hayır" sinyalini verdiğinde, bu sınıra saygı göstermenin ve yönünü içeride daha sağlam bir zemine kaydırmanın önemini öğrendi.

İdeomotor sinyal verme sürecini kullanarak, Jeremy'den zamanını organize etmiş, odaklanmış ve yetkin olduğunu hissettiği deneyimindeki bir zamana geri dönmesini isteyerek pozitif yaş geriletmesi başlattım. Kaynak olarak hizmet etmeye uygun zamanlardan birkaç uygun deneyimi kolayca aldı ve iyi bir rahatlama durumundayken bunları keşfetti.

***Daha Fazla Satabilizasyon için Hipnoz ve EMDR Sentezinin Tanıtımı.*** Daha sonra Jeremy'yi geçmiş travma ile ilgili güçlendirme, duyarsızlaştırma ve yeniden işleme deneyimleri sağlamak için, ona beyninin her iki tarafını da uyarmanın bir yolu olan EMDR'yi tanıttım. Hipnotik ideomotor sinyallerle kaynak durumlarına bağlanırken, geçmiş yetkinlik deneyimlerini birkaç kısa ECEM seti kullanarak derinleştirdik ve genişlettik. Son olarak, Jeremy'yi oturumlar arasında dikkatinin dağınık olduğu, odaklanamadığı veya üzüldüğü zamanlarda bu deneyimleri anımsama ve ECEM kullanarak güvenli bir şekilde kendisini dinginleştirmesi konusunda teşvik ettim (3).

Jeremy bu beceriyi geliştirme konusunda daha iyi hissetmesine ve daha az endişe duymasına rağmen, konsantrasyonunu veya organizasyon becerilerini geliştirme konusunda çok az ilerleme kaydetmişti. Daha ilerisi için, hipnoz ve EMDR kullanımı ile ego durum çalışmasını başlatmak önemli görünüyordu.

## Adım 2: EMDR ve Ego Durum Terapisine Hazırlık

Jeremy'nin ego durum sistemini ve belirli durumların kaygı belirtileriyle ilişkisini araştırmaya başlamadan önce, hazırlığın tamamlanması gereken birkaç yönü vardı. İlk olarak, ego durum terapisinin temel ilkeleri ve uygulamaları ile dört aşamalı SARI faz odaklı tedavi modelinin nasıl uyduklarını ele aldık (Phillips ve Frederick, 1995; Watkins ve Watkins, 1997).

***Ego Durum Terapisi ve EMDR için Standart Protokollerin Gözden Geçirilmesi.*** Ayrıca Jeremy'nin içsel parçalara sahip olma konusundaki inançlarını ve duygularını inceledik ve bunları ailesinin kökeniyle ve çalışmamızın ilk aşamasında paylaştığı hikâye ile ilişkilendirdik. Jeremy, içsel parçalara sahip olma fikrinden ve onların varlığıyla ilgili geçmiş farkındalıklarını açığa vurmasından memnun olsa da, onlar üzerinde doğrudan çalışmanın, bu parçaların bir araya gelmesine yardımcı olmak yerine daha fazla soruna neden olabileceğinden endişeliydi.

Bu, birçok danışan için ortak bir endişe kaynağıdır. Danışanın, bu tür bir çalışmaya başlama konusunda sahip olabileceği tüm kuşkuları tanımlamaya ve ele almaya yeterli zaman ayırmak önemlidir. Jeremy'ye, çoğu danışanın ego durum terapisi sırasında yoğun bir bütünlük hissi deneyimlediğini açıkladım. Bununla birlikte, bunun meydana gelmediği nadir durumlarda, deneyimin tamamen olumlu olmasını sağlamak için ne gibi eklemeler veya ayarlamalar yapabileceğimizi öğrenebilmek için yaşadığı olumsuz etkileri veya reaksiyonları birlikte ele almanın onun için çok önemli olacağını söyledim.

Ayrıca EMDR için standart protokolü konuştuk. Jeremy'ye, farklı bir mekanizma üzerinden çalışmasına rağmen hipnoz gibi EMDR'nin de çok katmanlı değişimi teşvik etmede yararlı olduğunu açıkladım. Bu, öncelikle çözmek istediği bir problemi veya geçmiş bir travmayı içeren üzücü olayı hedefleyerek gerçekleşir. Jeremy'den hedefi görselleştirmesi ve hedefle ilgili ilk duygularını, inançlarını ve tepkilerini tanımlaması istenir. Ayrıca travma ile ilgili olumsuz biliş, olumsuz inanç ve olumlu bir biliş ya da travma ile ilgili olarak neye inanmak istediği belirlenir. Daha sonra pozitif bilişin EMDR'den önce ne kadar gerçekçi göründüğünü oranlamak için Olumlu Bilişin Geçerliliği Ölçeği (VOC) ve hedef sahneyi görüntülerken hissettiklerini derece-

lendirmek için Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) kullanılır. Son olarak ondan, önceki adımları tamamlarken meydana gelen bedensel hislerinin farkına varması ve tanımlaması istenilir. Ayrıca BLS, ECEM veya başka bir hipnotik telkin ve çift yönlü uyarı (BLS) kombinasyonunun, hedef olayı ve SUD'u sıfıra taşımak ve bununla ilişkili olumsuz inançları, duyguları ve bedensel hislerini yeniden işlemesine yardımcı olmak ve elde etmek istediği olumlu bilişe güveni artırmak için nasıl kullanılacağını konuştuk.

Çatışma İçermeyen Görüntülerin Kullanımları. Bir başka önemli hazırlık, bireysel parçalarıyla çalışmadan önce danışanın tüm kişiliğini daha da güçlendirmektir. Böyle bir girişim bir bütünlük temeli üzerine kuruludur ve koruyucu disosiyasyon ihtiyacını azaltabilir (Phillips, 2000).

Bunu gerçekleştirmenin bir yolu çatışmasız görüntüyü tanıtmaktır. Bu görüntü türü, danışanın tüm semptomlardan, endişelerden ve iç çatışmalardan uzak olduğu bir çalışma alanını temsil eder. Güvenli alan görüntüsünün aksine çatışmasız bir görüntü eylem odaklı olma eğilimindedir. Bireyin hâlihazırda ulaşmış olduğu bütünleştirici işlevselliğe ulaşma yollarını açığa kavuşturan günlük deneyime ve zaten gerçekleşmiş olan olumlu bir kendilik-görüntüsünün kanıtı üzerine odaklanmaktadır (Phillips, 2001b). Görüntünün günlük yaşam deneyimleriyle bağlantılı olması önemlidir, çünkü bu, beklenmedik bir şekilde meydana gelebilecek daha nadir bir "zirve" deneyiminden daha güçlü ve erişilebilir olma eğilimindedir. Ayrıca kendini daha da fazla güçlendirir. Çünkü bu görüntü ile ilişkili daha sık hatırlatıcılar olacaktır.

Jeremy'yi şu şekilde yönlendirdim: "Günlük yaşamında, daha fazla zaman geçirdiğin ve olmak istediğin gibi olduğun bir

zamanı düşün. Burada başa çıkmak için gelmiş olduğun zorluklardan hiçbirini yaşamıyorsun. Bu, hepinizin olumlu bir şekilde meşgul olduğu ve kendin hakkında sadece olumlu duygular taşıdığın bir zaman." Jeremy hemen en sevdiği sandalyesinde kedisi kucağında kıvrılırken târihî romanları okumayı düşündü. Gevşediğine ve rahatlıdığına odaklanmak için özgür olduğu bir anını yakaladı. Bedenini gevşettiğinde ve aynı zamanda kedisinin güven verici varlığına bağlılık hissettiğinde zihnini zorlama konusunda kendini iyi hissetti. Bu görüntü, dış ve iç dünyalarında her şeyin iyi olduğu bir denge ve iç uyum anını temsil ediyordu.

İlk olarak bu görüntüyü (Phillips, 2000) tamamen olumlu tepkiler uyandırdığından emin olmak ve daha sonra gücünün Jeremy'nin semptomatik veya endişeli olduğu zamanlardan daha büyük olup olmadığını belirlemek için test ettik. İlk başta bir kaynak durum olarak, onunla bağlantılı olumlu düşünceleri, duyguları ve hisleri araştırarak görüntüyü çağırmasını istedim. Sonra, ondan o deneyimden çok uzak hissettiği bir zamanı düşünmesini istedim. Yakın zamanda, performansı hakkında panik hissettiği iş yerinde bir kaza olduğunu söyledi. Ardından sorun içeren ikinci görüntüsü ile bağlantılı üzücü düşünceleri, duyguları ve hisleri araştırdık.

Ondan, çatışmasız görüntüye yeniden odaklanmasını ve sonra sorunu hatırlamasını istedim. Jeremy ikinci görüntünün zihninde daha uzakta göründüğünü söyleyebildiğinde şaşırdı. "O kadar da önemli değil." dedi. "Olumsuz üzerinde durmak yerine benim için neyin en önemli olduğunu hatırlayabiliyorum." Birkaç göz hareketi bu yanıtı daha da güçlendirmesine yardımcı oldu. İş yerinde endişeli hissettiğinde çatışmasız görüntüyü çağırma uygulamasını önermiştim. Bir sonraki oturumda Jeremy bir toplantı sırasında panik atak başlangıcını etkisiz hale getirmek için çatışmasız görüntüsünü başarıyla kullandığını ve kon-

santrasyon ve odaklanma konusundaki zorlukların üstesinden gelme konusunda daha iyimser olduğunu bildirdi.

Hazırlık aşaması sırasında daha fazla ego güçlendirme olanakları eklemenin yanı sıra, EMDR ve ego durum terapisi başlangıcında travmayı yeniden işlemeye başlarken ve tüm stabilizasyon tedavisi boyunca çatışmasız görüntüler kullanılabilir.

### Adım 3: EMDR ve Hipnoz Kullanarak Ego Durum Terapisini Başlatma

Bir sonraki adımımız, Jeremy'nin konsantrasyon ve organizasyonla ilgili semptomlarını ele almak için EMDR ve ego durum terapisini kullanmaktı. Banka hesaplarının limitini aştığı ve faturalarının çoğunu ödemede geciktiği için bu alanda ilerleme kaydetme konusunda özellikle aciliyet hissetti. Ne yazık ki bu sorun onu yetişkinlik hayatı boyunca rahatsız etti. Üniversite yıllarında organizasyonla ilgili sıkıntıları vardı ve bu teşhis göz ardı edilmesine rağmen dikkat eksikliği bozukluğu açısından da muayene edildi. Her ne kadar yakınlık kurma da dâhil olmak üzere Jeremy'nin üzerinde çalışması gereken başka zorluklar olsa da bu alanı bir başlangıç noktası olarak hedefledik.

Jeremy'nin ego durum sistemini ve organizasyonel odaklanma sorunlarının oradaki bir çatışma ile ilgili olabileceğini keşfetmeye başladığımızda, Jeremy'ye konsantre olma yeteneğini engelleyebilecek içsel parçaları hakkında hâlihazırda neler bildiğini sordum. Ego durumları hakkındaki son konuşmalarımıza bağlı olarak, iş yerinde takvimini düzenlemek için oturduğunda, içinde "Yazman gereken her şeyi hatırlamayacaksın. Bu bir karmaşa olacak!" diyen olumsuz bir ses duyabildiğinin farkında olduğunu söyledi.

Jeremy sesin muhtemelen takvimine toplantıları eklemeyi unuttuğu zamanlarda başına gelen birçok şeyden çıktığı tah-

mininde bulundu. İçten tutumuna bağlı olarak durumu dengeleyebildi, böylece önemli bir hasar meydana gelmedi, ancak bu bölümlerden sonra kendini her zaman savunmasız ve üzgün hissediyordu. Ayrıca birçok durumda içinde, mali durumlarına bakmak için evde oturmasını engelleyen bir kuvvet olduğunu hissettiğini söyledi. "Sanki bir parçam, 'Bakmak istemiyorum, lütfen beni zorlama.' diyor. Kulağa aptalca geliyor, biliyorum. Ama o parçam gerçekten korkmuş gibi görünüyor."

Jeremy'nin bu iki parçaya açık erişimi olduğundan, bu iki durumu ve bunların semptomlarıyla bağlantılı olduğunun hâlihazırda farkında olan Jeremy'nin durumlarını hedeflemek için EMDR kullanmaya karar verdik. Bununla birlikte, bu iki durumla çalışmaya başlamadan önce, içinde konsantrasyon ve organizasyona hâkim olan bir parça bularak başlamamızı önerdim (5).

***Pozitif Ego Durumuyla Başlama.*** Bu ego durumunu bulmak için Jeremy'den başarılı konsantrasyon ve organizasyonu en iyi temsil eden anısını hatırlamasını istedim. Bir iş projesinin tamamlanmasını içeren ve bu deneyime dayanan çatışmasız bir görüntü oluşturduk ve uyandırılan duyguların, düşüncelerin ve bedensel hislerinin, zorluk çektiği zamanlarda bu görevlere verdiği tepkilerden daha olumlu ve yoğun olduğundan tamamen emin olduk. Bu deneyim Jeremy için kolayca akla geldiğinden, hipnotik bir indüksiyon gerekli değildi, ancak durum böyle olmasaydı hipnotik bir indüksiyon da faydalı olabilirdi.

Sonra, çatışmasız görüntüsünü derinleştirmek ve güçlendirmek için birkaç kısa göz hareketi seti kullandık. Jeremy bu deneyime tüm duyuları ile tam olarak entegre olduğunda, ona "Takip eden göz hareketleri dizisi boyunca, iş yerindeki projeyi tamamlamana kimin yardım ettiğini ve konsantre olma, ayrıntıların ortaya çıkmasını organize etmede kimin çok iyi olduğunu

sormak istiyorum. Böylece onu bir şekilde tanıyabiliriz." dedim.

Jeremy, göz hareketlerinin ardından, biraz Harry Potter'a benzeyen, boynuz çerçeveli gözlüklü genç bir çocuğun görüntüsünü gördüğünü söyledi. Bu çocuğun kendisine "Bir şeyleri bir araya getirmeyi sevdiğini ve bu konuda iyi olduğunu" söylediğini de ekledi. "Şimdi düşündüğümde, çocukken her zaman bulmaca çözmeyi severdim. Bahse girerim bu parçam o zamanlardan kalma."

Birkaç göz hareketi seti sırasında kendisinin "Zamanlayıcı" olarak adlandırılmasını isteyen bu kısmı hakkında daha fazla bilgi ortaya çıktı. Öğrendiğimize göre bu ego durumu çoğunlukla nesnelere bakmaktan korkan içerideki bir diğer parça tarafından engellenmiş hissediyordu. Jeremy; "Bu ego durumu korkmuş parçanın içeri girdiğini ve konsantrasyonunu bozduğunu, bu yüzden konsantrasyonunu tekrar geri getiremediğini söyledi." şeklinde bir açıklama yaptı.

***Semptom ile Bağlantılı Ego Durumlarıyla Çalışma.*** Üzerinde çalıştığımız hedef problem ile ilişkili görünen bir ego durumu hakkında bilgi ile karşılaştığımızdan, açıkça çatışma içinde olan bu iki parça ile de çalışmaya nasıl başlayacabileceğimizi tartıştık. Jeremy'ye, SARI modelinin A aşaması ve iç çatışmayı değiştirmek için hem kaynak hem de sorun durumlarıyla nasıl çalışacağımızı hatırlattım, bu da sırayla semptomları değiştirecekti. Sonraki göz hareketleri setlerinde her seferinde farklı bir durum üzerinde çalışmaya karar verdik ve sonra bunları bir araya getirmenin bir yolunu bulduk.

Çift yönlü uyarı setleri uygulanırken yaklaşık on bir yaşında görünen genç bir parça ile temas kurduk. Jeremy onun görünüşünü oldukça kirli olarak nitelendirdi. Bu parçanın rolünün diğer insanları, işlerini doğru yaptıklarından emin olmak için

izlemek olduğunu hissetti. "Genç parça" ile daha fazla iletişim kurduğumuz için, ego durumu Jeremy'ye "Hiçbir olaya bakmak istemiyorum. Sadece onları olabildiğince çabuk atlatmak istiyorum. Eğer bakarsam, beni yavaşlatır ve sonra birisi yanlış bir şey yaptığımı görebilir. Sonra bana yardım etmeye çalışacaklar ve artık o benim olmayacak. Fikirlerimi benden alacaklar." dedi. İşlerin, onun için nasıl bu şekilde geliştiği sorulduğunda, genç parça içine kapanmış gibi göründü. Sonraki setlerde yeni bilgi vermedi. Aslında Jeremy tamamen kaybolduğunu bildirdi.

***Düzeltici Deneyimler Sağlamak için Hipnoz Kullanımı:*** Bu noktada bazı inançlarını değiştirmeye ve onu yeni şeyler öğrenmeye açık hale getirmeye başlayabilmemiz için yoğun dikkat gerektiren daha az olgun bir parça ile karşılaşmıştık. Böyle yapabilmek için, bu ego durumunun terapide daha fazla güvenlik deneyimlemesine yardım ederek başlamamız gerekiyordu.

Bu görevleri yerine getirmenin birçok yolu olmasına rağmen, Jeremy daha önceki hipnotik çalışmamızın kendisini rahat ve güvende hissetmesine yardımcı olduğunu keşfettiği için, bu genç parçaya güvenli bir yer bulmak için hipnoz kullanmayı ve ardından ECEM (Göz Kapalı Göz Hareketleri) aracılığıyla onunla çalışmaya devam etmeyi önerdim.

Farkındalığın artması ve derinleşmesi için kısa bir indüksiyon uyguladıktan sonra ideomotor (bir düşüncenin etkisi ile vücutta oluşan istem dışı hareket) parmak sinyalleri verdik ve bu sefer genç parça içeriye girme talebine cevap verdi. Onu eleştirdiğimize ve onu bir şekilde değiştirmek istediğimize inandığı için geri çekildiğini doğruladı. Artık bizimleyken güvende hissetmediği için, içinde sadece kendisine ait olan güvenli bir yer bulmaya istekliydi.

Bu güvenli yeri bulmaya davet edildiğinde, her zaman sahip olmak istediği türden bir oda bulduğunu belirtti. Kapıda güçlü

bir kilit vardı ve çok fazla güneş ışığına izin veren çatı pencereleri vardı. Oda, Jeremy'nin daha önceki bir oturumda seçtiği sahil evinin arkasında gizliydi. Genç parça odayı keşfederken daha sakin ve rahat hale geldi. Onu, biz veya başka birisinin odasına girip giremeyeceğini araştırarak odanın güvenliğini test etmeye davet ettim. Memnun görünüyordu: "Hayır, beni burada takip edemezsin. Seni içeri almalıyım ya da kilidin şifresini vermeliyim ve bunu yapmayacağım!" Keşiflerini destekledikten sonra, güvenli yeri ile bağlantısını derinleştirmek ve güçlendirmek için birkaç ECEM seti kullandık. Daha sonraki oturumda bizimle daha fazla konuşmayı kabul etti.

Bir sonraki hipnotik karşılaşmamızda, genç parçanın hâlâ "olaylara bakmak için" oturmaktan korkmayı sürdürdüğünü keşfettik, çünkü yaklaşık beşinci sınıftan itibaren, ne zaman ödev yapmaya başlasa annesi gece çalışıyordu, babası sarhoştu ve "ortalıkta sinsi sinsi dolaşırdı." Çoğu zaman, babası odasına dalar, ödevine bakar ve "doğru yapmadığı" için alay eder, sonra diğer eksiklikler için öfkelenmeye başlar, sonunda ona vurur veya şiddetle tehdit ederdi. Bu genç kısım ayrıca içindeki diğer parçalara, babasına güvendiği kadar güvenmediğini, çünkü onu eleştirdiklerini ve işleri kendi yöntemleriyle yapmaya zorladıklarını söyledi. "Her zaman ne yapacağımı bilmiyorum." dedi keskin bir şekilde. "Yani yapabileceğim tek şey çabalamak ve sadece bu durumu olabildiğince çabuk bitirmek."

Jeremy ve ben, bu ego durumuna yardım sağlamamız ve bunu, ona kabul edebileceği bir şekilde teklif etmemiz gerektiğine karar verdik. Yine ideomotor sinyalleri kullanarak "onu çağırdık" ve ona EMDR ve ego durum terapisi sürecini anlattım. Bu yaklaşımın kendisine yardımcı olup olamayacağı konusunda şüpheleri olmasına rağmen, iş birliği yapmayı kabul etti.

## Adım 4: Bireysel Ego Durumlarıyla Geçmiş Travmayı Yeniden İşleme

Ego durum terapisini kullanırken terapötik sorunlardan biri, tüm kişilikle ne zaman çalışılacağına, ego durumlarının stratejik gruplarıyla ne zaman çalışılacağına ve belirli bir ego durumuna ne zaman odaklanacağına karar vermektir. Bu örnekte, "genç parçanın" Jeremy'nin düzensizliğini ve tutarsız konsantrasyonunu değiştirmenin anahtarı olduğu ortaya çıktı. Diğer tüm iç kısımlara güvensiz olduğu için, yalnız onunla çalışmak önemli görünüyordu.

Çalışmamızın bu aşamasında genç parçanın ödevini yapmaya çalışırken, babasının yaşattığı saldırı ve şiddet deneyimlerini hedefleyerek başladık. Bu noktada ego durumuna hipnoz kullanılmadan erişilebilir. Jeremy bu kısmı hem görselleştirebilir hem de iç düşüncelerine erişebilir. Bu ego durumu bu bellek materyali ile çalışmaktan korktuğu için önce biraz ego güçlendirme yapmamızı önerdim.

Genç parçadan sahil evindeki güvenli odasına gitmesini istedim ve birkaç BLS ile bağlantısını güçlendirdim. Babasını kapsayan bu işi yapacak kadar güçlü ve güvende hissetmek için daha fazla ihtiyacı olup olmadığını sordum. Genç parça tereddüt etti ve "Bir şeye ihtiyacım var ve korkuyorum ama ne olduğunu bilmiyorum." dedi. Genç parçanın birkaç BLS setinde "Güvenli ve güçlü hissetmek için daha fazla şeye ihtiyacım var." fikrine tutunmasını önerdim. Ortaya çıkan şey, yalnız kalmaması için birisiyle birlikte olmak istemesi ve her zaman yakın hissettiği dedesinin (annesinin babası) orada olabilmesiydi.

Jeremy genç parçaya ve dedesine odaklanırken, babasının ödevini elinden alıp bağırdığı ve doğru yapmadığı için ona vurduğu hedef anısını gözden geçirdik. Olumsuz bilişler "Ben apta-

lım!" ve "Buna bakamıyorum çünkü yanlış yapacağım ve tehlikede olacağım." şeklindeydi. Genç parçanın olumlu inançları "Ben bilirim." ve "Her şeye bakabiliyorum ve iyiyim." idi. VOC Ölçeğinde sırasıyla "Ben bilirim." olumlu bilişine inancı 7 üzerinden 4 ve "Her şeye bakabiliyorum ve iyiyim." olumlu bilişine inancı 7 üzerinden 2 idi. Genel rahatsızlığının şiddeti SUD ölçeğinde 10 üzerinden 8 idi. Vücudunun her yerinde gerginlik ve göğsünde sıkışıklık hissettiğini bildirdi. Genç parçaya, geçmiş belleğe odaklandığımız zamanlarda bunaldığını hissettiğinde, dedesiyle ya da dedesi olmadan güvenli alanına gidebileceğini hatırlattım. Onu daha fazla güvence altına almak için önce pratik yaptık; babasıyla olan sahneden çıkarak kolay ve başarılı bir şekilde güvenli alana döndü.

Ayrıca üçünü adımda, Jeremy ile daha önce yaptığım gibi genç parça ile çift yönlü uyarım [BLS] yöntemini konuştum. Jeremy gözleriyle parmaklarımı izlemeyi seçmiş olsa da, genç parça kulaklıklarla okyanus seslerini dinlemek ve her bir elinde dokunma aparatını tutmak istedi. Babasıyla birlikte olan bir sahneye odaklanarak, "Ben aptalım!" ve "Buna bakamıyorum çünkü yanılıyorum ve tehlikede olacağım." bilişleri, dedesinin elini tutan görüntüsü ve bedenindeki gerginlik duyumu üzerine setlere başladık. Çok geçmeden ortaya çıkan durumlarda, genç parça şöyle dedi: "Dedem bana çok zeki olduğumu bildiğini söylüyor. Ödevimi yapabileceğimi biliyorum. Sadece babam beni engellediğinde endişeliyim ve sonrasında odaklanamıyorum."

Dedesinin desteği ve geri bildirimi ile genç parça babayla yüzleşip ona işini düzgün yapabilmesi için odadan ayrılmasını söyleyebildi. Baba, ona karşılık verdiği için sinirli bir şekilde onu dövmekle tehdit ettiğinde, genç parça "Sen içiyorsun ve şu an sarhoşsun baba. Lütfen benimle bu şekilde konuşma!" diye cevap verdi. Jeremy, görüntüde babasının zayıfladığını ve odadan

çıktığını bildirdi. İlerlemeyi kontrol ettiğimizde, rahatsızlık şiddeti SUD ölçeğinde 2'ye düşmüştü ve Jeremy, gelecekte babasının onu engelleyebileceği konusunda biraz endişe duyduğunu belirtti. Birkaç set bu endişeyi hedefledik, ancak daha fazla yeni bilgi ortaya çıkmadı.

Daha sonra genç parçaya "Bu, tekrar olsaydı deden ne yapmanı isterdi?"sorusunu sorarak bir müdahale sundum. Anında verdiği yanıt, "Annem ve dedemle oturup onlara geceleri babamla evde yalnız kalmak istemediğimi söylerdim. En iyi arkadaşımın evine ya da komşumun evine gidebilirdim. Evde güvende olamıyorsam olabileceğim başka yerler de var." şeklinde oldu. Birkaç BLS setiyle devam ettik, bundan sonra sıkıntı seviyesi 0'a düştü. Jeremy, VOC Ölçeği'nde, hem "Ben işimi bilirim." hem de "Buna bakabilirim ve iyiyim." bilişine inancının 7 olduğunu bildirdi. Ondan genç parçanın hedef görüntüyü akılda tutmasına yardım etmesini ve bu bağlantıyı güçlendirmek için olumlu bilişleri tutmasını ve birkaç set daha yapmasını istedim. Daha sonra beden taraması yapıldığında gerginliğin kaybolduğunu söyledi. Jeremy, Bedenine derin bir rahatlama ve sakinlik hissinin yayıldığını belirtti.

Son adım olarak zamanlayıcıyı içeren olumlu bir gelecek şablonu oluşturmaya karar verdim. Genç parçaya içeride bu kısmı tanıyıp tanımadığını ve babası gibi bir sorun olup olmadığını sordum. "Tıpkı babam gibi, her zaman kendi yöntemiyle bir şeyler yapmamı istiyor." dedi. Genç parçanın, Zamanlayıcı'nın az önce çalıştığımız sahne hakkında ne düşündüğünü duymasının önemli olduğunu söyledim. Genç parça tereddütlü bir şekilde bir sonraki göz hareketleri sırasında onunla buluşmaya istekliydi.

Bu set sırasında, genç parça, Zamanlayıcı'nın babasına karşı durduğuna sevindiğini söyledi. Genç parçanın, geçmişinden endişe duymadan oturmasına ve odaklanmasına yardımcı olarak

işini en iyi şekilde yapmasına yardımcı olmak istediğine şaşırdı. Birkaç set boyunca, genç parçanın Zamanlayıcı ego durumuna olan güvenini, masasında oturması ve takvimini düzenlemesi istendiğinde gelecekte nasıl olacağını hayal etmesini isteyerek güçlendirdik. Birkaç kısa BLS seti sırasında, genç parça rahat ve güvende hissettiğini bildirdi, çünkü şimdi Zamanlayıcı'nın gerçekten ona yardım etmek istediğine ve birlikte ihtiyaç duydukları her şeyi yapabildiklerine inanıyordu. Jeremy'nin gelecek şablonundaki son görüntüsü; ilerlemesinden gurur duyarak ve kendinden emin bir şekilde iş yerindeki masasında bulunan özenle notlar alınmış takvimine bakan haliydi.

### 5. Adım: Entegrasyon ve Kapanış

Bir sonraki seansta Jeremy, işinde çok daha güvende hissettiğini, daha iyi odaklanabildiğini ve iş görevleri ve zamanlama ile ilgili daha spesifik ayrıntıları hatırlayabildiğini bildirdi. Ayrıca, takviminde toplantılar veya randevular planlarken hafif bir tereddüt yaşamasına rağmen, bunu kolayca yoğunlaşılmış ve rahat alana taşıyabildiğini fark etti. Çalışmalarımızın sunduğu olanaklar konusunda heyecanlıydı ve mali durumlarını düzeltmek için çalışmaya istekliydi.

Jeremy, yaptığı değişiklikler hakkında çok iyi hissettiğini ve benimle çalışmaya devam etmek istediğini söyledi. Yedi aya yayılmış toplam yirmi oturum yaptık; ilk değerlendirme aşamasından sonraki on dört oturumun her biri yetmiş beş dakikaya uzatıldı. Jeremy uyku döngüsünde önemli gelişmeler kaydetti, endişelerinin ve panik semptomlarının birçoğu azaldı. Ayrıca genç ego durumu ile yeniden işleme çalışmalarının, özellikle programının yönetiminde işe daha fazla odaklanmak için daha fazla zaman harcamasına neden olduğunu belirterek, organizasyonla ilgili sorunlarında bir değişiklik yapabildiğine inanıyordu.

Çalışmamızı değerlendirip kalan ihtiyaçlarını konuşurken, Jeremy primer terapisti olarak benimle çalışmak istediğini söyledi. Bunu daha önce diğer terapisti ile konuşmuştu. Hepimiz bu olasılığı daha fazla düşünmeye karar verdik. Jeremy'nin terapisti bana bu planı oldukça desteklediğini ve onunla birlikte başarabileceklerinin sonuna geldiğini hissettiğini söyledi. Onunla olumlu bir sonlandırma sürecinden bir ay geçirdikten sonra, Jeremy ve ben haftalık EMDR ve ego durum terapisi seansları başlattık. Birkaç yıl sonra, daha önce tarif edilene benzer şekilde yaklaşık on kilit ego durumuyla çalıştık. Jeremy'nin mali durum yönetimi çok daha iyileşmiş olsa da, stres seviyesi yüksek olduğunda hâlâ zorluk çekiyordu. İşteki organizasyonel alışkanlıklarının çoğunu düzeltti. Kariyer yolundaki hızlı yükselişi, sık sık yaşanan aksaklıkları tetikleyen zorlukların yanında geçmişte yaşanan travmatik olayları da yeniden işlemek için daha fazla fırsat sundu.

## SONUÇ

Bu vaka incelemesi tam bir tedavi süreci yerine EMDR ve ego durum terapisinin sadece bir bölümünü içermektedir. Buna rağmen, bu çalışma ile özellikle kompleks travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarla ilişkili bulgulardan çeşitli sonuçlar çıkarılabilir.

İlk olarak, işin hiçbir aşamasında ego güçlendirmenin önemi göz ardı edilemez. Joyce ile bu bölümün başında sunulan çalışmada, geçmiş deneyimlerindeki hâkimiyetini belirlemeye ve derinleştirmeye yönelik ilk odaklama, yakın zamanda meydana gelen bir trafik kazası sonrasında hâkimiyet konusundaki güven duygusunu güçlendirdi. Hipnotik telkin bu kaynaklara erişmesine yardımcı olmak için kullanıldı ve EMDR ve hipnozun bir kombinasyonu olan ECEM, kaynaklarının pozitif yoğunluğunu derinleştirmesine yardımcı oldu. Aynı zamanda, tedavinin

başlangıcında deneyimlerin güçlendirilmesine güçlü bir vurgu yapılmasının Joyce'un geçmiş travmayı yeniden işlemeye gerek kalmadan semptomlarını çözmesine izin vermiş olabileceği açıkça ortadadır.

Jeremy olgusunda, ilk önce semptomlarının kullanılmasını içeren daha dolaylı bir güçlendirme yaklaşımı kullanıldı. Bu, zorluklarının daha bilinçli bir şekilde farkında olmasına olanak verdi. Onları kendi kendine öğrenme araçları olarak kullanmasını ve kesin bir değişiklik yapmasına gerek kalmadan olumlu bir değişim geçirmesini sağladı. Bu yöntemi, içsel güvenli bir yer oluşturma ve çatışmasız görüntüler oluşturma konusunda daha doğrudan güçlendirme teknikleri izledi.

Çatışmasız görüntüler, EMDR ve ego durum çalışmasında özellikle yararlı bir araçtır. Çünkü istemcideki zaten var olan bütünleştirici anılar için muhafaza görevi görürler. Jeremy ile olduğu gibi tüm kişilik veya bireysel ego durumları ile kullanılabildikleri için, kendilerine uyum duygusu ve daha entegre bir kendiliğe katkıda bulunmaya yardımcı olan tepkiler uyandırabilirler. Jeremy için bu deneyimler, BLS'nin EMDR'ye olumlu bir giriş olarak kullanılmasıyla daha da geliştirildi. Bu iki vaka örneğinde SARI modelinin S aşaması, direkt veya indirekt ego güçlendirici deneyimlerin esnek bir protokol içinde tanıtılması ve uygulanması için bir model olarak sunulmuştur.

İkincisi, tedaviye tam olarak cevap vermeyen travma sonrası bir danışan ile çalışırken, disosiasyon veya ego durumu problemlerinin olasılığını değerlendirmek önemlidir. Bu, Jeremy olgusunda gösterildiği gibi konuşma yaklaşımları veya daha formel değerlendirme araçları yoluyla yapılabilir. İç çatışmanın danışanın daha inatçı semptomlarına katkıda bulunabileceğine dair bazı kanıtlar varsa tedavi sürecine dâhil olabilecek disosi-

yasyonun derecesini değerlendirmek önemlidir. Bu tür bir değerlendirme, ego durum çalışmasını yürütmede en yararlı olacak yöntemleri belirlemek için kullanılabilir.

Kendilik bölünmesi konusunda çok az kanıt bulunan Joyce ile çalışırken, yardımcı bir ego durumunun bulunması onu daha da güçlendirdi ve bu da semptomlarını çözme sürecini hızlandırmış olabilir. Joyce bu nedenle SARI modelinin dört aşamasından geçerek son on travmatik olayla ilgili travmatik stres semptomlarını sadece on seansta çözmeyi başardı. Ve Jeremy'nin sergilediği daha kompleks kendilik bölünmesi sorunları ile çalışırken, danışanın sorunlarına yardım ve kavramaya katkıda bulunabilecek bir ego durumu ile ego durum terapisine başlama uygulaması oldukça verimli ve etkili bir yaklaşımdır.

Sunulan iki vaka, hipnotik telkinin EMDR tedavisine pozitif katkısını da göstermektedir. Bu şekildeki entegre bir yaklaşım, her iki danışanın olumlu görüntülerle olan deneyimsel bağlantılarını derinleştirme, güçlendirme ve kontrol altına alma hissini kolaylaştırmış gibi görünmektedir. İdeomotor sinyallerin kullanımı, Jeremy'nin daha az bilinçli deneyiminin sınırlarını öğrenmesine ve güvenmesine yardımcı oldu. Ayrıca, çok önemli bir ego durumu ile belirgin bir çıkmaz konusunda ilerlememize ve onun için iletişim ve güvenlik duygularını geliştirmemize yardımcı oldular. Son olarak, hipnoz, genç parçayı kendisini destekleyen dedesinin ego gücü ile birleştirerek önemli yeniden doğuş deneyimleri sağlamaya yardımcı oldu.

Hipnotik telkin her ne kadar EMDR ve ego durum terapisinde çok sayıda faydalı olasılık yaratmaya yardımcı olsa da bazı uyarılardan bahsetmek mümkün. Bu yaklaşımı kullanmak isteyen terapistler, EMDR'nin yanı sıra hipnoz ve ego durum terapisi konusunda tam olarak eğitilmelidirler. Popüler basın-

da hâlâ yer almaya devam eden hipnoz hakkındaki yanlış algılar nedeniyle hipnozun sunulabilmesi, bir danışanın mitolojisine ve bu yaklaşımla ilgili korkuların araştırılmasına dikkat edilmesini de gerektirebilir.

Son olarak, Milton Erickson'ın mirasını ve hipnotik telkinde indirekt yaklaşımlarını kabul etmek önemlidir. Erickson'un karşılıklı iş birliğine verdiği önem, danışan ve terapistin rollerinin yanı sıra ego durumları arasındaki alt kişilikler arasında sınırları açıklığa kavuşturmak için yararlı bir paradigmadır. EMDR protokolü içinde, geçmişte travma ile parçalanmış içsel bir aile ile çalışmanın bir yolu olarak, iş birliği, kullanım ve gelecekteki yönelim ilkeleri etkili bir şekilde uygulandığında, bütünlük ve entegrasyon sağlama olanakları büyük ölçüde artırılabilir.

Artan şiddetin, gücün kötüye kullanımının ve sınır karmaşasının hâkim olduğu bu çağda, "negatif ötekilik" ve ya yabancılaşmanın yaygın olma durumunu tedavi etmek için bu kitapta açıklanan güçlü yöntemleri kullanabilirsek, bir an için dünyamızın nasıl olabileceğini hayal edin (Gilligan , 2002). EMDR ve ego durum terapisi derslerini uygulayarak mümkün olan bir umut dünyasına hoş geldiniz. Hipnoz, bu umut verici portalı biraz daha genişletmemize yardımcı olabilir.

## NOTLAR

1. Ortak mit, hipnozun danışanın savunmasız olduğu ve bilinçli kontrolü teslim ettiği bir duruma yol açtığına inanmaktadır. Bu algı hipnotistin, danışanları kendi isteklerine karşı bir şeyler yapmaya ve söylemeye zorlayacak bir Svengalci uygulayıcı olarak medya tasvirlerinden kaynaklanabilir. Danışanlar kontrollerini ve iradesini hipnotiste teslim etmeleri gerektiği inancından kaynaklanan hipnotize edilememe

korkusu taşıyorlar. Travma sonrası, danışanlar, travma ve istismar deneyimleri sırasında hikâyesel olarak olduğu gibi iradeleri dolayısıyla bunalmaktan çok bu durumdan korktuklarından, bu hipnotik teslim olgusu, onlar için anlaşılır derecede korkutucu olabiliyor.

2. Bu yöntemin ayrıntıları Phillips ve Frederick, 1995 (s. 50–51) ve Phillips'de, 2000 bulunabilir.

3. Benzer sonuçlar, geçmiş kaynakları tanımlanmış danışanlarda hipnoz kullanılmadan da RDI (kaynak yerleştirme) sırasında BLS kullanılarak elde edilebilir.

4. Diğerleri şizofreni olma, çoklu kişilik (disosiyatif kimlik bozukluğu) veya başka türlü "delirme"; işlevlerini yerine getirmede dengesizleşme veya daha fazla kontrol kaybetme; ve Freud'un "ölüm kaygısı" veya "serbest yüzen kaygılar" olarak adlandırdığı şeyle ilişkili olabilecek çeşitli isimsiz korkularını içerir.

5. Bu, bölümün başında açıklanan Joyce ile izlediğim teknikle benzerlik gösterir. Burada, ego durum çalışmamıza, Jeremy için daha da güçlendirecek ve istikrar kazandıracak olumlu bir durumla başlıyorum.

6. Disosiyatif ego durumlarında, disosiyatif bozukluğun formal tanısı olsun ya da olmasın, çekirdek kişilik için daha önce gözden geçirmiş olabileceğiniz tedavi yaklaşımlarını açıklamak gerekir. Bu vakada, Jeremy ve ben tedavi seçeneklerini konuştuğumuzda ego durumuna orada olup olmadığını sordum ve o, bize, orada olmadığını söyledi. Bu nedenle ego durumunun aydınlatılmış onayını almak için hem EMDR hem de ego durum terapisinin ilke ve uygulamalarını açıkladım. Bu, tüm ego durum sistemi boyunca aradaki fikir birliğini güçlendirmek, iş birliği ve güveni artırmak için gerekli bir uygulamadır.

## Kaynaklar

Bandura, A. (1977). Self-effi cacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84, 191–215.

Banyai, E. (1991). Toward a social psychobiological model of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W.

Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current modes and perspectives (pp. 564–598). New York: Guilford Press.

Beere, D., Simon, M., & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3–4), 217–232.

Binet, A. (1977). On double consciousness. Washington: University Publications of America. (Original work published 1890)

Bjick, S. (2001). Accessing the power in the patient with hypnosis and EMDR. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3–4), 203–216.

Brown, D., & Fromm, E. (1986). Hypnosis and hypnoanalysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cheek, D., & LeCron, L. (1968). Clinical hypnotherapy. New York: Grune & Stratton.

Dimond, R. (1981). Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient. American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 284–288.

Erickson, M. (1959). Further techniques of hypnosis: Utilization techniques. American Journal of Clinical Hypnosis, 2, 3–21.

Erickson, M., & Kubie, L. (1939). The permanent relief of an obsessional phobia by means of communications with an unsuspected dual personality. Psychoanalytic Quarterly, 8, 471–509.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3/4), 275–290.

Frederick, C., & McNeal, S. (1998). Inner strengths: Contemporary psychotherapy and hypnosis for ego-strengthening. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Frederick, C., & Phillips, M. (1992). The use of hypnotic age progressions in interventions with acute psychosomatic conditions. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 89–98.

Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 3–66). London: Hogarth Press. (Original work published 1923)

Gardner, G. (1976). Hypnosis and mastery: Clinical contributions and directions for research. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 24, 202–214.

Gilligan, S. (2002). The experience of "negative otherness": How shall we treat our enemies? In J. Zeig (Ed.), Brief therapy: Lasting impressions. New York: Harper & Row.

Hammond, C. (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.

Hartland, J. (1965). The value of "ego strengthening" procedures prior to direct symptom removal under hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 8, 89–93.

Hartland, J. (1971). Further observation on the use of ego strengthening techniques. American Journal of Clinical Hypnosis, 14, 1–8.

Hilgard, E. R. (1977). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.

Hollander, H. (2003, April). Integrating EMDR with hypnosis. Advanced workshop presented at the 45th Annual Scientifi c Meeting and Workshops on Clinical Hypnosis, Alexandria, VA.

Hollander, H., & Bender, S. (2001). ECEM (Eye closure, eye movements): Integrating aspects of EMDR with hypnosis for treatment of trauma. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3/4), 187–202.

James, W. (1983). The principles of psychology. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published 1890)

Janet, P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phenomènes psychologiques. [The systematic anesthetization and dissociation of psychologic phenomena.] Revue Philosophique, 23, 449–472.

Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria. New York: Macmillan.

Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1991). Theories of hypnosis: Current models and perspectives. New York: Guilford Press.

McNeal, S. (2001). EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3–4), 263–274.

McNeal, S., & Frederick, C. (1993). Inner strength and other techniques for ego strengthening. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 170–178.

Murray-Jobsis, J. (1990). Renurturing: Forming positive sense of identity and bonding. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 326–328). New York: Norton.

Nicosia, G. (1995). Brief note: Eye movement desensitization and reprocessing are not hypnosis [Letter to the editor]. Dissociation, 8, p. 65.

Phillips, M. (1996, March). Strengthening observing and experiencing ego functioning in ego state therapy. Paper presented at the 37th Annual Scientifi c Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, San Diego, CA.

Phillips, M. (2000). Finding the energy to heal: How EMDR, hypnosis, imagery, TFT and body-focused therapy can help restore mind-body health. New York: Norton.

Phillips, M. (2001a). Ericksonian approaches to dissociative disorders. In B. Geary & J. Zeig (Eds.), The handbook of Ericksonian psychotherapy (pp. 313–332). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.

Phillips, M. (2001b). Potential contributions of hypnosis to ego strengthening procedures in EMDR. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3/4), 247–262.

Phillips, M., & Frederick, C. (1992). The use of hypnotic age progressions as prognostic, ego strengthening and integrative techniques. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 90–108.

Phillips, M., & Frederick, C. (1995). Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for posttraumatic and dissociative conditions. New York: Norton.

Prince, M. (1969). The dissociation of a personality. Westport, CT: Greenwood. (Original work published 1906)

Rossi, E. (Ed.). (1980). The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis (Vols. 1–4). New York: Irvington.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma. New York: Basic Books.

Spiegel, H. (1972). An eye-roll test for hypnotizability. American Journal of Clinical Hypnosis, 15, 25–28.

Spiegel, H., & Linn, L. (1969). The "ripple effect" following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 126(1), 53–58.

Stanton, H. (1989). Ego enhancement: A fi ve-step approach. American Journal of Clinical Hypnosis, 31, 192–198.

Wade, T., & Wade, D. (2001). Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis and EMDR in a psychosocial developmental context. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3–4), 233–246.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979). The theory and practice of ego state therapy. In H. Grayson (Ed.), Short-term approaches to psychotherapy (pp. 176–220). New York: Human Sciences Press.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and practice. New York: Norton.

*Çev: Ayşe Betül Tortçu*

# BÖLÜM 4

## EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİ İLE BİLİŞSEL ŞEMALARI DEĞİŞTİRME

**Michael C. Paterson**

Danışanlar çoğu zaman EMDR'yi deneyimlemelerine izin verecek ego gücüne sahip olabilmek için kapsamlı hazırlık çalışmalarına ihtiyaç duyarlar. Bu çalışmaların yapılmaması, hastaya zarar verebilir ve terapiste sorun çıkartabilir. Egonun güçlendirilmesi genellikle, danışanın kişiliği tamamen entegre olmadığında, kalıcı irrasyonel inançların ve davranışların varlığının belirtildiği durumlarda gereklidir. Kapsamlı karşı kanıtlar olmasına rağmen bu tür inançlar mevcuttur. Örneğin bir erkek, istikrarlı bir evlilikte olmasına ve bir üniversite diplomasına sahip olmasına rağmen değersiz olduğuna ve başarısız olduğuna inanabilir. Benzer şekilde, irrasyonel inançlar genellikle bilişsel işlemeyi engelleyerek danışanların tedavide ilerlemelerine mâni olurlar.

Borderline kişilik bozukluğu gibi kişilikteki aşırı parçalanma, genellikle Şema Odaklı Bilişsel Terapi kullanan bilişsel terapistler tarafından tedavi edilir (Young, 1994; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu yaklaşım, herkesin uyumsuz bilişsel şemalar geliştirdiğini, genellikle çocuklukta ortaya konulan (örneğin, "Ben başarı-

sızım.") kendine özgü inanç kalıplarını geliştirdiğini ve bunların bireyin kişiliğine yerleştiğini savunur. Bu inançlar değişime dirençlidir ve uyumsuz davranışın karakteristik örüntülerinde kendini gösterir. Örneğin, başarısızlık şemasına sahip danışan, olumsuz inançtan kurtulmak için rutin görevlerde mükemmeliyetçilik gösterebilir. Genel etki, kendini başarısızlığa düşürmektir. Tedavi duygusal, kişiler arası, bilişsel ve davranışsal teknikler kullanarak uyumsuz şemalarla yüzleşmeyi ve bunlara meydan okumayı, böylece şemaları zayıflatmayı ve bireyin kişiliğinin sağlıklı kısmının ön plana çıkarılmasını içerir.

Uyumsuz bilişsel şemalara EMDR'deki negatif biliş (kognisyon) yoluyla erişilir. EMDR'nin etkili olabilmesi için, ilişkili duygu ve somatik hissi oluşturmak için şemanın tetiklenmesi gerekir. Negatif bilişin ifadesi bu nedenle önemlidir, çünkü bazı ifadeler şemaya yaklaştırır, ancak diğerleri onu tetikler. Örneğin, olumsuz biliş olan "Ben iyi değilim." ile "Değersizim." bilişinin yer değiştirmesi daha iyi olabilir.

Geleneksel olarak kökeninde psikodinamik olarak görülen ego durum terapisi (Watkins ve Watkins, 1997), şema odaklı yaklaşıma benzer sonuçlar elde etmektedir. Teori, herkesin her biri belirli inançları ve davranışları temsil eden bir dizi ego durumuna (kişilik modelleri) sahip olduğunu iddia eder. Her ego durumu, diğer ego durumlarından az çok geçirgen olan sınırlarla ayrılır. Bu, çoğu insanın ortaya çıkan durumlarla başa çıkmak için ego durumları arasında kolayca hareket edebileceği anlamına gelir. Ego durumları arasındaki sınırların daha az geçirgen olduğu durumlarda, bireyler belirli bir durumda takılı kalabilirler ve bu durumdan, ancak aniden -borderline kişilik bozukluğundaki gibi- alternatif bir duruma geçtiklerinde kurtulabilirler.

Şema odaklı yaklaşımda olduğu gibi, ego durum teorisi, in-

sanların genellikle çocuklukta uyumsuz ego durumları geliştirdiklerini, ancak bunların şemalardan farklı bir düzeyde olduğunu iddia eder. Örneğin, danışanlar yanlış anladıklarında, onları sözlü olarak suistimal eden eleştirel bir iç sesin farkında olabilirler. Bir başarısızlık şemasına sahip olabilirler, ancak eleştirel iç ses bunun bir temsilidir. Ego durum terapisinin amacı uyumsuz ego durumlarının rollerini daha işlevsel olanlara dönüştürmektir.

Şema Odaklı Bilişsel Terapi, şemaları, değişime dirençli olan, danışanın kendisiyle ilgili geliştirdiği kararlı ve kalıcı inanç ve duygu kalıpları olarak görür. Daha yakın zamanlarda Young ve ark. (2003) şema modları kavramlarını "hepimizin deneyimlediği andan itibaren duygusal durumlar ve başa çıkma tepkileri -uyumlu ve uyumsuz" olarak açıklamışlardır (s. 37). Bu yazarlar dört kategoride grupladıkları on şema modu tanımladılar: İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Modları, Çocuk Modları, İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları ve Sağlıklı Yetişkin Modu. İncelendiğinde, bu modlar ego durumlarına benzerdir.

Young (1994) şemaların her zaman bilinçli farkındalıkta olmadığını, tetiklendiğinde kişinin düşüncelerine ve duygularına hükmettiğini ve sonraki davranışları belirlediğini belirtmektedir. Aynı ilke ego durum teorisi için de geçerlidir. Watkins ve Watkins (1997) erken dönem psikodinamik teorisyenlerin çalışmalarından yararlanarak, ego durumlarının öz-enerji (ego kateksleri) ile yatırım yapılana kadar bilinçaltında var olduğunu ve yürütme pozisyonunu aldıklarını, başka bir deyişle kişinin o kısmının sorumlu olduğunu öne sürdüler. Diğer ego durumları uykuda kalırlar ve genellikle ev sahibinin neler yaşadığının farkındadırlar; bunlar nesne enerjisi (nesne kateksleri) ile donatılmıştırlar. Bununla birlikte disosiyatif kimlik bozukluğunda, ego durumları genellikle diğer durumların varlığından habersizdir ve durumlar arasında geçiş yapıldığında amnezi olur.

Belirli bir durumda, danışanın, farklı bir durumdayken satın alınan gardroptaki kıyafetleri tanımaması bu duruma bir örnektir. Duruma bağlı bellekte de benzer bir olay meydana gelir.

Ego durumu ve şema odaklı yaklaşımlar, hedeflediklerinin, kişinin kişilik gelişiminin sonucu olduğu konusunda hemfikirdir. Her iki yaklaşım da uyumlu ve uyumsuz durumların gelişebileceğini kabul etmektedir. Bu teorilerin farklı olduğu yer içerikleridir.

Watkins ve Watkins (1997), uyumlu ego durumlarının gelişimini normal farklılaşma yoluyla birleştirirler ve disosiyasyonu farklı durumların tezahür ettiği bir fenomen olarak kabul ederler. Bu, günümüzde danışana iyi hizmet eden düşünce, duygu ve davranış kalıplarının istikrarlı yaşam deneyimleriyle geliştiği anlamına gelir. Disosiyasyon yoluyla, depersonalizasyon ve derealizasyon şemsiyeleri altında daha az uyumlu durumlar gelişebilir.

Young (1994) yaklaşımında erken uyumsuz şemaların geliştirilmesi ve sürdürülmesine odaklanarak farklılık göstermektedir; disosiyasyonu bunları korumanın bir yolu olarak görür. Danışanlar disosiyatif bir durumda olduğunda, depersonalizasyon veya derealizasyon yaşarlar. Çevrelerindeki dünyada olanlarla tam temas halinde değildirler. Bu nedenle, şemaları Young'ın şema odaklı yaklaşımını kullanarak tetiklemek zordur. Bununla birlikte şema modlarının yaklaşıma dâhil edilmesi (Young ve diğerleri, 2003) bunu daha az problem haline getirmektedir. Young (1994), etkili bir şekilde disosiyasyonun terapi yoluyla ilerlemenin önünde bir engel olduğunu savunurken Watkins ikilisi ayrışmış ego durumlarının terapiyi geliştirebildiğini düşünüyor.

Hem şema odaklı yaklaşımın hem de ego durum yaklaşımlarının incelikleri dikkate alınarak kalıcı irrasyonel inanç ve

davranışların sürdürülmesi ve değiştirilmesi hakkında çok şey öğrenilebilir. Bilişsel analitik terapi (CAT; Ryle, 1998) bunu sağlamanın bir yolunu bulmuştur. Ryle'ın modeli, uyumlu ego durumları, durumlar arasında geçiş, disosiyasyon ve şema odaklı çalışma için bir alan sağlar.

CAT, insanların erken yaşlarda bunlarla ilgili deneyimleri ve onlara bağlı oldukları anlamlarla kişiliklerinin nasıl geliştiğini belirleyen karşılıklı roller öğrendiklerini savunur. Örneğin çocukluk dönemindeki annenin duygusal yoksunluğu oyunda canlandırılır ve daha sonra olgun yetişkinin duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanamayacağına inandığı bir düşünme ve davranış modeli olarak benimsenir. Bu karşılıklı roller temel rol kalıplarını (kendilik-durumları) oluştururlar; kararlı ve tanınabilir özelliklere sahiptirler ve değişime karşı dirençlidirler. Ryle, terapistlerin danışanların farklı ego durumlarını ve karşılıklı rol modellerini tanımlamasına ve onları Kendilik Durumları Sıralı Diyagramı şeklinde bir terapötik araç olarak göstermelerine yardımcı olmasını önerir. Bu, terapistlerin, ego durumlarını neyin tetiklediğini, bunların nasıl korunduğunu ve sonuç olarak neler olduğunu görmesini sağlar.

## İRRASYONEL İNANÇ VE DAVRANIŞLARIN SÜRDÜRÜLMESİ

Şemalar ve ego durumları, değişimi etkileyecek kanıt bulunmaması nedeniyle mevcut biçimlerinde korunur. Bu, insanları kendileri hakkında farklı düşünmeye sevk edebilecek kanıtlardan kaçınıldığı veya mevcut inançlara uyacak şekilde çarpıtıldığı anlamına gelir. Örneğin, "Ben başarısızım." inancına sahip olan ve bir ödevden A + alan bir öğrenci, herhangi bir kişinin de çok az çabayla bunu başarabileceğini belirten bir ifadeyle bu başarıyı en aza indirebilir.

Kalıcı inançlar ve duygular olarak şemaların, ayrı ego durumlarından daha karmaşık bir düzeyde olduğuna inanıyorum. Ego durumu, kısmen kendiliğinden, bir dizi genel inancı ve bununla ilişkili duyguları etkileyebilir. Örnek olarak, çalışma ortamındaki bir yetişkin, patronundan yapıcı geri bildirim alır; ancak bunu, öğrenme deneyimi ve performansını iyileştirmenin bir yolu olarak kabul etmek yerine umutsuzluk duygularını tetikleyen bir başarısızlık hissi yaşadığını fark eder. Şema perspektifinden bakıldığında, yetişkin çalışanın başarısızlık şeması önceki başarıları göz ardı edilerek tetiklenir ve performansın tamamının zayıf olmadığına dair güvenceler göz ardı edilerek sürdürülür. Ego durumları açısından bu durum, sık ebeveyn eleştirilerinin bir sonucu olarak gelişen bir çocuk durumunu tetiklerdi. Ebeveynin bir içe atımı olarak oluşan başka bir ego durumu olan Eleştirici tarafından sürdürülecektir. Bu kendilik-parçası diğer parçaların mantığını değiştirebilecek her türlü uyumlu bilgiyi engeller.

Teorik yaklaşıma bağlı olarak, yazarlar, uyumsuz durumların ve şemaların korunduğu, genellikle örtüşen bir dizi yol önermektedir. Young (1994), erken yaşta oluşan uyumsuz şemaların değişime en dirençli şemalar olduğuna inanmaktadır. Değişikliğin önlendiği üç süreçten bahseder: Şemanın sürdürülmesi, şemadan kaçınma ve şema telafisi. Şemanın sürdürülmesinde, şemaya aykırı bilgiler dikkate alınmaz (örneğin bir başarısızlık şeması başarı kanıtını reddeder veya bozar) ve kendi kendini engelleyen davranış ortaya çıkabilir (örneğin, yeni bir proje ile karşı karşıya kalındığında gönülsüz bir şekilde dâhil olma). Şemadan kaçınmada, şema için davranışsal tetikleyicilerden kaçınılır (örneğin kırılganlık, kalabalıklardan kaçınarak engellenir). Bilişsel ve duygusal olarak olayları düşünmekten veya acı verici duygular yaşamaktan kaçınmak için gönüllü ve istemsiz çabalar vardır. Şema telafisinde, şemanın önerdiğinin tersi şekilde dav-

ranılır. Örneğin ilişkilerden kaçınmak yerine, bunu telafi etmeye çalışan terk edilme şemasına sahip bir erkek, ilişkiler arayabilir ve kadınları ilgiyle boğabilir. Kadınlar muhtemelen kendilerini kapana kısılmış hissedebilir ve ilişkiden kopabilir. Böylece erkeği terk edebilir ve olumsuz kendine inancını güçlendirebilir.

Bilişsel analitik görüşe göre, işlevsiz düşünme ve eylem örüntüleri; *tuzaklar, ikilemler ve takılmalarla* korunur. Tuzaklar, kişinin döngüsel düşüncelerden ve davranışlardan kaçamadığı zamanlardır. Örneğin, ruh hali düşük, "değersiz" bir ergen, sınavında başarılı olamayacağına inanır; düşük performans sonuçları ile bu inanç doğrulanır. Alternatifler kötü veya daha kötü göründüğü için insanlar belirli bir şekilde davrandığında ikilemler ortaya çıkar. Örneğin, reddedilme riskiyle karşı karşıya olan bir adam nasıl hissettiğini ifade etmez. Bir kişi, davranışını değiştirmek istediğinde takılmalar ortaya çıkar. Ancak alternatif, ya diğerlerinin birey için önemli olanın tersini yapmasıyla ya da alternatifi hak etmeme duygularıyla iç çatışmanın yaratılması sonucunda engellenecektir. Örneğin, başarı konusunda kendini suçlu hisseden bir stajyer bilgisayar sistemleri mühendisi, üç kez seviye 4 mesleki sınavında başarısız oldu, ancak daha önceki sınavların konusunu bilmek zorunda olduğu 5. sınavı geçebildi.

Ego durum teorisi açısından Watkins ve Watkins (1997) yukarıda gösterilenleri yinelerler. İlk olarak, durumların, belirli çocukluk deneyimlerinin tekrarlanmasına dair çoğu kez bilinçsiz olan günümüz beklentisiyle sürdürüldüğünü belirtirler. Kişi kronolojik olarak gelişmesine rağmen, erken uyumsuz öğrenme, erken uyumsuz durumların (şema sürdürümü) önüne geçilmemesiyle pekiştirilir. İkinci olarak Watkins ve Watkins geçmişi değiştirmek için anlık bir arzu duyulabileceğini öne sürüyorlar (şema telafisi). Çocukken güvendiği bir yetişkin tarafından istismara uğradığı için, taciz içeren bir ilişki arayan bir kadına örnek veriyorlar.

Mağdur, istismara uğramış çocuk durumundan kopmak yerine onu yeniden yaratır ve böylece uyumsuz durumu sürdürür. Ego durumu alanına ek olarak diğer teorik perspektifleri anlama yoluyla klinik uygulama geliştirilebilir. Hangi şemaların uyumsuz olduğunu klinik görüşme yoluyla belirlemek, danışanlar için yararlı bir başlangıç noktasıdır. Klinik sezgi, on sekiz farklı şemayı inceleyen Young Şema Ölçeği (Young, 1994; Young ve diğerleri, 2003) ile desteklenebilir. Daha sonra klinisyenler Ryle'ın (1998) tekniğini kullanmak isteyebilir ve hastalarına durum değişimlerinin, duyguların ve sonraki davranışların karmaşık etkileşimini çözmek için bir Kendilik Durumları Sıralı Diyagramı sağlayabilir. Bu iki aracı kullanarak terapistler, yaklaşımlarını maksimum etkililik için yapılandırabileceklerdir. Danışanı istikrara kavuşturmak için gerekli hazırlık çalışmasını ve EMDR için potansiyel hedefleri belirleyebilir, ardından danışan ile bunlar üzerinde anlaşabilirler.

## KUZEYDE TERÖRİZM VE TRAVMA İRLANDA: KURBANLAR OLARAK POLİS

Aşağıdaki vaka incelemesi, depresyon tanısı ile tıbbi nedenlerle emekli olan Kuzey İrlanda'da eski bir polis memuru olan Margaret'e aittir. 20. yüzyılın son üçte birindeki terör mücadelesi sırasında Royal Ulster Constabulary'de (RUC) görev yapmıştı. RUC, İrlanda adasının iki eyalete bölündüğü (Kuzey İrlanda (İngiliz) ve İrlanda Cumhuriyeti (İrlanda)) 1922'den beri Kuzey İrlanda'daki polis servisiydi. 2002 yılında terörist ateşkesi ve Kuzey İrlanda'da polis hizmetlerine kapsamlı bir inceleme yapılmasının ardından, RUC yeniden yapılandırıldı ve Kuzey İrlanda Polis Teşkilatı (PSNI) olarak adlandırıldı. Margaret 1979'dan 1983'e kadar RUC'de görev yaptı, 1981'de polis aracına düzenlenen terörist roket saldırısında yaralandı ve her iki kolu da kesilmek zorunda kalındı.

Kuzey İrlanda'da terör mücadelesi sırasında polislik yapmanın doğası, polis memurlarının saldırı riski altında normal polislik görevlerini yerine getirmeleri gerektiğiydi. Görevden ayrıldıklarında riskler devam etti: Birçok memur, evde veya evin dışında bir faaliyette bulunurken saldırıya uğradı ve bazıları öldürüldü. 1968'de sivil kargaşalarla başlayan "Sorunlar" sırasında 302 RUC memuru öldürüldü ve yüzlercesi yaralandı, birçoğu ömür boyu sakat kaldı. Nüfusun yaklaşık % 0,2'sini temsil eden 3.000'den fazla insan "Sorunlar'ın" bir sonucu olarak öldü. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu rakam, yaklaşık 453.000 kişiye eşdeğer olacaktır.

Kuzey İrlanda'da polislik yapmak psikolojik açıdan kolay değildi, çünkü polis memurlarının sık sık parçalanmış cesetlerin bulunduğu cinayet sahnelerine katılmaları gerekiyordu. Yapılan iş, işin içindeyken öğreniliyordu ve ilk yıllarda memurları yüzleşmeleri gereken şeye hazırlamak için hiçbir şey yapılmamıştı. 1979'daki operasyonel görevimin ilk haftasında, County Down'daki Newry yakınlarında manzaralı bir bölge olan Narrow Water'da birden fazla ölümle sonuçlanan bir bomba patlamasının ardından vücut parçalarını toplamak için meslektaşlarımla birlikte gönderildim. 1970'lerin başlarında, en büyük şehir olan Belfast'taki bazı memurlar, bir vardiya sırasında birkaç bomba patlaması sahnesine şahitlik etti.

Eski RUC memurlarının (McConnell, Paterson ve Poole, hazırlık aşamasında; Paterson, Poole, Trew ve Harkin, 2001) çalışmaları, Kuzey İrlanda'da polisliğin iz bıraktığını ortaya koymuştur. RUC'deki istihdam süresine bağlı olarak (normal subay veya yedek memurun kariyer derecesi), psikolojik semptom seviyeleri farklılık gösterdi. Emekli memurların yaklaşık % 35'i Genel Sağlık Anketi'nde "psikiyatrik rahatsızlık" kriterlerini (İrlanda'da bahsedildiği üzere) ve % 11'i travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşıladı; emekli yedek subaylarda bu oran sırasıyla % 44 ve % 17 idi.

Belfast'ta bir klinik psikolog olarak, travma sonrası stresin değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış bir psikiyatrist meslektaşımla birlikte bir grubu yönetiyordum. Margaret gibi polis hizmetlerinin bir sonucu olarak psikolojik zorluklar geliştiren emekli memurlarla yoğun bir şekilde çalışıyordum. EMDR'yi travmatik stres için bir tedavi seçeneği olarak kullanıyordum ve yeniden işlemede dirençle karşılaştığında ego durum terapisini kullanıyordum. Olumsuz kendilik inançlarının çözülmesi gereken bir iç çatışmaya neden olduğu görülen danışanlarda EMDR'yi kullanmadan önce ego durum terapisinin kendi başına etkili olduğu kanıtlanmıştır.

## MARGARET: KUZEY İRLANDA'DA TRAVMA VAKASI ÇALIŞMA

### Margaret'in Hikâyesi

Margaret'in RUC'den tıbben emekli olması, bir depresyon teşhisinin ardından geldi. Polislik ortamında görev yapabilme yeteneği; işine konsantre olamaması, uykusunun zayıf ve düzensiz olması, hayatındaki çoğu şeye ilgisini kaybetmesi nedeniyle ciddi şekilde etkilendi. Tıbben emekli olduğu sırada korkutucu rüyalar ve intrüzif (girici, zorlayıcı) düşünceler yaşıyordu. Fakat bunlar onun resmî teşhisinin bir parçası olarak gösterilmedi. Beni görmeye geldiğinde sosyal güvenlik hakları kesilmişti. Bu durum onun daha çok üzülmesine ve eski bir meslektaşının tavsiyesine uyarak çalıştığım Polis Rehabilitasyon ve Yeniden Eğitim Vakfı'na gelmesine neden oldu. Margaret, almayı reddettiği depresyon teşhisi ve antidepresan reçetesi için bir psikiyatriste gitmek gibi zorluklardan dolayı hiç tedavi görmemişti. Şimdi kırk yedi yaşında olan Margaret, on yaşındaki oğluyla tek başına yaşıyordu. Margaret asla oğlunun babasıyla birlikte yaşamamıştı. Çünkü oğ-

lunun babası başka biri ile evliydi ve karısıyla yaşıyordu.

Kendisiyle tanıştığımda Margaret, polis görevi sırasında yaşanan olaylarla ilişkili olarak (meslektaşları ve sivillerin terörist saldırılarda hayatlarını kaybetmeleri) travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon rahatsızlığından muzdaripti. Bir olayda algılanan rolüyle ilgili suçluluk duyguları ve çevresinde olup bitenlerden uzaklaşma, sık sık uyuşma hissi bildirdi. Duygusal talepler çok yoğunlaştığında disosiye olduğu ortaya çıktı ve "uçan bir bulut" gibi hissettiğini söyledi. Bu, mevcut sahneye farklı bir açıdan bakmak ve uyuşuk hissetmek gibiydi. Aynı fenomen, Margaret yüksek düzeyde ağrı yaşadığında da meydana geldi: Oğlunu doğururken herhangi bir ağrı kesiciye ihtiyaç duymadı. Onunla temasımın ilk aşamalarında Margaret, duygularının açığa çıkmasına izin vermeye direndi. Bunu her zaman rahatsız buldu, en azından "kabarık bulut"a gidene kadar.

Margaret, 1950'lerde Kuzey İrlanda'nın kırsal kesiminde Roma Katolik inancına sahip işçi sınıfı bir ailede dünyaya geldi. Geleneksel olarak büyük ailelerin norm olduğu bir dönemde yedi çocuğun en küçüğüydü. Genel olarak talimatına uyulan kilise rahipleri, kiliselerinin felsefesine aykırı olduğu için doğum kontrol yönteminin kullanılmasını yasaklamışlardı. Çocukluk yılları boyunca Margaret ortadaki beş çocuktan ("orta grup") ayrı hissetti, ancak aynı zamanda "dışlanmış" olan en büyük erkek kardeşine de yakın hissediyordu. Margaret, yirmi iki yaşındayken ölen annesiyle makul bir ilişkiye sahipti. Margaret'in çocukluğu boyunca annesi sevgisini tüm çocuklarına yaymak zorunda kaldı, ama Margaret en küçüğü olarak payını aldı. Annesinin ölümünden sonra Margaret, hiçbir zaman iyi bir ilişkiye sahip olmadığı yaşlı babasına baktı. Babası, Margaret'in hayatı boyunca ona duygusal olarak mesafeli davrandı ve çok az ilgi gösterdi. Yalnız ve eşini kaybetmiş olarak yaşayan babası, RUC'de uzun saatler boyunca

çalışmasına rağmen Margaret'ten daha fazla zaman talep etmeye başladı. Margaret buna içerledi ve aile evinden taşındı.

Margaret okulda iyi bir performans sergiledi, ancak görünüşe göre "orta gruptaki" bir ağabeyinin ısrarı üzerine, on dört yaşındayken ailesi İngiltere'ye taşındığında sinirlendi. Margaret on beş yaşında okulu bıraktı ve bir fabrikada çalışmaya başladı. Kendisini, hiçbir zaman ailesinin bir parçası gibi hissetmemişti. Aile ortamından kaçma arzusu ile İngiliz ordusuna katıldı. Margaret'in yeni ordu meslektaşları tarafından kabul edilmeye ihtiyacı vardı ve bu kabul edilme çabası içinde lezbiyen bir meslektaşının onu tutkuyla öpmesine izin verdi. Başka bir meslektaşın çifti ihbar etmesinden sonra askerî polis tarafından bir soruşturma başlatıldı, ancak herhangi bir suçlama yapılmadı. Margaret'in lezbiyen eğilimleri olmadığı için bu münferit bir olaydı. Yaşadığı deneyimden acı bir şekilde pişman oldu ve ardından suçluluk duygusu taşıdı. Üç ay sonra askerlik görevinden ayrıldı. On dokuz yaşındayken Margaret'in ailesi, Margaret'in kardeşlerinden birinin aldığı kararın ardından, Kuzey İrlanda'ya yerleşmeye karar verdi. Kimse Margaret'ten görüşünü sormadı. Kuzey İrlanda'ya döndükten sonra Margaret, belki de ailesine bir ceza olarak RUC'ye katılmaya karar verdi. Akrabaları dehşete kapılmıştı: Margaret'in Protestan polis gücü olarak gördükleri şeye katılarak onları hayal kırıklığına uğrattığını söylediler. Aile, siyasi görüşlerinde İrlandalı milliyetçiydi. Aile RUC'yi Katolik azınlığa baskıcı olarak görüyordu.

Polislik hizmeti boyunca Margaret, yalnızca teröristlerin neden olduğu değil, aynı zamanda araba kazaları ve diğer ani ölümler nedeniyle de gerçekleşen ölümlere maruz kaldı. Çocuk ölümlerinin Margeret üzerinde özel bir etkisi oldu. Margaret, çocukların hedeflenen kurbanlar olmadığı iki özel olayda parçalanmış cesetleri gördüğünü hâlâ capcanlı bir şekilde hatırlıyor: 1970'lerde Belfast'ta ve 1990'larda County Down'da bir bomba

patlamasında. Ayrıca, diğer memurlar kadar sahada olmadığı için üç meslektaşının vurularak öldürülmesinden de sorumlu olduğunu hissetti. Bir takma ad olarak, Margaret'i açıkça tanımlama riski, bu olaylarla ilgili daha fazla ayrıntı verilmesini engelliyor.

Ailesiyle ve başkalarıyla olan yaşam deneyiminden, Margaret her zaman kendi başına olduğunu ve insanlara güvenme konusunda endişeli olduğunu hissetmişti. Onun görüşü, insanların bir şekilde ondan yararlanacağı yönündeydi. Aynı cinsle temastan dolayı taşıdığı suçluluk duygusu o kadar yoğundu ki, bu duygu kendisini cezalandırmaya itti. Sık sık çok fazla içiyordu ve arabasını hızlı sürüyordu ama asla zarar görmüyordu. Terör olayları meydana geldiğinde, genellikle kısa bir süre önce olay yerinden ayrıldığı için yara almadan kurtuldu. Bu, Tanrı'nın kendisine daha da fazla işkence yapmak istediğine dair çarpık bir inanca neden oldu. Kırklı yaşlarının başında yumurtalık kanseri teşhisi kondu ve total histerektomi ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.

## Margaret'in Problemini Anlamak

2000 yılının başlarında değerlendirmemi yaptığımda, Margaret'in kendisi hakkında şu anda kendisine hizmet etmeyen bazı temel inançlar geliştirdiğini keşfettim. Young (1994) buna "erken uyumsuz şemalar" adını verdi. Margaret'in aile hayatı ise bütün bunlardan sorumlu duruyordu.

İlk şema olan Duygusal Yoksunluk, kişinin birincil duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanmayacağı beklentisidir. Margaret'ın annesinin sevgisi yedi çocuk ve bir koca arasında paylaşıldı. "Orta gruptaki" beş kardeşin kendisini pek önemsemediğini gördü ve babası bu durumdan hiç rahatsız olmadı.

İkinci şema, Sosyal İzolasyon/*Yabancılaşma*, diğerlerinden ayrı olarak herhangi bir gruba ait olmama inancını üretir.

Margaret'in aile içindeki yalnızlık duygusu bunun gelişmesine neden oldu ve yaşam boyunca pekiştirildi.

Üçüncüsü, Güvensizlik/*Kötüye Kullanım*, başkalarının kasıtlı olarak bir şekilde kendisinden avantaj sağlayacağı inancıyla sonuçlanır. Margaret'in büyük kardeşlerine ve ebeveynlerine duyduğu güven yerine gelmedi; kardeşleri onu reddetti ve ebeveynleri onun için fiziksel veya duygusal olarak ulaşılamazdı.

Dördüncüsü, Kusurluluk/*Utanç*, içsel bir kusur olduğuna dair bir inançla sonuçlanır ve diğerleri yaklaşırsa bunu fark edecek ve ilişkiden çekilecektir. Aynı cinsle temasın bu inancı şiddetlendirme etkisi olduğu ortaya çıktı. Margaret, oğlunun babası onu kendisiyle çıkmaya ikna edene kadar ilişkilerden kaçınmıştı.

Her biri belirli olaylar tarafından tetiklenen bu şemaların karmaşık bir etkileşimini fark ettim. Bunlarla ve Margaret'in eşlik eden depresyonu ile birlikte TSSB'si ile karşı karşıya kaldığımda, travmatik anılar üzerinde EMDR'yi kullanmadan önce kapsamlı hazırlık çalışmalarının yapılması gerektiğine karar verdim. Margaret'in bakış açısının ve ruh halinin hızla değişebileceğinin farkındaydım ve önemli bir stabilizasyon düzeyi oluşturmam gerekiyordu. Birkaç ay önce ego durum terapisine aşina olmuştum ve içsel uyum yaratmak için Margaret'in farklı "ego durumlarıyla" çalışabileceğini biliyordum. Young ve diğerlerinin (2003) şema modları ben Margaret ile çalışırken yayınlanmamıştı.

Beklentim iç uyumun, Margaret'ın rahatsız edici anıları, özellikle de çocukların ölümleri ve üç meslektaşının cinayetleri üzerinde EMDR'yi kullanabileceğim güvenli koşulları yaratmasıydı. Ayrıca, onu çevreleyen insanlara karşı kapalı hissetmekten rahatsızlık duyuyordu ki bunun, hayatın erken dönemindeki bir deneyimle ilişkili olabileceğinden şüpheleniyordum.

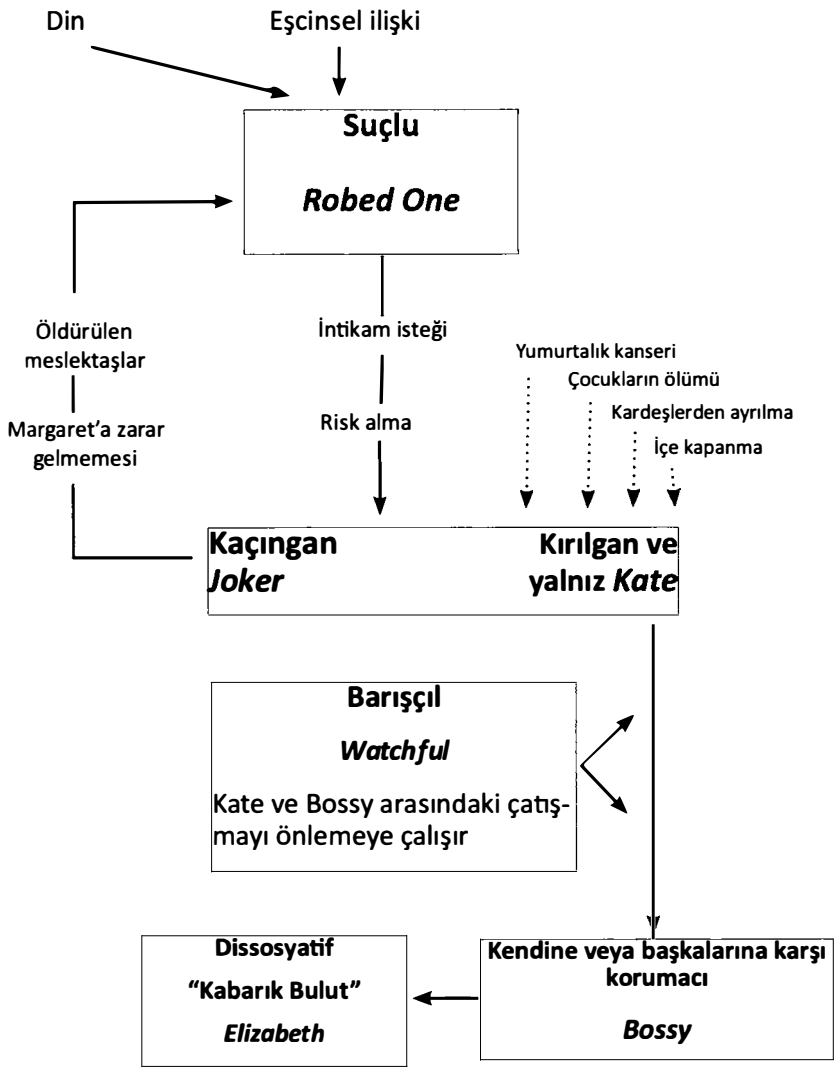
Bu noktada, ego durum terapisine nereden başlayacağınızı bilmek zordu. Bu yüzden Ryle'in (1998) CAT yaklaşımından yararlanarak, Margaret'e ve bana ne zaman ve hangi koşullarda, hiçbir uyarı olmadan kendisiyle ilgili duygu ve düşüncelerinin değiştiğini gösteren açıklayıcı bir akış şeması olan Kendilik Durumu Sıralı Diyagramı çizdim.

Şekil 4.1'de, Margaret'in kendini savunmasız ve yalnız hissetme durumunun bir dizi yaşam deneyiminden etkilendiği görülebilir. Düzenli olarak, umursamaz bir tavır sergilediği ve sanki hiçbir şeyin ona zarar veremeyeceğini hissettiği Joker adlı "Dokunulmaz" bir duruma geçti. Geçmişte Margaret zarar görmemişken, bu durumda başkalarının zarar gördüğünü gördü; Robed One adlı ego durumunda ortaya çıkan suçluluğun, Roma Katolik yetiştirme tarzı ve aynı cinsten temaslarının anısı ile daha da şiddetlendiğini hissetti. Kendini cezalandırma çabası içinde olan Margaret, Tanrı'nın onu kahretmesini istedi ve hatta zarar görmek için riskler aldı. Margaret'in Bossy adında deneyimlediği başka bir ego durumu, kendini veya başkalarını koruma ihtiyacıyla ilgiliydi, ancak bu genellikle Savunmasız ve Yalnız durumuyla çatışıyordu. Watchful adlı başka bir durumu, bir barışı koruma görevlisi olarak hareket etme eğilimindeydi. Margaret'in Elizabeth adlı Kabarık Bulut durumu olarak tanımladığı kişisel olmayan disosiyatif durumu, her şey üst üste geldiğinde sığınabileceği bir kaçıştı.

## Margaret'in Yeniden Doğuşu

Başlangıçta Margaret ile ego durum terapisini denemek için hipnoz kullanmayı düşünmüştüm. Ancak o, bilhassa savunmacıydı ve sadece rahat duruma ulaştı. Margaret'in ego durumlarını bir araya getirmek için dağlarda terk edilmiş bir villa imgelemesini önermiştim, ancak yoğun çabalarıma rağmen küçük bir hile kullanana kadar başarısız oldum. Margaret'in kendi ego durumu

sistemine erişmesine yardımcı olmak için, bir köşedeki bir grup vazoyu tanımladım ve onlardan birinden gelen sesin farkında olmasını istedim. Rahatlamış haldeyken, tekrar kaybolmadan önce kısa bir süre kalan gölgeli bir figürün görüntüsüne erişti. Ego durumlarına erişim için bir araç olarak hipnozdan hayal kırıklığına uğradım ve kısaca başarısızlığımın beceri eksikliğinden kaynaklanabileceğini düşündüm. Bunun üstesinden gelmek için EMDR ile birlikte kullanmaya ve aynı anda çift yönlü uyarımı denemeye karar verdim. Alternatif çift yönlü işitsel uyarılar (BAT) daha basit bir sunumla farklı bir danışan için işe yaradı, bu yüzden bunları Margaret ile deneyeceğimi düşünmüştüm. Bunlar daha sonra kullanıldı.




ŞEKİL 4.1 Margaret'in Kendilik Durumu Sıralı Diyagramı. Bu diyagram, terapist tarafından altı ego durumunu, bunların karşılıklı ilişkilerini ve rollerini ve onları etkileyen önemli yaşam olaylarını gösterir

Neyse ki Margaret bir sonraki seansta savunmasını bıraktı. Nafaka ödemeleri konusunda anlaşmazlığa düştüğü çocuğunun babası, eğitim kursu için aynı binadaydı. Polise hizmet ettikten sonra bu adamı tanıyordum ve ikisi bir araya gelirse diye Margaret'in hemen danışma odama yönlendirilmesini ayarlayabildim. Bu sayede Margaret, Güvensizlik/*Kötüye Kullanım* temel şemasında bir değişiklik olarak bana güvenebileceğini hissetti.

Margaret'in kendi ego durumlarını sıralaması konusundaki bilgimden, ilk olarak onun İzolasyon ve İncinebilirlik şemalarını hedeflemenin uygun olduğunu hissettim. BAT'lar sürekli olarak kulaklıkla çalarken, Margaret'ten ormandaki küçük bir açıklığa ulaşmak için bir orman yolunda yürüyüşü görselleştirmesini istedim. Yolu ve açıklığı, Margaret'in kişiselleştirilmiş bir imaj yaratabileceği şekilde tanımladım. Açıklığın merkezinde, gelebilecek ego durumları için koltuk görevi görebilecek bir kütük çemberi vardı. Margaret'ten bir şey bilen ya da izolasyon ve savunmasızlık duyguları hakkında bir şeyler söylemek isteyen herhangi bir yerini davet etmesini istedim. Ayrıca hiçbir şey gelmiyorsa sorun olmadığını da ekledim.

Neyse ki bir figürün görüntüsü Margaret'in farkına vardı. Bana bu ilk ego durumunu anlattıktan sonra, Margaret'i korumak için var olan bir duruma Bossy adını verdi. Margaret'i, bu sayede incinmesini engelleyeceğine dair çocuksu bir inanç nedeniyle kontrolünü kıskançlıkla korudu (bir tuzak). Margaret'e, o bölümle doğrudan konuşup konuşamayacağımı sorarak her ego durumu ile bir konuşma yapabildim; sorumu ego durumuna yönelttiğimde Margaret bu role kolayca girdi. Margaret'in Kate adını verdiği üzücü bir başka ego durumu, Margaret'in geçmişte yaşamaya devam etmesi ve yaşamayı bırakması gerektiğini hissetti, ancak bunu yapmak için diğer ego durumları aynı fikirde olmalıydı. Bossy değişime dirençliydi (bir ikilem), ancak

başka bir ego durumunun, Yetkili Yetişkin'in (Margaret'in yönetici ego durumu), yönlerini planlamak ve hedefler belirlemek için sorumluluk alacağına dair güvencesi, Bossy'nin bu yeniden tanımlamayı kabul etmesine izin vermek için yeterliydi (rollerin ortak iyiliği için denenmesi). Bu ego durumları arasında keşfedilen yeni anlaşmayı pekiştirmek için, Margaret'ten bunların ortasında kendisini görselleştirmesini ve onları daha da yakınlaştırmasını istedim, böylece Bossy, Kate ve Yetkili Yetişkin'in onunla kaynaşıp sonunda onun bir parçası haline gelmesine izin verdim.

3. seansın başında Margaret, bana karşı savunmacı olduğunu fark ettiğini ve değişmeye karar verdiğini bildirdi. Evde yine yıllardır kaçındığı rahatlama odasını kullanırken birkaç yıl önce bıraktığı müzikleri dinliyordu. Konuşmak ve Margaret'in yeni zihniyetine alışmasına yardımcı olmak için biraz zaman harcadık.

Margaret yine de yalnız hissediyordu ve "ait hissetmediğini" söyledi. Bu tecrit 4. seansta Kate'in ormandaki açıklıkta ortaya çıkması şeklini aldı. Ego durumları, Bossy, Watchful ve Joker'in de mevcut olduğunu belirtti. Bossy, daha az kontrole sahip olma rolünün "o kadar da kötü olmadığını" söyledi ve buna devam etmeyi kabul etti. Kate, diğer ego durumlarıyla pek ortak yanının olmadığını, ancak diğerlerinin kendisiyle çalışabilmesi için yeni bilgilere daha açık olması gerektiğini fark etti. Daha önce Bossy ve Kate arasındaki çatışmaları engelleyen Watchful, artık yapması gereken daha az şey olduğunu ancak yüzleşmek yerine müzakere yapmaya hazır olduğunu hissetti.

Seansın sonunda ego durumları birlikte çalışmak için anlaştılar. Margaret'ten ego durumlarını orman açıklığın merkezinde kendisine katılmaya ve onları yakınına çekmeye davet etmesini istedim. Daha sonra ondan, bedenlerini kendisininkiyle karşı-

laştırmasını ve bedenlerinin kendisiyle karıştığını ve onun bir parçası haline geldiğini fark ederek onları daha da yakınlaştırmasını istedim. Bu olurken Margaret ile bunun onun için olumlu bir deneyim olduğunu kontrol ettim. Ego durumları birbirine karıştıktan sonra Margaret'in ormandan ayrılıp benimle odaya dönmesini istedim. Bu aşamada Margaret bir bütünlük duygusu hissedebildi.

Bir hafta sonraki seansında (5) Margaret artık roman okumaya konsantre olabildiğini ve aile tarihi üzerine şecere araştırmalarına başladığını bildirdi. Yine de eski bir anı onu rahatsız ediyordu: Yedi yaşında kilisede yetişkinler tarafından kapatıldığında bayılmıştı. Margaret bu sahneyi hatırladı; şapelin içini beyaz badanalı ve taş duvarlı, insanlarla dolu ve yanan tütsü nedeniyle dumanlı bir atmosfer olarak tanımladı. Ayrıca arkasından hepsi siyah giyinmiş üç yaşlı kadını hatırladı. Bu insanlara "rahibeler" adını verdi, ancak tarifi cadılar için daha uygun olurdu. EMDR'yi etkilenen çocuk ego durumuna, yetişkin Margaret ile birlikte kullanmaya karar verdim. Bu anının öznel rahatsızlık düzeyi (SUD) 6 idi ve herhangi bir kontrole sahip olmadığı inancı vardı. Duyarsızlaştırma yaklaşık on beş dakika sürdü ve birtakım somatik hisler ortaya çıktı. Çocuk ego durumu mide bulantısı ve baygınlık hissettiğini bildirdi. Birkaç çift yönlü işitsel uyarı (BAT) setinden sonra bu hafifledi ve ardından dumanlı atmosfer düzeldi. Daha fazla BAT dizisi ile yetişkin bir bakış açısı ortaya çıktı ve Margaret "rahibeleri" gerçekte kim olduklarını konusunda gördüğünü bildirdi: Kendi kuşaklarından kadınlar için ortak olan siyah giysiler giymiş üç yaşlı taşra kadını.

6. ve 7. seanslar savunmasız ve yalnız ego durumu Kate'e odaklandı. Margaret'te ait olmama duygusunu uyandırmıştı. Her zaman faaliyetlere dâhil olmak istediğini ancak bunu imkânsız kılacak şekilde davrandığını (şema telafisi) bildirdi. Bununla

dikkat çekmek için başkalarıyla alay ettiğini söyledi. Joker'in, şema telafisini başlatan ego durumu olduğu ortaya çıktı. Kate'in en büyük korkusu reddedilmekti ama diğer ego durumlarının sebeplerinden şüpheliydi. Her şeyi olduğu gibi kabul etmesi ve analiz etmeyi bırakması gerektiğini fark etti. Diğer ego durumları -Bossy, Watchful ve Joker'i temsil ediyor- Kate'i kabul etmeyi kabul ettiler.

Kate'in diğer ego durumları tarafından kabul edilmesinden sonra, Kate'in kardeşlerin "orta grubu" tarafından kabul edildiğini hissetmesinin uygun olacağını hissettim. Bir sonraki seansta (8), Kate'in ait olmama konusundaki en eski anısına dayanarak, Margaret'in kardeşlerinin onsuz oynadığı görüntüleri yarattım. Kate onlara temkinli yaklaştı, oyuna katıldı ve onlarla anlaştığını hissettiğini söyledi. Daha sonra Kate'e uymayan en kötü anının hangisi olduğunu kontrol ettim. Margaret'in annesinin ölümünü hatırladı. Kate, kendisi ve ailesi arasında bir uçurum ve vücudunun üst kısmında bir his olduğunu bildirdi. Duyguya odaklanan Kate ağlamaya başladı ve kendisinin Margaret'in iki erkek kardeşine sarıldığını gördü. Seans sona erdiğinde ve Margaret sorulara cevap verirken hâlâ oldukça duygusaldı.

Sonraki iki seans (9 ve 10) Kate ile EMDR'yi içeriyordu: Margaret'in, oğlunun babasından ayrılması (Margaret kendini savunmasız hissettiğinde) ve aynı cinsten temasla ilgili askerî polis soruşturması (bu konuda savunmasız ve suçlu hissettiğini bildirdi). Yeniden işlemenin sonunda Kate, Margaret'in çocuğunun babasından ayrılmasından dolayı kendini güçlü hissettiğini ve hiçbir sıkıntı yaşamadığını bildirdi. Askerî polis soruşturmasıyla ilgili olarak Kate, sorgu odasında iki boş sandalye gördü ve kendisinin ve lezbiyen meslektaşının öpüştüğü olay için güvende olduğunu ve suçlanmayacağını söyledi. Margaret'in meslektaşının onu gafil avladığı ve yalnızlığından faydalandığı ortaya çıktı.

11. oturumda, EMDR'yi Margaret ile kullanabileceğime karar verdim. Bu seansta ego durumları mevcuttu ama sessizdi. Margaret kamp tatilinden çok savunmasız dönmüştü: "Ben ve dış dünya arasında sadece ince bir çadır parçası vardı." Margaret'ten bununla birlikte gelen olumsuz bilişi ve ilişkili duygu ve somatik hissi tanımlamasını istedim. Sonra ondan; biliş, duygu ve beden hissini bir arada tutmasını ve bu korkunun hangi eski anıyla bağlantılı olduğunu belirlemek için hafızasına geri dönmesini istedim. Margaret, kendisine yönelik bir terör tehdidine ilişkin bir istihbarat raporu aldıktan sonra on yedi yıl önce eve taşınmak zorunda kalmıştı. O zamandan beri bir konutta rahatça oturmamıştı ve kapıları, pencereleri ve kilitleri zorlayarak kontrol etmeye meyilliydi. Çadırda olmak, kendisini son derece savunmasız hissetmesine neden oldu. EMDR'yi zorla yapılan taşınmanın anısını ve ayrıca çadırın altında olma deneyimini duyarsızlaştırmak için kullandım. Her iki anıda da SUD'un 0'a düştüğü ve pozitif bilişlerin yerleştiği görüldü.

Bir sonraki ziyaretinde (12. seans) Margaret, evinde daha güvende hissettiğini ve kilitleri "normal şekilde" kontrol ettiğini bildirdi. Daha sonra yumurtalık kanserini takiben geçirdiği total histerektomi ile ilgili duygularının üstesinden gelmesine yardım etmemi istedi. Bu, EMDR'nin tüm durumlarla çalışmasıyla başarıldı.

Margaret 13. seansa döndüğünde, ego durum terapisini tekrar kullanma fırsatı doğdu. Margaret, silahlı bir terör saldırısında üç meslektaşının öldürülmesiyle ilgili hatırasını EMDR ile hedef alıyordu. Güneşli bir yaz günü öğleden sonra, bu memurlar polis araçlarını bir pazar kasabasındaki yoğun bir caddeye park etmişlerdi. Memurlar rahat bir şekilde etkinliği izlerken insanlar işlerine devam ediyordu. Kalabalıktan üç silahlı adam yaklaştı ve polis memurlarının üzerine ateş açtı. Hepsi bu kurşun yağ-

murunda öldü. Neyse ki Margaret bu olayda yoktu. Ama ölen memurlardan biriyle, olması gerektiği yerde olmadığından dolayı tartıştığından, bu ölümler için mantıksız bir şekilde kendini suçlamıştı.

EMDR'yi kullanarak işlemenin, Margaret'in alnındaki somatik bir his tarafından engellendiğini buldum. Bu, David Grand tarafından bana tanıtılan bir teknik kullanılarak açıklığa kavuşturuldu. Margaret'ten rahatsızlık hissinin ne renk olduğunu resmetmesini, nerede rahat olduğunu belirlemesini ve o rengi fark etmesini, ardından her iki rengi de fark etmesini ve ne olduğunun farkında olmasını istedim. Seansın ilerleyen kısımlarında Margaret iki ego durumu, Robed One ve Watchful arasında bir çekişme olduğunu bildirdi. Robed One, Margaret'in "fazla rahat" olduğu için (yani yanıt vermekte yavaş olduğu için) ölümlerden sorumlu olduğunu düşünüyordu. Bunu takip eden söylem sırasında Robed One bir miktar itiraz etti ama yine de Margaret'in bir sorumluluk unsuru olduğunu iddia etti. Bu seans için bu iddia azaldı, çünkü ilişkili bir olumsuz somatik his, yukarıda açıklanan David Grand tekniği kullanılarak pozitif bir hisle aşıldı.

14. seansta Margaret, üç meslektaşının cinayetlerinin anısına erişemedi. Bunun ortaya çıkmasını engelleyen şeyi belirlemeye çalışmak için ego durum terapisini kullandım ve Joker'in yönetici ego durumu olduğunu buldum. Margaret kısa sürede bir tatil ayarlamıştı ve Joker bir parti havasındaydı. Margaret'in diğer ego durumları ona parlak giysiler giymiş ve valizler taşırken göründü. Ancak bir ego durumu, Robed One, grup tarafından dışlandı. Onlara Robed One'ı dışlamanın nedenini sorduğumda, diğer ego durumları onun bir "sefalet cesareti" (yani birlikte olmak eğlenceli değil) olduğu konusunda hep birlikte hemfikirdi. Robed One, Margaret'in meslektaşlarının ölümlerine bağlı

olarak kendini suçlaması nedeniyle kendisini daha çok gerçeğe odaklanmış görerek bu yorumu reddetti. Sokratik sorgulama (yani mantıklı bir sonuca götüren yapılandırılmış sorgulama) sayesinde Robed One, teröristlerin suçlu olduğunu kabul etti. Diğer ego durumları da, artık açık renkli bir cüppe ve tatil için bir valiz edinmiş olan Robed One'ı kabul etti.

Tatilinden döndükten sonra Margaret, küçük bir çocuğun bir bomba patlamasına yakalanıp öldürüldüğü bir olayla ilgili anısını yeniden işlemeye hazırdı (seans 15). Çocuk ve ailesi, önlerinde bulunan arabadaki bir adamı öldürmek için patlatılan kara mayına yakalandıklarında tatilden dönüyorlardı. Margaret, kimlik tespiti için vücut parçalarını bir araya toplamak üzere morga gitti. Ailenin tatil fotoğraflarını çocukla birlikte canlı gördüğünü ve mutlu bir şekilde gülümsediğini gözlerinde yaşlarla hatırladı. Negatif biliş açısından Margaret için bunun anlamı, "Çaresizim." idi.

Travmatik anıyı ele almak için Margaret'i EMDR ile başlattım ve somatik hisleri ve renkleri işlediğini fark ettim. Yeniden işleme sürecinde bir platoya ulaştığında, onu hedefe geri getirdim ve disosiye oldu. Bu, uzak bir bakış, tam bir dinginlik ve duygulanım eksikliği ile kendini gösterdi. Margaret daha önce disosiye olduğunda onu ana odaklamış ve elimdeki meseleye dönmüştüm. Ondan ellerindeki ve ayaklarındaki hisler aracılığıyla ayaklarının altındaki zemini fark etmesini, sandalyenin tahta kollarını sıkarken fark etmesini ve sonra kendini tekrar vücuduna çekmesini istemiştim. Bu sefer daha derine indim ve disosiye olmuş durumun Elizabeth adında bir çocuk olduğunu buldum. Bu kadın ego durumu, genellikle diğer ego durumlarının öfkesine göre, kendi takdirine bağlı olarak yürütme konumunu devraldı. Elizabeth, buna kızdıklarının farkında değildi ve kontrolünü Margaret'in kendisine bırakmayı isteyerek kabul

etti. Zaman yetersizliğinden ölen çocuğun hafızası iki seans sonrasına kadar çözülmedi.

16. seanstan önceki dönemde Margaret, göz yaralanması için tıbbi tedaviye ihtiyaç duymuştu. Hastanedeki tedavisi sırasında ve sonrasında disosiyasyon yaşadığını bildirdi. Ego durum terapisinde, ego durumları kontrolü ele geçirdiği ve onları acıdan kurtardığı için Elizabeth'e teşekkür ettiler; ancak, bir dahaki sefere Elizabeth'in kontrolü ele geçirmesi gerektiğinde ilk önce sorması konusunda ısrar ettiler. Margaret'in çocukluk evinde, en küçük çocuk Margaret ile pek çok tartışma devam ediyordu. Kararlar verildiğinde çocuk Margaret'in söz hakkı yoktu. Elizabeth ego durumunun Margaret'in hissettiği rahatsızlık ve izolasyonla başa çıkmaya yardımcı olmak için yaratıldığı ortaya çıktı. 16. seansta, bir grup ego durumu Elizabeth'e çocukluk evine kadar eşlik etti. Margaret, somatik hislerin yeniden işlendiğini ve ardından Elizabeth'in olay yerine yetişkin bir bakış açısıyla baktığını ve aile işlev bozukluğuna sahip olmadığını fark ettiğini bildirdi. Bu seansın sonunda Elizabeth, bütün Margaret'e rahatça karıştı.

Terapinin 17. seansında, Margaret parçalanmış çocuğun travmatik anısını dillendirdi. Duyarsızlaştırma, SUD derecesini otuz dakikadan daha kısa bir sürede sıfıra indirdi ve pozitif bir "kontrol bende" algısı yerleştirildi. Sonraki iki seansta (18 ve 19), yeni durumlarla yüzleşmeye ilişkin pratik konuları tartıştık. Margaret, yabancılarla konuşmada ve ayrıca bir üniversite programına başvurmak için kendini organize etmede beklediği bir zorluk olduğunu belirledi.

Margaret'in yabancılarla tanışabileceği veya tanışacağı anlar için bir gelecek şablonu geliştirirken EMDR'yi kullandım; bu aşamada sadece biraz kaygısı vardı ve BAT'lar ile azaldı. Başkaları için üniversiteye giden yolu bulma konusunda uzman değildim,

bu yüzden Margaret için Polis Rehabilitasyon ve Yeniden Eğitim Vakfı'nda görevli kariyer danışmanıyla bir randevu ayarladım. Her iki kadın hakkındaki bilgimden, başarılı olacaklarını biliyordum. Margaret'i elimden geldiğince ileri götürmüştüm. Onu taburcu etmek yerine, ihtiyacı olursa ek bir seans için geri dönme fırsatı sundum. Bu, telefonla ulaşılabilir olduğumu bilerek ona yeni şeyler denemek için güven verdi. Margaret'in ego durumlarına erişimdeki ilk zorluğumdan sonra, ego durum terapisine çok iyi yanıt verdiği için birlikte çalışmanın bir zevk olduğu ortaya çıktı. Disosiyatif dönemler yaşayan insanların ego durum terapisi için mükemmel adaylar olduğunu buldum. Bilgileri derin bir seviyede işliyor gibi görünüyorlar ve bu nedenle daha büyük gelişmeler sağlıyorlar. Margaret için, daha olgun ego durumlarının Sokratik olarak sorgulanması, her durumun düşüncesini mantıklı, rasyonel sonuçlara götürdü. Elizabeth gibi olgunlaşmamış ego durumlarıyla başa çıkmak daha çocuk dostu bir yaklaşım gerektiriyordu. Her ego durumu için doğru olanı kullanmak, Margaret'i nispeten hızlı bir şekilde zorluklarını çözmeye yöneltti.

Dokuz ay sonraki bir takipte Margaret iyi görünüyordu. Artık korkutucu rüyalardan, intrüzif düşüncelerden veya kendisi hakkındaki olumsuz inançlardan rahatsız değildi. Dahası, Elizabeth stres altında koruyucu yürütme kontrolünü devralmadan önce diğer ego durumlarından izin almayı kabul ettiğinden beri disosiye olmamıştı. Ego durumuna geçişte Elizabeth, Margaret için her zaman gerçeklikten kaçış oldu. Elizabeth için tetikleyicileri kaldırmak ve Elizabeth'in eski rolüne adaptif ego durumları yerleştirmek Elizabeth'in güvenli bir yerde kalmasını sağladı.

Margaret'in erken dönem uyumsuz şemaları, daha uyumlu işleyişe dönüştürüldü. Duygusal Yoksunluk -birincil duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanmayacağı beklentisi- daha çok duygusal istikrarla temsil edilen temel bir inanca

kaymıştı. Ego durum terapisi ve EMDR aracılığıyla Margaret, ego durumu Kate'in hissettiği yarayı iyileştirdi. Sonuç olarak, yakın sosyal ilişkiler geliştirebildi ve onlarla rahat oldu. Sosyal İzolasyon/*Yabancılaşma* ile karakterize edilen diğerlerinden ayrılık duygusu gitmişti; hatta Margaret kardeşleri ve aileleriyle rahatça kaynaşıyordu. Ego durumları ile yapılan çalışma, Kate ve Joker'in burada önemli bir rol oynadığını belirtir. Bunun, Güvensizlik/*Kötüye Kullanım* şeması üzerinde ikincil bir etkisi oldu; Watchful, Bossy ve Elizabeth'i içeren ego durum terapisi, Margaret'in insanlara güvenmeye başlamasına yardımcı oldu. Kusurluluk/*Utanç* da, öncelikle Robed One ego durumu ile yapılan çalışma yoluyla değişti.

Margaret, önemli bir başkasıyla yakın bir ilişkiye henüz girmemiş olsa da, içsel bir kusuru olmadığını fark edebildi ve gelecekte bir ilişkide yakınlık olasılığını göz ardı etmedi. Margaret ile ilk tanıştığımda, yaşamaktan çok sadece var olmaya devam ediyordu. Gelecek için hiçbir planı yoktu ve sadece oğlunun ihtiyaçlarını karşılamaya çalışıyordu. Ego durum terapisi ve EMDR'yi deneyimleyen Margaret yeni bir hayat bulmuştu ve küçük oğlu ona "diğer mumyanın" geri gelmesini istemediğini söyledi. Margaret, yazı yazarken bir üniversite kursuna kaydolmuş ve yerel bir topluluk grubunda faal olarak, trafiği rahatlatıcı önlemler alması için belediye yol departmanına baskı yapıyordu. Margaret sosyal olarak dışarı çıkıyor ve ailesi de dâhil olmak üzere daha önce kaçındığı insanlarla kaynaşıyordu. Ego durum terapisine, EMDR'ye ve ona karşı sabrım için övgü doluydu. Margaret'ten öğrendiğim şeyler ve bana verdiği öğretiler için minnettarım.

## SONUÇ

İşlevsel olmayan şemaları ele almak için ego durum terapisini kullanma deneyimim, klinik pratiğimi önemli ölçüde

geliştirdi. Klinik eğitimimdeki bilişsel-davranışsal etki nedeniyle, psikodinamik teorinin ego durum terapisindeki geçerliliğinden başlangıçta emin değildim. Bununla birlikte, şemalar ve Kendilik Durumu Sıralı Diyagramları açısından düşünmek, başlangıçta soyut görünen kavramları kabul etmeme yardımcı oldu. Danışanların kendi ego durumlarına erişmelerine yardımcı olmak, REM uykusunda rüya görürken meydana geldiği gibi, bilinçdışının çözülmemiş çatışmalarının da giderilmesini sağlar. Terapötik girdinin faydası, uyumsuz şemaları sürdüren ikilemlerin, tuzakların ve engellerin sorgulanabileceği ve iyileşmenin önündeki engellerinin kaldırılabileceği anlamına gelir.

Kuzey İrlanda'da insanlar dünyanın diğer bölgelerindekine benzer erken yaşam durumları ve travmalar yaşar. Ne yazık ki kötü ebeveynlik ve her türden çocuk istismarı sınır tanımıyor. Çocuklar, onları daha sonraki yaşamlarında geride tutan uyumsuz şemalar geliştirmeye devam ediyor. Uyumsuz şemaların, kişinin hayatının geri kalanının inşası için zayıf bir temel oluşturduğu yerde, bu yaşamın yapısı istikrarsızdır. Buna, sorunlar aracılığıyla psikolojik travmaya maruz kalmanın etkisini de ekleyin. Bu insanlar, muhtemelen kalıcı kişilik bozukluklarına yol açan kronik psikolojik problemler geliştirebilirler. Ego durum terapisi ve EMDR, klinik pratiğimde birlikte iyi bir şekilde çalışmaya devam ediyor. Margaret bir dizi başarıdan biridir ve onu burada örnek olarak kullandım. Çünkü dokuz aylık bir takip sonucunda bizzat kendim faydasına şahit oldum. Ego durum terapisi ve EMDR'nin bir sonucu olarak Margaret'ın yaşamı zenginleşti ve benimkinin de zenginleştiğini söylemek doğru olur. Bu yaklaşımlar aracılığıyla bilişsel şemaları birkaç seansta değiştirebilmeme ve engelleyici inançların ve dirençli somatik duyumların hızla üstesinden gelmeme izin veriyor. İşte ben buna doyum derim.

## Kaynaklar

McConnell, N., Paterson, M. C., & Poole, A. D. (Manuscript in preparation). The psychological and physical health of retired members of the Royal Ulster Constabulary Reserve.

Paterson, M. C., Poole, A. D., Trew, K. J., & Harkin, N. (2001). The physical and psychological health of police offi cers retired recently from the Royal Ulster Constabulary. Irish Journal of Psychology, 22(1), 1–27.

Ryle, A. (1998). Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method. Chichester, England: Wiley.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: Norton.

Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.

*Çev: Dr. Mustafa İyison*

# BÖLÜM 5

## EMDR İLE DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİ, EGO DURUM TERAPİSİ VE EK YAKLAŞIMLAR

**Sandra Paulsen**

### Parçalarla Konuşma

Disosiyatif kimlik bozukluğuna (DKB) sahip danışanlarla çalışmayı tercih eden terapistler, karşılaşacakları en yaralı danışanlardan bazılarının, karmaşık ve kafa karıştırıcı dünyalarına girerler. Tam da bu nedenle onlar, en iyi kişisel ve profesyonel kaynaklarımıza en çok ihtiyaç duyan insanlardır; en derin empatimize, en dayanıklı sabrımıza, cesaretimize ve en iyi teknik stratejilerimize. Bunları sadece bir kişiliğe değil, ondan başka tek birey içindeki ruhun birçok parçasına sunmalıyız. Bu parçalar birbirleriyle savaş halindedir ve barış yolunu göstermek terapiste bağlıdır.

EMDR kullanmaya başlayıp fenomen (olgu) karşısında tökezlediğimde, 1992'den beri özel pratiğimde DKB'li danışanlarla çalışıyordum. O sırada EMDR eğitimi, terapistleri, danışanların disosiyasyonu konusunda uyarmıyordu. Şu anda, bu disosiyasyon

tehlikesi pratikte kabul edilmektedir. Standart EMDR protokolünü kullanmama rağmen, belirli iki haftalık periyot içerisinde, TSSB veya fobilerin tedavisinde, üç danışanda atipik sonuçlar gözlemledim. Şaşırtıcı bir şekilde, her üç danışan da beni tanıma, EMDR'ye rıza gösterme, şimdiki zaman ve mekân, kendi kimlikleri veya tekrar anının içinde olmaktansa anı ile çalışıyor olmamız gerçeği gibi konularda amnezi gösterdi.

Oldukça doğal ve kendiliğinden, danışanın kendiliğinin bulunan parçalarıyla, kendisinin ortaya çıkardığı bakış açısına saygı göstererek, belirttiği amnezisinin bu yönüne ses vererek endişelerine ilgi ve saygı duyarak çalıştım.

DKB çalışırken, yıllar önce John G. Watkins ve Helen Watkins tarafından geliştirilen, ruhsal çatışmaları ve travmayı çözmek için kendiliğin yönlerine ses vermeyi içeren bir yaklaşım olan ego durum terapisi hakkında bilgi edindim. John Watkins ve ben, uluslararası konferanslarda ego durum terapisi ve EMDR'nin birlikte sunulmasında 2004'ten beri iş birliği yapmaktayız (Watkins & Watkins, 1997).

"Parçalarla konuşmak", işimde benim için doğal bir yol olmaya devam ediyor. Pratiğimin yaklaşık üçte biri DKB'li danışanlarla geçti. Bu yazıyı yazdığım zaman itibariyle 15 yıldır, disosiyatif danışanlarda EMDR kullanımı konusunda hem eğitim vermekte hem de bireysel ve grup danışmanlığı sağlamaktayım.

Oldukça ödüllendirici olduğu için DKB'li bireylerle çalışmayı seçiyorum. DKB'li insanlar, umutsuzluklarında ve dehşetlerinde bile çoğu kez çok yetenekli, derin maneviyatlı ve cesurlar. Onlarla şifa yolunda yürüdüğüm için kendimi ayrıcalıklı hissediyorum. Bu en ağır yaralı insan grubuyla EMDR ve ego durum terapisi sürecinde tanık olduğum harika olaylar vasıtasıyla, kişisel olarak dönüştürüldüm ve geliştirildim. Bütün garipliklere,

bütün ihanetlere ve bütün güven suistimallerine rağmen, onların dönüşümleri için bir araç olmak benim için manevi değerde bir sorumluluktur. Dahası bu, insan varlığının gizeminin tam özüdür. Yani acı çukurundan kurtulmak, dönüşümü benimseme cesaretini bulmak, kalbi açmak ve bazıları için de yolculuğun zorluğu nedeniyle daha parlak görünen aydınlığa ulaşmak.

## SORUNUN ÖZÜ VE YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

DKB neredeyse her zaman şiddetli, kronik ve kaçınılmaz çocukluk travması sonrasında ortaya çıkar. Çocuk ne savaşabilir ne de kaçabilir; bu yüzden, donup kalma tek olası tepkidir. Böylece travma çözülmeden bir kenara bırakılır (disosiye olur). Çözülmemiş travma, kendiliğin "ön" veya "görünürdeki normal parçalarının" farkındalığının dışında, kendiliğin ayrı parçalarında tutulur.

Bir zamanlar son derece nadir olduğu düşünülsede, DKB prevalansının genel nüfusun yaklaşık % 1'inde ve özellikle travma tedavi eden terapistler arasında klinik uygulamada daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle çoğu EMDR terapisti, pratiklerinde gerçekten de DKB'li danışanları olacağını bekleyebilir.

DKB'nin tedavi edilmesi tarihsel olarak çok zor olmuş ve tedavi tipik olarak çok uzun olmuştur. Tedavinin karmaşıklığı ve uzunluğunun nedenleri şunları içerir: Terapistin özel becerilere gerek duyması, travmanın iğrenç doğası, iyatrojenik problemlerden kaçınırken danışanı destekleme zorluğu, kronik intihar ve sınır sorunları, terapötik ilişkide travmaların yeniden yaşanması ve dahası.

DKB geçmişte hipnoz ve psikodinamik bir yaklaşımla tedavi edilirdi. Bu yöntemler bugün hâlâ önemlidir, ancak tedaviyi anlamlı şekilde kısaltan üç yeni tedavi aracı ortaya çıkmıştır. Birinci-

si, uygun tedavi sürecine yönelten doğru bir teşhis sağlanarak tüm danışanların disosiyasyon için erken taranması yıllar kazandırabilir. İkincisi, ego durum terapisi, özellikle de Disosiyatif Masa tekniğidir (Fraser, 1991). Bu terapi ve teknik, danışanın görebileceği, duyabileceği, hissedebileceği ve tedaviyi hızlandırabileceği, derin ruhsal yapılara hızlı erişim sağlayan çok pratik bir psikodinamik terapi uygulaması sağlar. Üçüncüsü, EMDR'nin akıllıca eklenmesi, tedavinin, travmanın arındırılmasına ve anlamlandırılmasına odaklanan bölümlerini hızlandırabilir. Sonuç olarak deneyimlerime göre DKB'nin EMDR ile tedavisi, EMDR'siz olandan daha kısa olabilir (henüz EMDR ile veya EMDR'siz DKB tedavisine ilişkin kontrollü bir çalışma olmasa da).

Sadece hipnoz ile travmatik anılarla çalışmak, bir gölde kürek çekerek botla karşıdan karşıya geçmek gibidir: Diğer tarafa gidebilirsiniz, ancak çok zahmetlidir. EMDR'yi, travmanın arındırılmasının daha hızlı ilerlemesine imkân veren terapötik bota güçlü bir motor eklemek olarak düşünüyorum. Ancak motorlu teknelerde olduğu gibi, uygun hızlanma, tekneyi dik tutmak için kilit noktadır.

Bu bölüm disosiyatif sürecin şiddetli tarafındaki danışanlarda EMDR kullanımını hedefler. Yüksek derecede disosiyatif danışanların hepsinde olmasa da çoğunda, EMDR, ego durum terapisi ile birlikte tedaviye dikkatli ve aşamalı bir yaklaşım içinde kullanıldığında tedavide merkezî bir yere sahiptir. Bu vakalarda, disosiyatif bariyerlerin direnci ve göreceli geçirmezliği nedeniyle ego durumun dâhil olduğu çalışma olmadan EMDR başarılı yürütülemez. EMDR, disosiyatif engelleri inceltme veya kaldırma ve disosiyatif materyalle ilişkili bağlantılara neden olma eğilimindedir. Bu nedenle EMDR yapmadan önce hazırlık veya kendiliğin yapısı ile çalışma eksikliği, ani ve şiddetli taşkın, düzensizlik ve dekompansasyona (yetmezlik, telafi edememe) neden olabilir (Paulsen, 1995, 2004a).

Bu bölümde DKB'nin ve DKB tedavisinde EMDR ile ego durum terapisinin nasıl kullanıldığının anlaşılması hedeflenecektir. Ayrıca tedaviyi güçlendiren iki özel yöntemi de tanıtacağım: Yüksek derecede disosiyatif danışanları EMDR'ye hazırlama yaklaşımı olan ACT-AS-IF (Paulsen, 2006) ve DKB'li bir danışanla EMDR seansını yürütmek için aşamalı bir protokol olan ARCHITECTS (Paulsen, 2006). Amacım, DKB'li danışanlara güvenli bir şekilde müdahale etmek için EMDR'nin nasıl değiştirilmesi gerektiğine ışık tutmak olacak. Pratik kavramlar çeşitli örnek vakalar ile örneklendirilecektir.

## DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU DİNAMİKLERİ İLE ÇALIŞMA

### Tanı Kriterleri, Etiyoloji ve Görülme

Bu kitap boyunca ego durum terapisi ruhsal bölünmeye erişmek, keşfetmek ve çözümlemek için kullanılır. Bazı bireyler için bu bölünmüşlük aşırı orandadır. DSM-IV, eskiden çoklu kişilik bozukluğu olarak adlandırılan disosiyatif kimlik bozukluğunu, "Sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde önemli kişisel bilgileri hatırlama yetersizliği"nin eşlik ettiği "iki veya daha fazla farklı kimlik veya kişilik durumunun varlığı bu bireyin davranışını tekrarlayan şekilde kontrol eder." olarak tanımlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994, s. 484). Bu tanım, ayırıcı tanı karar süreçlerini ve tedavilerini yürüten disosiyasyon uzmanları tarafından, klinik kriterler kadar güçlü olmadığı için eleştirilmiştir (Dell, 2001). Aynı zamanda bu tanımın, kimliğin bazı yönleri için amnezi varlığına vurgusu, DKB'yi disosiyatif süreklilikteki daha az şiddetli durumlardan ve diğer disosiyatif bozukluklardan ayırmak için klinik olarak yararlı olmaya devam etmektedir. (Spiegel, 2001).

DKB'ye neden olan şiddetli travma en sık olarak, asıl veya koruyucu aile içinde meydana gelir. Fiziksel, cinsel veya duygusal travmanın doğrudan etkilerine ek olarak, bu travmaların, kopukluğa neden olmasından dolayı, kaçırılan her gelişimsel dönüm noktası üzerinde eş zamanlı bir etkisi vardır.

Birçok vakada, travma, sevgi dolu olması gerekirken çocuğun ihtiyaçlarını kendi hazlarına veya dürtülerine bağlayan bakıcıların ihanetlerini ve terk etmelerini içerir. Bu nedenle DKB'li birçok kişi, sonraki gelişimsel dönüm noktaları bir yana daha bağlanma ve güven dönüm noktalarında başarılı bir şekilde ilerlememiştir. Çoğu zaman suistimalci ailedeki travmatize çocuklar, travmatik materyali kendiliğinin bir parçasının içine bölümleyerek ve disosiye ederek, kıt bağlanma imkânlarından en iyi şekilde yararlanır. Böylece kendiliğin diğer parçası sevgi dolu bir ebeveynin veya bakıcının yanılsamasını koruyabilir. Bu, kendiliğin, zamanın ve belleğin kendisinin kesikliğine neden olur.

Hayat DKB'li bir danışan için olağanüstü zordur. Bu kesiklikler nedeniyle hayatlarında normal neden ve sonuç yoktur. DKB'de bedeninin bütün yönetimsel kontrolünü zaman zaman ele geçiren alter kişilikler vardır ve kontrolü ele geçiren kişiliğin davranışlarından, danışanın diğer kişilikleri habersizdir. Bazı durumlarda, bu alter kişilikler belirgin şekilde farklı tercihlere ve kişilik özelliklerine sahiptir.

DKB'li danışanlar bir parçalarının, kendiliğin diğer parçalarının dış farkındalığına sahip olmasına rağmen, sonsuza dek yaptıklarını hatırlamadıkları şeylerle suçlanır ve asla yapmayacakları konusunda ısrar ederler. Dahası, Braun'un DDDB (davranış, duygulanım, duyumsama, bilgi, 1988) olarak ifade ettiği "çözülmemiş travma"nın zararı şudur: Çözülmemiş travmatik materyali tutan parçalardan, kâbusların ve geri dönüşlerin (flash-

back) yanı sıra fiziksel ve duygusal acıların sık sık sızıntısı olur. Disosiyasyonu sürdürmek için büyük miktarda enerji tüketilir, bu yüzden diğer yaşam aktiviteleri için daha az enerji kalır. Yine de DKB'li bireyler bazen ciddi derecede işlevsiz olsalar da, genellikle şaşırtıcı derecede işlevseldirler ve hatta toplumda sorumluluk gerektiren pozisyonlara sahip olabilirler.

Disosiyasyon ikili bir değişken gibi görünebilse de -yani bir danışanın DKB'si olsun ya da olmasın- gerçekte sürekli bir değişkendir. Başka türlü adlandırılamayan disosiyatif bozukluk (BTADB) kategorisi, çok disosiyatif olan ancak kriterleri tam olarak karşılamayan danışanları içine alır. Özellikle DKB'nin ayırt edici özelliği şimdiki zamandaki amnezidir. Bu amnezi, hipnoterapötik müdahaleler sebebiyle meydana gelmemiştir ve madde bağımlılığı veya organik bir durum gibi diğer faktörler tarafından açıklanamaz. Diğer taraftan, her hâlükârda BTADB, nedenleri ve tedavisinde DKB'ye benzemektedir, ancak durum birçok BTADB'li birey için daha hafif olarak düşünülebilir. DKB'nin bazı belirtileri BTADB'de de bulunur. Özellikler derealizasyon ve deporsonalizasyon. Bu kişiler, etraflarındaki dünyayı bir şekilde gerçek dışı ya da çarpıtılmış gibi veya kendilerini gerçek dışı gibi veya kendilerini, kendilerinin yanında ya da arkasında duruyormuş gibi hisseder. Bununla birlikte BTADB'li bireylerde tanımında da belirtildiği gibi, DKB için patognomonik olan zaman kaybı yoktur. Bu kitaptaki diğer bölümlerde tam DKB'si olmayan danışanlar ve BTADB'si olan bazı danışanlar için yararlı tedaviler açıklanmaktadır.

## Terapistin Kişiye Meydan Okuması

DKB'li danışanlarla (özellikle borderline kişilik bozukluğu kriterlerini de karşılayanlarla) çalışmak bir terapistin yapabileceği en zor işlerden biridir. Başarılı sonuç ve klinik tükenmişlikten

kaçınmanın anahtarı, güçlü bir terapötik ego duygusuna, geniş bir klinik bilgi ve deneyim yelpazesine ve terapötik çerçevenin yapısını ayarlama ve tutma yeteneğine sahip olmaktır. En kötü insan formunun en çaresiz insanlara karşı sık sık işlediği işkence, terk edilme ve ihanet hikâyelerinin terapist tarafından uzun saatler boyunca empatik bir şekilde dinlenilmesi tedavinin içeriğidir. Tedavi aynı zamanda, danışanların kendi kendilik yapılarının paramparça olmuş duvar kilimini dikmeye başlaması ve sevgi ile güven içerisinde, paylaşılmış ilgili yaşantıların insanlığını onarması aracılığıyla terapötik ilişkinin kendisinin iyileştirici rolünü de içerir.

DKB tedavisi uzun süreli olma eğilimindedir, ancak DKB, ruhsal hastalıkların en tedavi edilebilirleri arasındadır. Derinden bölünmüş kişinin, birleşik ve büsbütün bir insana dönüşümünün bir parçası olmak, ruh sağlığı profesyoneli olmanın en büyük ayrıcalıklarından biridir.

Bu zor durumu tedavi etmek istemediklerini düşünen terapistler bile, şayet bakarlarsa pratiklerinde bu bireyleri bulacaklardır. Disosiyasyonun amacı kendilikten ve dünyadan sır tutmak olduğundan, araştırmayan terapist görmeyecektir. Her danışana "Bu danışan, disosiyasyon sürecinin neresinde yatmaktadır?" diye soran terapistler, danışanları arasında DKB ve BTADB bulacaklardır.

## Kendiliğin Parçalarına Erişme

EMDR eğitimlerinin ilk dönemlerinde, yüksek disosiyatif bireyler için EMDR kullanımına ilişkin uyarılar yoktu. Danışanlarımda ilk defa DKB'nin farkına vardığımda, EMDR'nin EMDR işlemlemesi sırasında disosiyatif materyali ve kendiliğin görünümlerini bilinçli farkındalığa getirerek, disosiyasyon için "çatal çubuk" (Paulsen, 1995) olarak işlev gördüğü benim için aşikârdı. Şu daha açıktır ki; bu işlem için uygun bir zemin

hazırlanmadığı sürece, EMDR, seansın sonunda güvenli bir şekilde çözümlenemez ve potansiyel olarak danışanı yüksek düzeyde uyarılma durumunda bırakır. Bu bulgunun bir sonucu olarak, EMDR Enstitüsü, terapistleri, EMDR'yi kullanmadan önce Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Bernstein ve Putnam, 1989) veya diğer uygun tarama yöntemlerini kullanarak disosiyatif bozukluklar için taramanın önemi konusunda uyarmak için eğitim prosedürlerini değiştirmiştir. Bu prosedür 1996'da en ciddi disosiyatif danışanlar için fraksiyone (bölünmüş) abreaksiyon metodolojisinin (kasıtlı işlemleme-tüm bellekten taşmayı önlemek için bir belleğin ayrılması ile) birleşimi ile daha da genişletildi (Lazrove & Fine, 1996). Daha yakın zamanlarda, "çelenk protokolünün" (duygusal yoğunluğu azaltmak için hipnoz ve EMDR müdahalelerinin devam eden ve döngüsel bir şekilde üst üste birbirine geçmesi ile adeta çelenk şeklinde örülmesi; Fine ve Berkowitz, 2001) eklenmesi yaklaşımı zenginleştirmiştir.

EMDR ve ego durum terapisini güvenli bir şekilde birleştirme prosedürü ilk olarak mevcut yazar Paulsen Inobe (2001, 2003; Paulsen & Watkins, 2003a, 2003b) tarafından "düğümlenmiş" veya tıkanmış EMDR işlemlemesini çözmenin bir yolu olarak tanımlanmıştır. Bu prosedür, standart bir trans-indüksiyon prosedürünün aksine, kendiliğin reddedilen yönlerine hızlı ve kolay bir şekilde erişmenin bir yolu olarak aşağıda tarif edilen Disosiyatif Masa Tekniği'ni (Fraser, 1991; Paulsen, 1995, 2006a; Paulsen ve Watkins, 2005) kullandı. Bu kitap boyunca açıklandığı gibi bu prosedür, başka türlü farkındalık dışında kalabilecek materyallerin bilinçli farkındalığa getirilmesini sağlayan, bir iç çalışma alanı yapmanın bir yolu olarak tam disosiyatiften daha az disosiyatif olan bireyler için yararlıdır.

DKB'li danışanların kendi iç kişilik sistemlerine erişmek için standart hipnoz, yönlendirilmiş imgeleme, self hipnoz, me-

ditasyon teknikleri, sodyum amytal gibi ilaçlar ve kendini korkutma veya acıtma (Fraser, 1993) gibi başka yöntemler de mevcuttur. Ayrıca Disosiyatif Masa Tekniği, amnezik engelleri ve kendilik yapısı görsel erişime izin vermeyen, özellikle tedavinin başlarında veya görüşme odasını görselleştiremeyen aşırı derecede disosiyatif nadir birkaç danışanda her zaman çalışmaz. Bununla birlikte, birçok insan için disosiyatif masa prosedürünün avantajı, standart bir trans-indüksiyonu olmadan kendiliğin bu reddedilen yönlerine hızlı erişim sağlamasıdır. EMDR terapisti, EMDR tıkandığı zaman danışandan zihnin gözüyle ego durumlarının toplandığı bir görüşme odasına göz atmasını isteyerek ego durum terapisini kullanabilir. EMDR işlemenin takılı kaldığı direnç veya disosiyatif dinamik ne olursa olsun, süreçte yer almayan kendiliğin bir parçası olarak, içsel konferans odasında bir biçimde görülebilir. Bunun nedeni ya kendiliğin reddedilen kısmının kendiliğin ön kısmına ("ev sahibi" olarak da bilinir) ego distonik olmasıdır ya da kendilik sistemindeki işlevsel koruyucu rol ile ilgili bir iç dinamik nedeniyle EMDR işlemlemesine katılmaya karşı dirençli olmasıdır.

Kendiliğin görünen kısmından ayrı olan parçasına kimlik, ego ve güdüleri yüklemek, başlangıçta birçok klinisyen için bir inanç sıçraması gerektirir. Ancak, "bir parçam" ve "diğer bir parçam" hakkında konuşmak temel bir insan eğilimidir. Doğrudan parçalara konuşmak onlara enerji verir ve danışanın bu parçasının ilk kişi içinde (özne olarak) cevap vermesini sağlar. Böylece parçalar "özdeşleşir" (egotize olur), tek başına hitap edilmesine ve üzerinde çalışılmasına olanak tanır (J. Watkins, personal communication, March 24, 2003). Bu yöntem, ilgili dinamikleri, kendiliğin parçalarından "o" veya "onlar" olarak bahsetmekten daha güçlü bir şekilde birleştirir, bu da parçaların sadece nesne enerjisiyle dolu kalmasını sağlar.

Bir parçaya enerji eklendikten sonra, öne doğru çıkma eğilimindedir. Tamamen mevcut veya kendiliğin başka bir parçası ile eş mevcut ya da bilinçli zihinde ve ön parça tarafından gözlemlenebilir olma eğilimindedir. Tamamen önde ve mevcutsa, "ego yoğunlaşması" (ego cathected) olduğu söylenir. Eğer ego yoğunlaşmışsa, danışan bu parçanın bakış açısına tam olarak sahiptir ve tuttuğu materyali tartışmak için ilk kişiyi "ben" veya "biz" olarak kullanır. Eğer parça tamamen önde ve mevcut değilse, ama bilinçli zihindeyse ve görüşme masasında görülebilirse, diğer parçalar da masada ise bu parçanın "bilinçli" veya "eş-bilinçli" olduğu söylenir. Eğer bilinçli fakat mevcut değilse, "nesne yoğunlaşması" (object cathected) olduğu söylenir ve danışan bu kısmı tartışmak için "o" veya "onlar" terimlerini kullanır. Bir parçayı ego yoğunlaşmasına, diğerini nesne yoğunlaşmasına taşımak için kendiliğin bir parçasına ses vermenin ne kadar kolay olduğu göz önüne alındığında, parçalarla konuşmanın basit yönteminin, enerjiyi bir parçadan diğerine taşıma ve böylece iç dinamiklere hızlı bir şekilde ulaşma ve değiştirme anlamına geldiği açıktır.

## TEDAVİNİN TEKNİK ZORLUKLARI

### DKB'de Amnezik Bariyerlerin Geçirmezliği

Ciddi derecede disosiyatif bireylerde, kendilik veya kişilik durumlarının görünümleri arasındaki amnezik engeller, Disosiyatif Masa Tekniği'ni tedavinin erken aşamalarında daha az kullanışlı hale getirecek kadar geçirmez olabilir. Bunun nedeni, alter kişiliklerin, kendilik sistemini yöneten psikodinamikler nedeniyle eş bilinç yeteneğinde olmamalarıdır. Örneğin DKB'li bir danışanın kendilik sistemi, "Babam beni seviyor." ve "Babam bana tecavüz ediyor." gibi birbirinden oldukça farklı iki inanç sistemini uyum sağlayacak şekilde yapılandırılmışsa, o zaman,

birbirlerini dışlayan gerçekliklerinin her birinde işlev gören kendiliğin parçaları istikrarsızlık, iç çatışma ve bazı danışanlar için eyleme vurma olmadan aynı anda bilinci işgal edemez. İmkânsız çifte açmaz çözülür ve birbirini dışlayarak parçaların ortak bilincini ortadan kaldıran kendiliğin yapısı ve amnezik engelleri tarafından çözülmeye devam eder.

DKB'li bazı danışanlar için, disosiyatif masa imgeleri kullanılarak, masada bulunan kendiliğin parçalarında bir dereceye kadar eş bilinç aşaması mümkün olabilir. EMDR'ye çok erken başlanılması, ne yazık ki sadece başarısız işlemleme ve destabilizasyonla sonuçlanacaktır. Bu durum, işlenen malzemeyle ilgili kendiliğin parçaları, bilinçli ön parçanın "gözlerinden baktığında", daha önce farkındalığın dışında tutulan parçaları bilince getirdiğinde ve onlara ego enerjisiyle yatırım yaptığında meydana gelir. Daha sonraki işlemlerde bu arzu edilir, ancak bu durum çok erken gerçekleşirse, işlemleme ister istemez tıkanacak veya düğümlenecektir. Çünkü çifte açmaz materyalini yönetmek için kendilik sistemini hazırlayacak zemin çalışması yapılmamıştır. Çifte açmazın iki ucu, uzun süredir tutulan savunma ve sıkıca sağlamlaştırılmış dirençler nedeniyle bilinçli zihinde eş zamanlı tolere edilemez.

Bazı DKB vakalarında, EMDR'ye başlanmadan önce disosiyatif engelleri atlamak için standart hipnotik indüksiyon veya diğer erişim teknikleri gibi geniş zemin çalışması gereklidir (Fraser, 1993). Diğerlerinde zemin çalışması, standart trans-indüksiyonu olmadan imgeleme veya Disosiyatif Masa Tekniği kullanılarak gerçekleştirilebilir. Aynı zamanda, yüksek disosiyatif bireylerin günlük yaşamla başa çıkmak ve iç kendilik yapılarını korumak için self-hipnotik yöntemlere büyük ölçüde itimat ettikleri hatırda tutulmalıdır. Bu nedenle, Disosiyatif Masa Tekniği'ni standart trans-indüksiyonu olmadan bir imgeleme yöntemi olarak kullanan uygulayıcılar yine de hipnotik fenomenleri

ve hipnoz kullanım kılavuzlarını anlama çabasına sahip olmalı. Bu, diğer yararları arasında, terapistin hipnotik koşullar altında geriye gitme (bu tüm disosiyatif koşullar anlamına gelir) sınırlamalarının farkında olmasını sağlayacaktır ve terapist buna göre uygun bir terapötik duruş benimseyebilir. Gerekli zemin çalışmasını içeren karmaşıklığın diğer boyutları aşağıda tartışılmıştır.

### İnatçı Ayrılık Yanılsamaları

Şiddetli DKB'yi daha hafif bir disosiyatif bozukluk formundan ayıran boyutlardan biri, DKB danışanlarının sıklıkla kendilik parçalarının aslında ayrı insanlar olduğuna dair sabit yanılsamalarıdır. Daha hafif disosiyatif durumlarda ve hatta bilinen disosiyatif bozuklukları olmayan danışanlarda, kendiliğin bazı parçaları oldukça ayrı hissedebilir ve başlangıçta kendilerinin ayrı bedenlerde olduklarına inanabilirler. Bununla birlikte, tam DKB'ye sahip olmayan danışanlarda bu inanç, ağır DKB formlarından daha kolay değiştirilebilir.

DKB'de, ayrı bedenlere olan inanç terapötik süreç için ciddi bir engel olabilir. Çünkü kendiliğin bazı parçaları tedavinin genel sonucunda payları olduğunun farkında değildir. Yani diğer bedenleri işgal ettiklerine inandıkları için "Acı çekiyorsa kimin umurunda?" (Ya da ölür, vb.) diyebilirler. Bununla birlikte, şiddetli DKB'de bile bu inanç zamanla değiştirilebilir. Ev sahibi kişilik dışındaki kendilik parçalarıyla, her bir parçanın alter kişiliklerin gözlerinden eline, kıyafetine vs. bakma deneyini düşünmeye davet edilerek ilerleme sağlanabilir.

Terapist "Omuz ve bedene bağlı kafanın içindeki gözlerden bakma" mantığıyla alter kişiye somut olarak yürür ve "Bu kimin eli? Bunlar kimin kıyafetleri?" gibi sorular sorar. Danışanı şimdiki zamana ve kimliğe yönlendirmek için benzer prosedürler de önerilmiştir (bk. örneğin Twombly, 2000).

Bu tür herhangi bir prosedür oldukça çatışmacı olabilir ve terapist hızlıca geri çekilecek şekilde akıllı davranır ve şunu söyler: "Bana inanmayabilirsiniz, ama sadece bu hafta düşünün. Aynı bedende olduğunuz konusunda haklıysam, bunun sizin için gerçek bağlantıları olabilir, bu yüzden olasılıkları göz önünde bulundurursanız çok mutlu olurum." Terapist daha sonra, kendiliğin bir parçasının iyiliğinin ve çıkarlarının diğerlerine nasıl bağlı olduğunu somut olarak açıklamaya devam eder. Aracılık eder ve bir çözüm müzakeresi yapar. Eğer alter kişilik kendiliğin başka bir parçasının ihtiyaçlarını görüşmeyi veya güvenliğine uyum sağlamayı kabul ederse, terapist, bu "alter" kişiliğin ihtiyaçlarını veya hedeflerini görüşmeyi, kararlaştırılan bir süre boyunca yardımcı olmayı sunabilir (güvenlik ve uygunluk parametreleri dâhilinde).

Kısacası; kişi, yer ve zamana yönelik "üçlü oryantasyon"un klasik psikiyatrik değerlendirmesi, disosiyatif süreç boyunca değerlendirilmelidir. Kendiliğin parçalarının bu unsurlarından birinde bozukluk olduğu tespit edildiğinde, söz konusu bu kendilik parçasının yaşına uygun, oldukça somut metotlar kullanılarak yönlendirilmelidir.

Bir parçayı "gözlerinden bakmak" için davet etmenin bu adımı, ona ego enerjisi veya "benin aynı andalığını" katar, böylece danışanın içinde itilmiş ve ayrıştırılmış olmak yerine tamamen mevcut ve yönetici olur. Daha önce sadece nesne enerjisi veya "kişi" ile tutulmuş olabileceğinden, artık "gözlerinden baktığı" için tamamen kendiliğe aittir.

Tipik olarak kendiliğin daha az disosiyatif parçaları ile iyi çalışan bu prosedür, özellikle yüksek derecede disosiyatif bireylerde zaman içinde tekrarlar gerektirebilir. Ev sahibi kişilik, tedavinin büyük kısmında ayrılık yanılsaması ilizyonunda inat edebilir. Bu, ev sahibinin, kendiliğin bütün parçalarına, habersiz

olma işini yapma (ki bu işi iyi yapar) kurgulamasıyla olabilir. Ev sahibinin, travma veya disosiyasyon gerçeğini kabul etmeme yeteneği, ego durum terapisi ve Disosiyatif Masa Tekniği kullanarak, parçalanmış çalışmanın (Fine, 1991, 1993) zihin farkındalığındaki sahnelerin arkasında gerçekleşmesini sağlar. Travmatik bir anının çoğunluğu EMDR kullanılarak detoksifiye edildikten sonra, ev sahibi bilgiyi alabilir. Bu bilgiyi duygusal yoğunluğu büyük ölçüde seyreltilmiş olarak adaptif bir çözüme işleyebilir (Lazrove & Fine, 1996).

Bu arada, terapist epistemolojik bölünmeyi sık sık idare etmelidir ki bu durum disosiyatif bireylerle çalışanlarda endemiktir. Örneğin belirli bir travmada ne yaşandığı hakkında veya faille ilgili olarak, bir terapistin demesi gerektiği gibi şöyle der: "Orada olmadığım için ne olduğunu bilmiyorum, ama bir şeylerin olduğundan şüpheleniyorum, çünkü oldukça disosiyatifsiniz". Bundan dolayı terapist şunu da söylemeli: "Eğer haklıysam, hepiniz aynı kendiliğin parçalarısınız ve aynı bedeni paylaşıyorsunuz, o zaman her parçanın ihtiyaçlarının ve isteklerinin birbirleriyle bağlantısı var." Bu duruş, terapistin kendiliğin tüm parçalarıyla, kendilerine özgü inançları ne olursa olsun, iç çelişkileri çözerek ve yavaşça bütünleşmeye geçerek konuşmasını ve çalışmasını sağlar.

## İşlenmemiş Travmatik Materyalin Hacmi

DKB vakalarının karmaşıklığına katkıda bulunan bir başka değişken, işlenmemiş travmatik materyalin çok hacimli olmasıdır. Tarihsel olarak, alanın kendisi, disosiye olmuş travmatik DDDB (davranış, duygulanım, duyumsama, bilgi) ögeleri aracılığıyla, bilgelik ve işlemlemenin gerekliliği üzerinde bölünmüştür. Ross (1997), abreaksiyonun bir tür eyleme dökme olduğunu düşünmektedir ve artık abreaktif prosedürleri uygulamamaktadır. Watkins, travmatik materyalin enerjisel olarak dışa vurul-

ması (abreacted) gerektiği görüşündedir (Paulsen ve Watkins, 2003b). Birçoğu, abreaktif kaçaklardan önce yeterli ego güçlendirmesinin yapılması gerektiğini iddia eder (bk. örneğin Phillips & Frederick, 1995) ve bu strateji aşağıdaki ACT-AS-IF prosedüründe önerilmektedir.

İşlenmemiş travmatik materyalin hacmiyle ilgili sorun, travmatik anıların hem taşması hem de "zincirleme bağlantılı olması" ile ilgilidir. Taşkın, disosiyatif bariyerler erkenden indiğinde, tahammül edilecek ego gücünden daha fazla DDDB elementi ile danışanın ezilmesiyle meydana gelir. Bir travmatik anının diğerine zincirleme bağlantısı, bariyerler düştüğünde ve bariyerlerin fail, travma tipi, travma yaşı veya diğer değişkenlerle ilişkili olabilecek anıların taşmasına izin verdiğinde ortaya çıkar. Eş zamanlı yeniden travmatize olma ile birlikte taşma olasılığını azaltmak amacıyla, duygusal yoğunluğu hafifletmek için bir parçalanma (fractionation) prosedürünün (Fine, 1991) kullanılması genellikle yararlıdır. Kendilik sisteminin kilit görünümleri ile üzerinde anlaşmaya varılmış bir plan olmadan travmatik materyale erken erişim, terapiyi gereksiz yere geri bırakabilir.

## Bağlanma Sorunlarının Terapötik Konteynırı Kırması

DKB'li birçok danışan, yaşamın ilk yıllarında bağlanma yetersizliğiyle ilgili derin bağlanma yaralanmaları sergilemektedir (Siegel, 1999). Bu yaralanmalar genellikle "kötü anne-iyi anne" gibi bölünmüş nesne ilişkileri biçimindedir (Klein, 1975). Bu tür ilkel yapılara ve olası ilişkiler ve bağlanmalar hakkındaki beklentilere sahip olmanın bir sonucu olarak, şiddetli DKB'li danışanlar genellikle terapistleri ve hayatlarındaki diğerleriyle ilişkilere yansıtılan aynı bölme mekanizmasını sergilerler. Gerçekten de Ross (1997) "disosiyasyon" ve "bölme" terimlerinin eş anlamlı

olduğunu düşünmektedir. Kötü ebeveynin yaptığı gibi dünyanın da o şekilde çalışacağını bilen ve bekleyen kendilik parçası, iyi ebeveynin, gerçekte kötü ebeveynle aynı kişi olduğu işlevsiz duruma rağmen, bağlanmayı korumayı yöneten parçasının farkında değildir.

İyi ebeveyn ve kötü ebeveyne uyan, birden fazla, içe atılmış ebeveyni olan alter kişilik olabilir. Ruh hali veya görünümün vahşi dalgalanmaları ve bu ilişki yapıları arasındaki hızlı geçiş, terapötik ilerlemeyi ciddi şekilde bozabilir. Danışan bir taraftan, terapistin çabalarına ve empatisine karşı sıcak ve minnettarken, diğer taraftan terapistin ihanetine ve en kötü şekilde suç işlemesine karşı şüphecidir. Ek olarak dâhil olan bir tedavi ekibi varsa, "bölme" danışanın ekip üyeleriyle ilişkisinde genellikle açıkça gösterilir.

Terapistler, "bölme" olasılığı konusunda tedavi ekibinin diğer üyeleriyle açık iletişimi sürdürerek bu "bölme" sürecini ustalıkla idare etmelidir. Terapist sadece nazik olanlarla değil, danışanın tüm parçalarıyla iletişim kurmalı, bunun yanı sıra terapistle ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle olan etkileşimleriyle ilgili olarak danışanların olası bozulma kaynaklarına karşı uyanık kalmalıdır. Danışanın kendiliğinin, tehlike ve suça maruz kalma konusunda tetikte olan parçaları güvensiz, düşmanca, hatta paranoyak veya şiddet eğilimli olabilir. Tedavi boyunca bu düşmanca farklılıkları ele alma ihtiyacı kilit noktadır (Paulsen, 2004b; Putnam, 1989), ve ağır DKB hastalarını tedavi eden herhangi bir terapistin bu danışanlardan gelen zarar tehditlerine ilişkin uygun sınırlara ihtiyacı olacaktır (Ross, 1997).

Düşmanca alter kişilikler tamamen göz ardı edilmemelidir (onlar gitmeyecekler); çünkü onlar; kendini zayıf, tükenmiş ve ezilmiş olarak gösteren "ev sahibi kişiliği" olan danışana güç kaynağıdır. Terapistin şunları yaparak düşmanca alterleri bağlamaya

ihtiyacı olacaktır: Örneğin, önemlerini ve güçlerini kabul etmek, sahip olabilecekleri endişelere hitap etmek ve saygı göstermek, ayrılık veya kendini cezalandırma ya da öldürme tavsiyesindeki bilişsel çarpıtmalara sahip düşmanca kişilikleri yeniden eğitmek ve toksik enerjiyi tutmak gibi zor bir iş yapmanın sıkıntısını ve acılarını kabul etmek.

Bu alterler, etrafında döndükleri gelişimsel sorunların kanıtladığı gibi erken ortaya çıktığı için (yani çözülmemiş güven sorunları, çocukluk öfkesi ve erken narsistik yaralanmalar) mantıkları ilkel ve ihtiyaçları basit olabilir Bazı durumlarda, sadece önemlerini ve güçlerini kabul etmek yeterlidir. Diğerlerinde, tüm bu yıllar boyunca savunmaktan ve savaşmaktan yorulmuş olmalarını kabul etmek, iç dinamiklerde o alter kişilik için daha savunmasız ve iş birlikçi bir duyguya geçişe neden olur. Bağlanma ve yetiştirmeye yönelik erken karşılanmamış gelişim ihtiyaçlarını, iç kaynakları güçlendirerek uygun bir şekilde karşılama bazılarına yardım edecektir. Ayrıca kararlı bir "terapötik kap" da bu bağlanma sorunlarını düzeltmeye yardımcı olacaktır. Ancak bazı danışanlar için bu sorunun çözülmesi yavaştır ve terapistin terapide karşılaşacağı en zor sorunlardan biridir.

## Çifte Açmazın Uzlaşmazlığı

Ross (1997), DKB'li danışanlarda düzeltilmesi gereken yaygın bilişsel çarpıtmaları tanımlamıştır. Biri onları incelerse; eğer çifte açmazın iki ucu aynı danışanda birlikte ortaya çıktıysa, kendilerine, iki düşünce yapısına uyum sağlamak amacıyla disosiyasyon üretmeyi beklemek türünden toleranssız bir çifte açmaz yaptıklarını görür. Yüksek disosiyatif danışanın kendilik sisteminin yapısının, genellikle, iki veya daha fazla karşılıklı uyumsuz deneyimler ve düşünce yapısı içermesi amacıyla gelişmiş gibi göründüğü gözlenir. Duruma bağlı öğrenme yoluyla

(danışan belirli bir ego durumundayken edinilen ve yalnızca bu durum aracılığıyla geri çağrılabilen öğrenme), danışan, bir inanç ve düşünce yapısı için bir davranış repertuarını öğrenir -veya bir ebeveyn veya ebeveynin bir yönü ile anlaşmayı öğrenir- ve başka inançlar dizisi için, düşünce yapısı için veya bir ebeveynin ya da failin parçaları için diğer davranışları öğrenir. DKB danışanlarında yaygın olarak bulunan çifte açmazdaki bilişsel iki ucun bazı örnekleri şunlardır: Babam beni seviyor - Babam beni incitiyor; Ben bir prensesim - Ben kötüyüm; Sevilebilirim - iğrencim; Ben özelim - Ben yaşamayı hak etmiyorum; Hiçbir kontrolüm veya gücüm yok - Taciz olmasının hepsi benim hatam.

DKB'li bir danışanda çifte açmazın bir ucunu temsil eden negatif kognisyonun erken işlenmesine kalkışan terapistler, tıkanan bir EMDR işlemlemesiyle karşılaşırlar. Bunun nedeni, işlemlemenin, çifte açmazın diğer ucunu çekmesi, belki de uygun zemin olmadan kendi düşünce yapısıyla halen kuşatılmış olan kendiliğin bir parçasını bilinçli akla getirmesidir. Bu, ikilemin iki ucunun imkânsızlığını, eş zamanlı farkındalığa davet edilerek daha az disosiyatif bir danışanda faydalı olabilir. Bu, çifte açmazın farklı düşünce yapılarının eş mevcudiyeti ve eş bilinçliliği ile sağlanan işlem sayesinde iç görü ve empati uyandırabilir.

Bununla birlikte, yüksek disosiyatif bir danışanda, tıkanma o kadar kolay çözülemez. EMDR işlemlemesinin doğası gereği istemsiz olarak çekilen kendiliğin parçaları, kendi düşünce yapısı ve ayrışmasıyla kuşatılmış olan kendilik olabilir. Bu nedenle DKB'li danışanlar için çalışılacak zeminin önceden yapılması şiddetle tavsiye edilir. Bunun için işlenmekte olan konuyla ilgili olan kendiliğin tüm parçalarından, işlemeye yönelik bilgilendirilmiş bir onay alınmalıdır. Bu, travma işlemlemesi için EMDR'nin ilk kullanımından önce, terapistin kendilik sisteminin yapısı ve süreci hakkında hatırı sayılır bir bilgisini gerektirir.

## Self Mutilasyon (Kendi Kendini Yaralama) ve Diğer Alarm İşaretleri

DKB tedavisinde EMDR'nin yavaş ve akılcı kullanımını gerektiren diğer bir karmaşık faktör daha vardır. DKB'li birçok danışan, aşırı duygusal acı çektiğinde, danışan için bir basınç tahliye valfi olarak işlev gören self mutilasyonu kullanır. Elbette, zaman doğru olduğunda ve koşullar karşılandığında, çözülmemiş travmadan toksik duygu ve acıyı serbest bırakmak için daha uygun bir yol olan EMDR ile bu işlev sonunda değiştirilebilir. Bununla birlikte, erken EMDR sadece travmaya erişir, ancak acının bir adaptif çözüme işlenmesine izin vermez; çünkü ya duygunun bölünme yaklaşımıyla (fractionated approach) titre edilmesi için mekanizmalar mevcut değildir ya da self mutilasyonda araç olan kendilik parçalarının EMDR yapmaya rıza göstermediği ya da EMDR'yi veya EMDR'deki uygun rollerini anlamadığı durum mevcuttur.

Bazen alter kişilikler EMDR'nin farkındadır ve bunu anlarlar, ancak kendi güçleri azalmasın diye iç çatışmaları çözümlemeyi kabul etmezler. Diğer zamanlarda alter kişilikler kendilerinin veya kendiliklerinin diğer parçalarının ölüm de dâhil olmak üzere cezayı hak ettiği fikrine şiddetle bağlı kalabilirler. Self mutilasyon veya diğer kırılganlık ve aşırı patoloji belirti öyküsü olan bir danışanda ilk kez bu tür inançlarla karşılaşmak, danışan veya terapist için verimli bir terapötik yol değildir. Sınırlama (containment) ve stabilizasyon için gerekli zamanı harcamak, kendilik sistemini keşfetmek ve işlemleme için onay almak, danışanın iç güç dinamiklerini müzakere etmek ve travmayı işlemleme amacıyla bir EMDR seansını yürütmeden önce egoyu güçlendirmek oldukça iyidir.

Francine Shapiro'nun ufuk açıcı kitabı *Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme*'nin her iki basımında (1995,

2001) disosiyatif bozukluklar özel komisyonu tarafından EK-B de öne sürüldüğü gibi, uygun önlemler ve prosedürler olmadan EMDR işlemlemesinde kontrendike olan diğer alarm işaretleri arasında şunlar vardır: (Devam eden self mutilasyona ek olarak) aktif intihar ve başkalarına zarar verme niyeti, kontrolsüz "anıya geriye dönüşler" (flashback); bir ego durumundan veya alterden diğerine hızlıca geçiş; aşırı yaş veya fiziksel zayıflık; son dönem hastalık, ilacın eş zamanlı ayarlanması ihtiyacı; devam eden istismarlı ilişkiler; abreaksiyona şiddetle karşı olan alter kişilikler, aşırı kişilik patolojisi -özellikle şiddetli narsisistik, sosyopatik veya borderline kişilik bozukluk- ve şizofreni veya aktif madde kötüye kullanımı gibi ciddi ikili teşhisler.

Özel komisyon, disosiyatif bir bozukluk olduğunda travma işlemlemesi amacıyla EMDR işlemlemesinden önce aşağıdakilerin hazır olmasını tavsiye etti: İyi duygulanım toleransı, dengeli bir yaşam ortamı, uzun süreli rahatlama için geçici rahatsızlığa katlanma gönüllülüğü, iyi ego gücü, yeterli sosyal destek ve diğer kaynaklar ve tedaviye uyma öyküsü (Shapiro, 1995). Bu bölümün geri kalanı, bu olumlu kriterlerin karşılanmasını sağlamaya yardımcı olacak tedaviye aşamalı bir yaklaşımı özetleyecektir.

## Tedaviye Aşamalı Bir Yaklaşım

Janet'ten beri, disosiyatif durumların tedavisi aşamalı bir yaklaşım şeklindedir (Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Daha yakın zamanlarda Putnam (1989), Kluft (1993a) ve Phillips ile Frederick (1995) gibi katkıda bulunanlar, başka aşamalı yaklaşımlar sundular. Bu aşamalı yaklaşımların tümü genellikle terapötik yaklaşımı zenginleştirir ve yönlendirir. Putnam'ın, Kluft'un ve Phillips ile Fredericks'in yaklaşımları, sınırlama ve stabilizasyonu sağlayan erken aşamaların önemine özel vurgu yapıyor. Kluft, özellikle öğretici olan iki kilit gözlem yaptı: Şöyle

ki erken stabilizyon vurgusunun etkili bir şekilde "danışanı sağlığa sokacağı" (1993b, s. 96) ve "ne kadar yavaş giderseniz, oraya o kadar daha hızlı gidersiniz" (1993a, s. 146).

Bu değerli aşamalı yaklaşımlara ek olarak EMDR klinisyeni, terapistin bakış açısından tedavi aşamalarının açıklanmasını sağlayan ayrıntılı bir tanımdan da yararlanacaktır. Buradaki vurgu, (1) kendiliğinden EMDR işlemlemesi için ön koşulların belirlenmesi ve (2) bazı danışanlar için tedavi sürecinde, çift yönlü uyarımın (sadece standart EMDR travma protokolü değil) değerli olabileceği noktaların açıklığa kavuşturulması olacaktır. Sonraki bölümler bu hedefleri yerine getirmek için yazar tarafından geliştirilen iki yaklaşımı açıklamaktadır.

## ACT-AS-IF (DKT-AB-BG) Yaklaşımı

ACT-AS-IF (DKT-AB-BG) yaklaşımı (Paulsen, 2006a) EMDR ve ego durum terapisi için DKB danışanlarını hazırlamak ve tedavi boyunca onları desteklemek için bir şablondur. Baş harfler şu aşamaları ifade eder; Değerlendirme, Kontrol altına alma, Travmaya erişim ve hazırlık, Travmanın Abreaksiyonu, Beceri Geliştirme, Bütünleştirme ve Gelecek şablonları. (*Assessment, Containment, Trauma accessing and preparation, Abreaction of trauma, Skills building, Integration, and Future templates*)

"ACT-AS-IF" adı, DKB'nin gerçek görüntüsünü ve tedavisini üç nedenden ötürü yansıtmaktadır: (1) DKB'li danışan istismar gerçekleşmemiş veya başka birine karşı gerçekleşmiş gibi davranmayı öğrenmiştir. (2) DKB'li bir danışanı tedavi eden terapist, danışanın birkaç kişi olduğu zamanlarda gerektiği gibi davranır, ancak danışanın aslında bir kişi olduğu gerçeğini asla kaybetmez ve (3) terapist, danışanın umudunu ve beklentisini yönlendirir ve destekler, iyileşme ve bütünlük mümkün gibi davranır, ki mümkündür.

## Değerlendirme

Tedavinin ilk aşaması, bir dizi boyutun değerlendirilmesini içerir. İlk ve en önemlisi, yukarıda açıklandığı gibi standart bir araç veya uygun klinik görüşme kullanarak, DKB'nin başka bir disosiyatif bozukluğa veya olmayan bir disosiyatif bozukluğa karşı ayırıcı tanısıdır. Bazı uygulayıcılar standart bir değerlendirme dizisi kullanabilirler, ancak birçok araca rağmen yüksek disosiyatif bireyler için herhangi bir norm yoktur. Bazı araçlar disosiyatif bozuklukların değerlendirilmesi için özel olarak geliştirilmiştir. En yaygın kullanılan tarama aracı Disosiyatif Yaşantılar Ölçeğidir (DES; Bernstein ve Putnam, 1989). Diğerleri şunlardır: Disosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesi (DDIS; Ross ve diğerleri, 1989), DSM-IV Disosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-D; Steinberg, 1994), Somatoform Disosiyasyon Ölçeği (SDQ-20; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, van der Hart ve Vanderlinden, 1996) ve daha yakın zamanda Çok Boyutlu Disosiyasyon Envanteri (MID; Dell, 2001).

Ek olarak, diğer parametrelerin klinik değerlendirmesi, danışanın sergilediği stabilite derecesini ve dolayısıyla tedavinin ilerleyebileceği hızı belirleyecektir. Hasta ne kadar az stabil olursa, çift yönlü uyarımın başlamasından önce ve süresince tedavide o kadar fazla önlem alınmalıdır. Değerlendirilmesi gereken bu diğer parametrelere örnekler şunlardır: Danışan ve terapist arasındaki uyum derecesi; danışanın tedavi ve sınırların şartlarını anlama ve tedavi-sınır şartlarına uyma yeteneği, ve danışanın parçasının, terapistin kendilik sistemine erişimine izin verme isteksizliği ve yetersizliğine karşı danışanın kendilik sisteminin erişebilirliği. Değerlendirilmesi gereken diğer boyutlar; self mutilasyon ve bölme gibi alarm işaretlerinin eşlik ettiği borderline kişilik bozukluğu, aktif madde kötüye kullanımı ve detoksifikasyon-tedavi ihtiyacı gibi çift teşhisleri içerir. Ayrıca,

erken tedavi süresince, danışanın iç bölünme ve çatışma derecesini, disosiyatif bariyerlerin geçirgenliğini, sistem haritalamasıyla uğraşmaya hazır olma durumu ve yeteneği ve 'sınırlama' becerilerini belirlemek de önemlidir. Terapist ayrıca danışanın şu yeteneklerini de değerlendirmelidir: Eğitime ve 'sınırlama' ile ilgili beceri geliştirmeye cevap verme, geçişler üzerinde kontrol ve erteleme sergileme, terapistin tedaviye yaklaşım tanımlaması sırasında hazır kalabilme, terapistin tanımladığı tedavi planıyla iş birliği yapma ve bu tedavi planıyla ilerlemek için onay verme, iyileşme yolculuğuna söz verme ve terapistle bağ kurma. DKB'li çoğu danışanın bu konuların en azından bir kısmı ile ilgili sorunları olacaktır. Bu özellikler ne kadar şiddetli olursa, travmatik anıların arındırılmasından önceki gerekli stabilizasyon ve hazırlık aşamalarını yürütmek o kadar uzun sürer.

Tedavinin bu aşamasında, ego durum terapisi yukarıdakilerin tümünü belirlemek için uygun ve yararlıdır. Ancak, çift yönlü uyarımın tedavinin erken aşamasında çok az veya hiç yeri yoktur. Olası bir istisna, geçmiş anıya dönen (flashback) danışanın, geçmişe dönüşü (flashback) hafifleterek ve danışanı standart bir 'sınırlama' prosedürünü uzun süre yürütecek kadar kadar şimdiki zamanda tutarak stabilizasyonuna yardım etmek amacıyla birkaç kısa süreli çift yönlü uyarı setinin çok kısa ve çok geçici kullanılmasıdır. Özetle, tüm bu boyutların değerlendirilmesi ilk seansla başlar ve sınırlama ve stabilizasyon aşamaları ve ötesiyle devam eder.

## Sınırlama

Tedavinin sınırlama aşaması, aslında değerlendirme aşaması esnasında başlar; bu anlamda terapötik ilişkinin kendisi, danışanı tedavi boyunca güvenli bir şekilde tutacak 'sınırlama" yapısıdır. Daha geniş anlamda sınrılama aşamasının amacı danışanın duygu düzenleme becerilerini sağlamak, stabilizasyonu sağlamak ve arttırmaktır. Bu beceriler şu yetenekleri içerir: Ana odaklana-

bilme; iç dünyada neler olup bittiğini "sadece fark etmek" için farkındalık veya gözlemci bir ego kullanma; duyguları adlandırma, erişme ve bunlardan uzaklaşma ve dahası.

Sınırlama, tedavinin başlarında standart olarak ele alınmalıdır, çünkü terapistin yukarıda açıklanan bazı soruların cevaplarını belirlemek için danışanın kendilik sistemine erişmesi gerekebilir (her ne kadar danışanın kendilik sistemine erişilmesi, stabilizasyon olmaması durumunda ertelense de). Terapist, danışanın kendilik sistemine eriştiğinde, her seansın sonunda, güvenlik nedenleriyle, danışanın güvenli ve kontrollü bir şekilde ayrılmasını, eve arabayla gidebilmesi ve fonksiyonlarını terapi ofisinin dışında sürdürebilmesini sağlamak amacıyla sınırlama prosedürünü kullanmak için ayrılan bir zaman olmalıdır. Birçok olası stabilizasyon yöntemi mevcuttur (Paulsen & Golston, 2005), bunlardan birkaçı burada belirtilecektir.

Bazı danışanlar için, terapinin sınırlama aşaması, dış güvenlik sorunlarının ele alınmasıyla başlar. Birçoğu için bu aşamadaki öncelikli vurgu beş duyunun bir veya daha fazlasının dikkate alınmasıyla şimdiki zamanda olabilmek için ana odaklanabilme tekniklerini öğretmektir. Diğerleri için bu aşama imgeler kullanılarak bir iç güvenli alan belirlemek ve güçlendirmekle ve sadece bazı danışanlar için güvenli alan deneyimini demirlemek ve güçlendirmek için sınırlı çift yönlü uyarım (BLS) (Shapiro, 1995) ile başlar. Korn ve Leeds (2002), çift yönlü uyarım kullanılarak stabilizasyon amacıyla bir kaynak geliştirme prosedürünü tanımlamaktadır. Phillips (2000), danışanın iç kaynaklarını ve ego gücünü artırmak için çatışmasız bir durumun kullanımını tanımlar. Bazı bireyler için, olumlu kaynakların deneyimini sağlamak için sadece imgeleri değil, aynı zamanda çift yönlü uyarımı da kullanmak mümkündür.

Şiddetli DKB'de bu kilometre taşlarını sağlama girişimleri, çifte açmazlar ve ilgili negatif kognisyonlar gibi tökezlemelere yol açabilir. Bu nedenle bu tür çabalar yavaş, dikkatli ve geçici olmalıdır. DKB'li olan bazı bireyler için çift yönlü uyarımsız imgeleme en iyi şekilde çalışabilir. Diğerleri için, endişeleri müzakere veya ihtiyaçlarını karşılama yoluyla ele alındıktan sonra, pozitif kaynakların sağlanmasına müdahale eden kendilik parçalarıyla arabuluculuk başarılı olabilir.

Tedavinin 'sınırlama' aşaması, bir dizi başka işlevi içerebilir. Bunlar iyileşmek ve bütünlük için pozitif beklentiler kurmaya başlamak ki bu, kendisine, sınırlama ve güvence sunacaktır. Burada tanımlanan, tedavi aşamaları arasında çapraz geçiş yapılarak iyileşme yolunun planlanması ve görselleştirilmesidir. Bunun gerçekleşmesi yapı ve dolayısıyla "sınırlama" sunacaktır. Geniş bir yelpazede pozitif kaynakların, güçlü yönlerin ve başa çıkma yeteneklerinin hayâlî bir şekilde sağlanmasıyla kaynak geliştirme ve ego güçlendirmedir. Bu da sınırlamayı sağlayacak ve stabilizasyonu arttıracaktır.

Bu aşama boyunca içsel ve dışsal konular hakkında kriz yönetimi yürütülmesi gerekebilir. Bu müdahalelerin başarısı genellikle, danışanın, iç dinamiklere müdahale etmek amacıyla kendilik sistemine erişime izin verme ve seanslar arasında kapanış ve sınırlama uygulamalarını takip etme yeteneği üzerinde dönecektir. Sınırlama imgeleme aracılığıyla kendini yatıştırıcı yetenekler geliştirerek, koşullu bir tepki için tekrar tekrar uygulanarak ve çift yönlü uyarımın dikkatli kullanımı ile belli bir danışan için uygun şekilde kuvvetlendirilerek büyük ölçüde güçlendirilir.

Yukarıdakilerin hepsinden en zor olanı, içsel beslemeyi desteklemek için görüntüler ve konuşma içeren ilgili imgeleme

aracılığıyla sınırlamayı sunmaya kalkışmaktır. Bu, DKB'li birçok danışan için, tedavide çok sonrasına kadar mümkün olmayacaktır. Diğerleri, Yaratıcı tarafından sevilmek gibi manevi duyguların kaynağına veya iyileştirici beyaz ışık gibi bir kaynağa erişeceklerdir. Hiç değilse bunlardan konfor, bakım ve bu sayede bir miktar sınırlama desteği alacaklar.

Ego durum terapisi sınırlama aşamasında uygundur, çünkü zengin kaynaklı ego durumları, tükenmiş durumlara yardımcı olmak için güçlendirilebilir veya harekete geçirilebilir. Bazı danışanlar için çift yönlü uyarım, geçici olarak, kısa, öz setlerle pozitif imgeleme ve beklentiyi güçlendirmeye ve yerleştirmeye yardımcı olacaktır. Çift yönlü uyarımın, dengesini bozduğu DKB'li herhangi bir danışan için terapistler, daha fazla stabilizasyon ve sınırlama sağlanana kadar çift yönlü uyarımı sürdürmemelidir.

Bu aşamada tesis edilmesi gereken en kritik beceri, terapisten beklendiği anda kendiliğin yönlerini ve seans sırasında ulaşılan DDDB materyalini başarılı bir şekilde sınırlama ve içeri alma yeteneğidir (Paulsen & Golston, 2005). Bu koşullu tepki, aşağıdaki gibi anahtar ifadelerin ve imgelemenin tekrarlanmasıyla geliştirilir (bu sınırlama ve kapanışı başarmanın birçok yolu olduğunu unutma; bu, benim tercih ettiğim dil ve metodolojidir):

> "Bugün kendiliğin yardımcı olan tüm parçalarına teşekkür etmek istiyorum. Herhangi bir parça biz onları içeri almadan önce bir şey söylemeye ihtiyaç duyuyor mu?" (Gerektiğinde güvence sunulur.)
>
> "Kabarık beyaz bulutunuz, üstüne tırmanmanızı bekliyor; sizi bulut battaniyelerinin içine sokacağız, bulut yastıklarınızı kabartacağız; bulutlar sizi derin bir şifa uykusu için

çekip daha derin ve daha derinlere götürdüğünde güle güle diyeceğim."

Bu süreç; eğitim ve bu terapi ritminin gelişmesine izin vermenin kendi çıkarlarına olduğunu somut olarak gösteren çatışan parçalar arasındaki arabuluculuk olmaksızın DKB'li bazı danışanlar için başlangıçta işe yaramaz.

Sınırlama materyali için imgeler kasalar, kavanozlar, kutular, kitap rafları, ağır perdeler vb. olabilir. Parçaları içeri sokmak için imgeler, dînî şahsiyetler ve dînî semboller, bir melek veya herhangi bir dînî simge veya görüntü (uygun olan), sallanan bir sandalye veya bir oyuncak ayı (özellikle kendiliğin çocuk parçaları için kullanışlı) gibi rahatlatıcı ve besleyici kaynaklar olabilir. Buradaki mantık, travmatik materyalin kendiliğin çocuk parçalarında, ilkel mantık, az içgörü, büyük bağlanma yaralanmaları ve duygusal beslenmeye ihtiyaçla birlikte tutulmasıdır. Tedavinin sınırlı ve tümüyle tüketen değil düzenli bir parçası olarak, bünyenin ve duygusal beslenmenin karşılanmamış gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak terörü azaltabilir, ego sınırlarını güçlendirebilir ve genel olarak pozitif içsel kaynakları güçlendirebilir, onları daha kullanılabilir hale getirebilir.

Kluft (1993a) "ezici olacak veya olabilen işlemleri duraklatan, tedavi ve danışan için zaman kazandıran "bir dizi hipnotik oyalayıcı teknik" tanımlamıştır (p. 157). Bu ögeler aşağıda tanımlanacağı üzere şunlardır: Alter kişiliğin yerine geçme (tükenmiş alter kişilik için rahatlama), korunma alanının sağlanması (güvenli alan sağlanması), uzaklaşma manevraları (örneğin, hoşgörülü amnezi ve tarama teknikleri), zamanı baypas etme (zaman distorsiyonu ve terapötik uyku), duyguyu baypas etme (zor duyguyu kasada tutma), yeniden yapılandırma (tedavide veya kontrolde daha fazla zaman için işlevsiz alter kişiliklerle

takas etme) ve duygunun hafiflemesi (parçalanmış abreaksiyon).

Sınırlama ve stabilizasyon için ek bir dizi, yararlı teknik somatik psikoterapi yöntem araçlarından alınmıştır (Levine, 1997; Paulsen, 2006b; Paulsen ve Stanley, 2005). DKB danışanlarının çoğu bedensel duyumlara doğrudan katılamayacağından, bunlar yavaş ve dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır, çünkü somatik disosiyasyon, disosiyasyon durumlarının karakteristik bir özelliğidir. Bununla birlikte, terapistin desteği ile ve danışana kaynak sağlamaya dikkat ederek, dikkatli bir şekilde adımlanan somatik prosedürler yararlı olabilir. Örneğin, şimdiki zamanda beden algılarını ve içsel deneyimleri izlemek, ana odaklanmayı ve farkındalığı sağlayan önemli bir ögedir. Rahatsızlık ve rahatlık arasında yavaşça ve hız ayarlı bir şekilde ileri geri hareket ettirerek uygulanan duygu titrasyonu danışanı güçlendirmeye başlar ve hatta, rahatsız edici malzemeyi abreaksiyon yoğunluğu olmadan dönüştürmeye başlayabilir. Ayrıca terapist, danışanın engellenmiş "savaş veya kaç" yanıtlarını çok yavaş ifade ettiği mikro hareketleri davet edebilir. Bu, bastırılmış sempatik uyarılmayı serbest bırakır ve iç tutarlılığa doğru bedenin doğal eğilimini kolaylaştırmaya yönelik ilk adımlara başlar, şeklinde hipotez edilmiştir. Dikkatli bir şekilde sunulduğunda ve nazikçe hızı ayarlandığında bu yaklaşımlar DKB'li tüm danışanlar için olmasa da bazı kişiler için faydalı olabilir.

DKB'li pek çok danışan, özellikle de içe attığı faillerle ilgili iç dinamikleri değişmeye başlayana kadar sınırlamayı ve stabilizasyonu başaramayacaktır. Bu süreç bu aşamada başlatılabilir ve sonraki aşamalarda genişletilebilir.

## Travmaya Erişim ve Hazırlık

Travmatik anıları arındırmak için EMDR kullanımı yalnızca; (1) danışan hem sınırlama hem de stabilizasyon ve duygu düzenleme becerileri setinin ön koşulunu sergilediğinde ve (2) kendilik sistemi ve travma geçmişinin önemli noktaları -çok erken hatırlanırsa destabilizasyona neden olabilecek ayrıntılar dışında- terapist tarafından oldukça iyi bilindiğinde düşünülebilir. EMDR hazırlığında, bu mevcut evre -iç dinamiklere erişim ve travmatik anılara onları abreaktif olarak işlemeden erişim- DKB'li danışanlar için aylar hatta yıllar sürebilir. En önemlisi, danışanın kendilik sisteminin kritik bir kitlesi gönüllü olmalı, travma çalışması yapabilmeli ve içeri alma veya seans boyunca üzerinde çalışılan konuları yukarıda anlatıldığı gibi sınırlama sürecine başlamak için işaretleri eksiksiz şekilde almalıdır. Bu, ego durum çalışması yoluyla önceden gerçekleştirilmezse ve EMDR erken kullanılırsa, olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu olumsuz sonuçlar şunları içerir: (1) Kendiliğin bağlı olmayan taraflarının EMDR'nin birleştirme sürecine direnecek olması; (2) İşlemleme devam edebilir, ancak işlemlemenin danışanın farkındalığının dışında ve terapistin düğümü çözmek için yeterli bilgisi olmadan düğümlenmeye başlaması veya (3) kendiliğin parçalarının "sınırlama"ya direnecek olması ve seansın kabul edilemez derecede yüksek "danışan uyarılması" ile sona ermesi. Bu sonuçlardan herhangi biri hem danışan hem de terapist için yeniden travmatize edici olur ve tedavinin ilerlemesi ve uyumu için yıkıcıdır.

Travmayı arındırma işlemlemesinin diğer bir ön koşulu, danışanın iç sisteme erişmesine güvenli bir şekilde izin vermesini ve danışanın disosiyatif masa veya diğer erişim yöntemi aracılığıyla içsel çatışmaları bir dereceye kadar detaylıca incelemesini sağlamaktır. Bu kapasite mevcut değilse, EMDR düğümlenecek ve danışan terapistin düğümü çözmek için gereken sisteme eri-

şimine muhtemelen izin vermeyecektir.

İdeal olan, danışanın erişime izin vermesidir; böylece danışanın ilgili kendilik parçaları, travma çalışması için planlama ve hazırlığa katılır. Masanın etrafındaki kendilik parçalarının eş zamanlı mevcudiyeti danışan için daha büyük bir içgörünün mümkün olduğu ve orada, en azından "hayalindeki" masanın etrafındaki o anlarda tek bir alter kişiliğin mevcudiyetinden daha fazla bütünleşme anlamına gelir. Bu parçalar bilişsel çarpıklıklar da dâhil olmak üzere planlanan materyalin dinamik ve fonksiyonları hakkında bilgi, dikkat, bakış açısı, öykü sağlama pozisyonunda olabilir.

Materyali tamamen bilincin farkındalığına getirmeden, eş zamanlı mevcudiyetin kullanılması ile travma çalışması, abreaksiyon erkenden tetiklenmeden planlanabilir. Bazı danışanlar için bu metot işlemez, çünkü danışanın dikkatini travmatik materyal için ayarlamak tam değişime neden olabilir. İşlenmemiş travmatik materyali içeren çocuk alter kişiliği, onların gözlerinden bakmasına ve erken egotize olmasına sebebiyet vererek tam bilinç durumuna getirebilir. Bu olduğunda daha önce bahsedildiği gibi sınırlama için koşullu tepki kullanılarak materyal kontrol altına alınabilir veya az sayıda danışan için, çok az çift yönlü uyarım seti abreaksiyonu azaltır, sonrasında sınırlama prosedürleri kullanılabilir. Disosiyatif masa, eş zamanlı mevcudiyetin kullanıldığı varsayılarak ve kendiliğin ilgili parçaları travma işlemlemesine planlı yaklaşım sağlamak için terapistle iş birliği içinde çalışarak başarılı bir şekilde kullanılabilir.

Kluft (1990a) az miktarda duygu ifade edildikten sonra abreaktif olayların kasıtlı veya planlı olarak kesilmesini içeren "parçalanmış abreaksiyon" (fractionated abreaction) da denilen duygu hafifletmeyi tanımlamıştır (Fine, 1991). Daha fazla duy-

guyu açığa çıkarmaya devam etmeden önce, terapist ve danışan bu ilk materyali işlemelidir. Çalışmanın hızını yönetmek için başka bir yöntem olarak taktik bütünleşmeci yaklaşıma (Fine, 1999) bakın.

Parçalanmış bir abreaktif seansı yönetmek için aşağıdakiler de dâhil olmak üzere çeşitli seçenekler vardır:

- Çift Mesafe: İşlemleme devam ederken, danışanlar kendilerini ya da başka birisini aynı kendileriymiş gibi ekranda görür.
- Gözünün önüne, ciltli kitapları olan bir kütüphane getirmek. Bu kitaplarının her birinde danışanın hayatından bir hikâye yer alır ve danışan hazır olduktan sonra okunabilir (Kluft, 1990a).
- Duyguyu geçici olarak hayâlî bir kaba koyarken travma hakkındaki bilgilerin incelenmesi.
- Yavaş sızıntı tekniği: Bilgi danışanda sadece makul olan oranda ortaya çıkar. (Kluft, 1990b).

Terapist ve danışan, üzerinde çalışılacak anıyı veya anının küçük bir parçasını, kullanılacak parçalama metodunu, hangi alter kişiliğin abreaktif çalışmanın "yıldız"ı olacağını ve hangi alter kişiliklerin pozitif kaynaklar olarak hazırda bekleyeceğini birlikte seçmelidir.

Parçalanmış abreaksiyonun, danışanın hem egemenlik duygusunu hem de ego gücünü artırmak için planlama ve beceri geliştirmeyi kullanan tedaviye iş birlikçi bir yaklaşımın tüm bağlamı içine yerleştirilmesi gerektiğini unutmayın. Sonuç olarak, travmayı EMDR gibi abreaktif bir prosedür ile işleme zamanı gerçekten geldiğinde, danışan bunu sadece hayatta kalmayıp zafer kazandığı, baştan sona bir süreç olarak öz yeterlilik duygusu ile deneyimleyecektir. Gerçekte bu iyileşme ve bütünleşme

veya metakognisyon yolağının kendisi çift yönlü uyarım veya görüşme odası imgelemesi kullanılarak kurulabilir. Başa çıkma imgelemeleri, kendini yatıştırıcı beceriler, iş birlikçi bir ilişki ve travma çalışmasını kontrol edilebilir bir süreç olarak anlama ile donatılmış bir danışan, en zor tedavi çalışmalarına başlamak için iyi durumda olacaktır. Bu aşama yerine getirildiğinde danışan ve terapist EMDR kullanarak ilerlemeye hazırdır.

## Abreaktif Sentez

"Abreaksiyon" terimi, hem kendiliğinden ortaya çıkan travmatik materyali (anıya geri dönüş/*flashback* gibi) hem de disosiyatif bir anının disosiyatif DDDB unsurları aracılığıyla kasıtlı olarak çalışılması, böylelikle sentezlenmesini ifade edebilir. Terimin ikinci kullanımı burada tanımlanmaktadır (Paulsen & Watkins, 2003a, 2003b; Watkins & Paulsen, 2004).

Klinisyenler, travmatik anıları planlı bir şekilde adaptif bir çözüme işlemlemek için 1989'dan beri EMDR kullanmaktalar. Daha önce bahsedildiği gibi DKB'li danışanlar için, prosedür, sadece daha önce tanımlanan "planlama" sırasında değil, travmanın EMDR işlemlemesi sırasında da karmaşıktır. Önceki adımlarda ne kadar fazla zaman harcanırsa, abreaktif faz o kadar kolaylaşır.

Çalışmanın abreaktif aşamasında, standart EMDR protokolü (Shapiro, 1995) disosiyatif kendilik sistemi ile çalışmak amacıyla değiştirilir (Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 1995). Bu çoğunlukla, önceki aşamada bahsedildiği gibi, önceden planlanmış bir travmatik anının fraksiyone edilmiş (parçalanmış) parçası üzerinde çift yönlü uyarım yapılmasını içerir. Fraksiyone abreaksiyon terapistin çalışmayı uygun seans süresi ve duygu titrasyonu sağlayan yönetilebilir parçalara bölmesini sağlar. Böylece çalışma danışana egemenlik ve kısmi rahatlama duygusu vererek ezici olmaz ve danışan için ulaşılabilir olur. Abreaksiyon

prosedürü, aşağıda ARCHITECTS başlığı altında daha derinlemesine açıklanmaktadır. Bununla birlikte ilk olarak, genellikle terapinin abreaktif ve sonraki aşamalarını tanımlayacağım.

DKB'li danışanların travma işlemlemesinin karakteristiği, terapistin her zaman onlarla çifte açmazda olmasıdır; tıpkı onların her zaman kendilerini çifte açmaza sokmaları gibi. Eğer kendiliğin bir parçası ile bir anlaşma sağlanırsa, diğer bir başkası kendini yabancılaşmış hissedebilir. Sanat, anlaşılabilecek bazı iyi nedenlerden dolayı hepsi orada iken, kendiliğin bütün parçalarına saygı içerisinde olmaktır. Bütünlüğün anlaşılması çıkmazların çözülmesi ile olur. Travma işlemlemesinde, çıkmaz için en iyi işlemleme, planlanmış ve fraksiyone edilmiş olmasına rağmen, en kapsamlı planlama bile kısa sürecek ve işlemleme muhtemelen ani ve beklenmedik dönüşler yapacaktır. Bu sürprizler çeşitli şekillerde olabilir: Başlangıçta beklenenden başka alter kişilikler dâhil olmuştur; ele alınan travma, işlemleme tarafından tetiklenen birçok travmadan veya daha erken travmalardan biridir; danışanın rıza gösterdiği şey, travma işlemlemesine hazırlıkta görünüşte anlaşılan şey değildir; veya işlemleme düğümlenmeleri ve düğümlenme için hiçbir alter kişiliğin açıklama belirtmemesi ya da seansın bitimine az zaman kalana kadar sorumluluk almaması. Her durumda terapist, neyi ve ne zaman işleyeceği ve neyi ve ne zaman içereceğini danışanla iş birliği içinde belirlemek için klinik yargıya güvenmelidir.

Tipik olarak, işlemleme sırasında çalışmanın "yıldız" parçasının "gözlerinden bakarken", ilgili alter kişilikler hayaldeki görüşme odasında toplanacaktır. Önceden planlananlara ek olarak, çalışmayı uygun sınırlama ile yönetmek için diğer aygıtların kullanılması gerekebilir (Paulsen, 1995). Örneğin, bunalmış gözlemciler ya "içeri sokulabilir" veya "kabarık beyaz bir bulut"a gönderilebilir, ya da yeterli mesafeyi korurken neler olduğunu

duyabilecekleri hoparlörlerle donatılmış bitişik bir odada beklemeleri istenebilir. Disosiyasyon veya uyuşma ile bunalma arasında bir yerde optimum uyarılma düzeyini korumak için yeterli duygusal mesafeyi korumak amacıyla herhangi bir sayıda cihaz eklenebilir. Bir alter kişilik uzaklık, kuvvet veya gücü garanti edebilmek için ekran ve mikrofon tercih edebilirken, diğeri kontrol paneli, plastik cam penceresi veya güvenlik için uzay elbisesi ya da şok tabancası isteyebilir. İşlemleme sırasında sendeleyen alter kişilik, pozitif kaynaklı bir veya daha fazla alter kişiliğin, tükenmiş alter kişiliğe güç vermek için yakınına getirildiği alter sistemin tekrar yapılandırmasından (Kluft, 1993a) yararlanabilir.

Beklenmedik herhangi bir değişim, terapiste, mevcut alter kişiliği tanıyıp tanımadığını gözlemlemesini, EMDR işlemlemesinin farkında olmasını ve devam etme onayını kontrol etmesini hatırlatmalıdır. İzin yoksa işlem durdurulmalı ve dikkatli bir kapanış ve sınırlama prosedürü uygulanmalıdır. Bu durumda, uygunsa, danışanın beklentilerini şekillendirecek bir metakognisyon, birkaç kısa çift yönlü uyarım seti ile yerleştirilebilir. Böyle bir metakognisyon bugün sıralarını sessizce bekleyenlerin yanı sıra katılan alter kişilikler arasında teşekkürün ifade edilmesi ile iyileştirici ve bütünlüğe doğru atılan bir adım olabilir.

"Sınırlama" ve "güvenli kapanış" buradaki parolalardır. Terapist, kapanış prosedürü sırasında, arta kalan materyalin kasada kalabileceği veya alternatif olarak tam bir barış, güvenlik ve rahatlama ile nötr bir şekilde incelenebileceği konusunda önerilerde de bulunabilir (Kluft, 1990a).

## Beceri Geliştirme

Tedavinin beceri geliştirme aşaması sınırlama aşaması gibi ayrı bir aşama değil tekrarlayıcı bir aşamadır. Disosiyasyona olan güven azaldıkça, danışanın beceri donanımını zenginleştirmek

önemlidir. Çift yönlü uyarım bu hedefe ulaşmak için bilhassa değerli olabilir.

Danışanın alter sistemi, somut terimlerle daha etkin alterlerle başarılı bir şekilde ilişkilendirilebilmeldir. Bu, genellikle daha yaşlı veya daha bilişsel yönelimli alterleri bulmayı ve onlardan yıllar boyunca yaptıklarından biraz farklı rollere veya daha iyi olacak "iş tanımlarına" adım atmalarını istemeyi içerir. Alter kişilikler tipik olarak ön koşul belirtirler; özellikle koruyucu alterlerin güç kaybetmesi durumunda veya diğerleri arasında çocuk alterlerin veya içe atılmış ebeveynli alterlerin göreve gelmeme konusunda. Terapistin rolü, terapistin, alter kişiliğin yeni rolü için gerekli becerileri öğrenmesine yardımcı olacağına dair güvence sağlamaktır; alterin sadece öğrenmeye istekli olmasına ihtiyacı vardır. (Paulsen, 2004b).

Beceri ne olursa olsun, terapistin, onun çevresel tetikleyicileri, bilişsel ve davranışsal bileşenleri ve onu yönetilebilir parçalara ayırmanın olası sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Çift yönlü uyarım, DKB'li bazı danışanlar için beceri bileşenlerini yüklemek ve güçlendirmek ve bu becerileri disosiyasyonun yerine kullanmanın nasıl bir şey olduğunu keşfetmek için kullanılabilir. Bu, başa çıkmanın alternatif yollarının kurulmasını içerebilir; böylece danışanın seçeceği bir menü olur, bu menü yeni keşfedilmiş ego gücünü ve çift yönlü uyarım kullanılarak güçlendirilebilecek pozitif kaynakları kullanır. Terapist, danışanın veya ilgili alterlerin, adaptif büyüme için gerektiği gibi; konuşma, hakkını arama, çatışma çözümü, bakım alma, sınır belirleme ve kendini koruma gibi belirli dil ve fiziksel hareketler edinmesine yardımcı olur. Çift yönlü uyarım, mevcut yeni seçenekler ve becerilerle hayat yaşamanın nasıl hissettireceği hakkında metabilişler yerleştirmek için de kullanılabilir.

## Bütünleşme

Yine bu aşama, ayrı şekilde tek başına değildir, daha ziyade tedavi boyunca devam eder. Bazılarında artık gerekli olmayan duvarları yıkmak için bir bütünleşme ritüeli olsun veya olmasın tam bütünleşme ile neticelenir.

Disosiyatif Masa Tekniği'nin ilk kullanımından itibaren, danışan bir dereceye kadar kolaylaştırılmış bir eş mevcudiyet deneyimleme ile bütünleşme yolunda küçük adımlar atar. Yani danışan, görüşme odasında kendiğininin birçok parçasını gördüğünden dolayı, yalnızca tek bir alter kişiliğin olmasına veya tek bir alterin başka bir alter veya ev sahibi tarafından işitilebilir olmasına göre daha fazla bütünleşme vardır. Onların eş mevcudiyeti bütünleşme yolunda ileriye atılan bir adımdır. İçsel iş birliği ve iletişim, sonraki adımlar boyunca kademeli olarak ortaya çıktıkça daha yüksek düzeyde bütünleşme elde edilir. Birçok danışan için, amnezik bariyerler eninde sonunda tedavi boyunca kendiliğinden parçalanır. Bu, ilişkisel sürecin doğal sonucu olarak anlaşılabilir.

Zamanı geldiğinde, ama daha önce değil, disosiyatif bariyerlerin düşmesi kritiktir. Bazı danışanlar için travmanın çalışılması aşaması boyunca ev sahibinin amnezisinin sürdürülmesi önerilmiştir (Fine, 1991). Bu, ev sahibinin bilmeme işini yapmasına ve hayattan sorumlu olmasına devam etmesini sağlar. Sahnelerin arkasında, alterler ve terapist travmayı arındırmak, sonuçları sentezlemek ve anlayış elde etmek gibi zor bir iş ile meşguldür.

Çift yönlü uyarımın eklenmesi, disosiyatif bariyerlerin kendiliğinden ortadan kaldırılmasına önemli ölçüde katkıda bulunma eğilimindedir. Çift yönlü uyarımın erken kullanımının kontrendike olduğu "alarm işareti" olmayan DKB'li danışanlarda, yavaş, kısa setlerin uygulanması erkenden ve tedavi boyunca

bütünleşme sürecine içsel iş birliğini arttırarak, alterler arasındaki çatışmalara ara buluculuk yaparak ve empati ile içgörüyü arttırarak katkı sağlayabilir.

Bazı danışanlar için, çift yönlü uyarım içeren kısa bütünleşme ritüelleri tedaviye güçlü katkılar sağlayabilir. Örneğin alter kişilikler "Biz biriz, biz benim." diyerek el ele verebilir ya da birlikte dans edebilir. (Belirli danışan ihtiyaçları için gerektiği şekilde değiştirilebilen ve çift yönlü uyarımın yararlı bir şekilde eklenebileceği diğer ritüeller için Kluft, 1990c ve 1990d'ye bakın.)

## Gelecek Şablonları ve Takip

Tedavinin sonuna başarıyla yaklaştıkça, şimdi DKB'den arınmış olan danışan, disosiyasyon olmadan ve terapiste düzenli erişim, sık randevu veya takibin olmadığı gelecek bir hayat için hazırlanmaya ihtiyaç duyar. Bu aşama, danışanın sanki tüm yolculuk ve süreç bir seyahatnameymiş gibi geriye doğru göz atması, terapötik çalışmanın yüksek noktalarını ve kilometre taşlarını baştan itibaren gözden geçirmesi ile başlayabilir. Bu aşama, danışanın, ne kadar başarılı olunduğunu ve kaç terapi milinin katedildiğini tam olarak takdir etmesini sağlar.

Ayrıca, kilit travmalar arındırıldığından, danışanın yaşam geçmişini bütünüyle gözden geçirmek de yararlıdır, böylece daha fazla sentez ve anlam ortaya çıkabilir. Standart protokol, ilişkisel öğrenme yoluyla bu sentezi güçlendirmek için uyarlanabilir.

Başka bir adım ileriye doğru göz atmayı içerebilir. Danışan bu şekilde, yaşamın ne anlama geleceğini ve tedavinin sona ermesinin ve kendi yaşamının disosiyasyon olmadan düzeltilmesinin şimdi nasıl olabileceğini hayal edebilir. Bunu başarmanın bir yolu danışanı bundan yıllar sonra, yaşamının sonunda, hayatının resim albümüne neleri dâhil etmek istediği hakkındaki imgele-

meye davet etmektir. Ne yazık ki bu albüm travmanın acısını ve kaosunu, tedavi yoluyla çözümünü ve danışanın gelecek için belirlediği diğer hedefler her ne ise onları içerecektir. EMDR'nin performans geliştirme protokolü bu amaç için faydalıdır. Terapist; iş, aile, yenilikçilik, fiziksellik, maneviyat, sağlık, arkadaşlar, topluluk, görev, eğitim, mutluluk, hobiler ve benzerlerini kıymetli bir gözden geçirmeye davet edebilir. Bu süreç danışanın bu çeşitli yaşam alanları boyunca düşündüğü ve yaşam için canlı, gerçekçi hedefleri çift yönlü uyarım kullanarak yerleştirmek için terapiye geri döndüğü ev ödevlerini içerebilir. Danışanın kişisel yaşam yolculuğunun kabulü ve çözümü gibi metakognisyonlar ve içgörüler çift yönlü uyarım kullanılarak güçlendirilebilir.

Büyük resim değerleri açıklandıktan ve hedefler belirlendikten sonra, danışanın bağımsız olarak veya daha az terapist temasıyla alacağı yönü içeren adımlar ve projeler canlandırılabilir ve kurulabilir. Bu geleceği hayal etme yaklaşımı başka bir yerde tanımlanmıştır (Paulsen Inobe, 2000) ve performans geliştirme yaklaşımından gelecek şablonlarına türetilmiştir; sporcular ve yöneticiler için üretilmiş ve burada disosiyatif danışanlarda kullanılmak üzere modifiye edilmiştir.

## ARCHITECTS: ABREAKSİYONLAR İÇİN BİR İŞLEMLEME

Baştan sona çözülmemiş travmatik materyal ile çalışmak tedavinin çekirdeği olduğundan, EMDR travma işlemlemesinin ana unsuru olan abreaktif sentez daha yakından incelemeyi hak eder. Shapiro'nun EMDR protokolünün sekiz aşamasını yakından takip eden, ancak disosiyatif danışanlar için uyarlanan, terapistlere abreaktif bir seansta rehberlik etmesi için ARCHITECTS adlı bir yaklaşım geliştirdim. Bu süreç parçalanmış abreaksiyon yak-

laşıma (Lazrove & Fine, 1996) ve taktik bütünleşmeci yaklaşıma (Fine, 1999) dayanmaktadır. Ondan bağımsız olarak geliştirilmiş olmasına rağmen benzer bir amaç için sunulan "çelenk protokolü" (duygusal yoğunluğu azaltmak için hipnoz ve EMDR müdahalelerinin devam eden ve döngüsel bir şekilde üst üste birbirine geçmesi ile adeta çelenk şeklinde örülmesi; Fine & Berkowitz, 2001) ile de tutarlıdır.

ARCHITECTS kısaltması terapistin ekipmanında anımsatıcı bir araç olarak sunulmaktadır. Terapiste, her bir abreaksiyonun olumlu sonuçlara ilerlemesi için dikkatlice planlanmasını hatırlatmaya yarar. ARCHITECTS dürtüsel değil planlıdır. Genel olarak süreç, durumun gerektirdiği şekilde çeşitli hızlandırmalar veya yavaşlatmalar ile duygu titrasyonu olarak anlaşılabilir. Bu, DKB'si olmayan bireyler için zorunlu değildir, ancak DKB'si olan danışan için zorunludur.

ARCHITECTS yaklaşımı aşağıdaki dokuz adımdan oluşmaktadır: Access/***Erişim***, Refine/*Arıtma*, Consent/*Onay*, Hypnosis or Imagery/*Hipnoz veya imgeleme*, Titrate/*Titrasyon*, EMDR/B-LS-EMDR/*Çift yönlü uyarım*, Closure/*Kapanış*, Technological Tranquility/*Teknolojik huzur* ve Stabilize, Synthesize, and Soothe/*Denge, Sentez ve Yatışma.*

**Access/*Erişim***: Danışan tolere ederse disosiyatif masa kullanarak veya sistemin terapiste nasıl sunduğuna uygun olarak danışanın kendilik sistemine erişin. Deneyimsel olarak, eğer DKB'li danışan sadece alterleri değiştirebiliyor ve ayrıntılı konuşamıyor veya disosiyatif masayı kullanamıyorsa; EMDR kullanımı ayrıntılı konuşmayı tolere edebilmek için yeterli bütünleşme gereksiniminden daha hafif olacaktır.

**Refine/*Arıtma***: Hedef daha önceki bir seansta seçilmiştir. Bununla birlikte terapist önceden seçilmiş bu hedefi görüşme

odasının dinamiklerinde neler sunulduğuna göre arıtacaktır. En iyi planlar, değişen sistem dinamiklerine göre ayrılabilir; kısacası, materyal terapisti seçebilir. Planların yerini farklı bir şey alsa bile, yine de terapist planlı olması sebebiyle plansız olmaktan daha iyi durumdadır.

**Consent/*Onay***: Terapist, kendilik sisteminin yeterliliğinden ilerlemek ve diğer alter kişilikler için destekleyici rolleri tekrar doğrulamak için nihai rıza almalıdır. Kendini bütünüyle güvenli ve nispeten rahat tutma çabasıyla, terapist işlemlemeye katılan kendiliğin parçalarına işlemleme bitsin veya bitmesin, kendileri için kapanış ve sınırlamanın gerekeceğini hatırlatmalıdır. Bu şekilde, danışan, zaman dolduğunda ve SUD 0 olmadığında, seansın her halükârda kesilmesi gerektiğine şaşırmayacaktır.

**Hypnosis or Imagery/*Hipnoz veya İmgeleme***: Terapist, gerekli kaynakları sağlamak, ego güçlendirme veya duygu titrasyonu için standart hipnotik transı veya disosiyatif masa gibi imgelemeyi kullanacaktır. Bu fraksiyonlama yöntemleri tipik olarak bir yoğunluk kontrol düğmesi, bir kasa, bir plastik cam duvar, bir bekleme odası, bir sallanan sandalye ve benzerlerini içerir. Terapist ve danışan, yalnızca, işlemlemenin yolunda gitmesini ve duygunun tolere edilebilir sınırlar içinde kalmasını sağlayacak kaynakları tedarik etme hayalleri ile sınırlıdır. Sistemin parçalarını işlemlemedeki rolleri için ayarlamak, hem danışanın hem de terapistin geçmişi ve tercihleri ile belirlenecektir. Günlük yaşamı yöneten kendiliğin ön parçasından, seansın sonunda geri dönebileceği anlaşmasıyla işlemleme için seansa katılmamasını istemek özellikle yararlıdır (Fine, 1999).

**Titrate/*Titrasyon***: Terapist, ilgili alter kişiliği isteyip, travmatik olayın anısını hatırlatarak travmatize sinir ağına erişir.

Yani, dikkati çeken parçanın egotize olduğundan veya "gözlerinden baktığından" emin oluruz. Standart EMDR protokolünün gerektirdiği gibi, danışanı ikili dikkat farkındalığında tutmak gereklidir. Aşırı uyarılma (geçmiş anıya dönüş/*flashback* ile gösterilir) veya uyuşukluk arasında optimal uyarılma düzeyinde tutmak önemlidir. Bu popülasyonda, geçmiş anıya dönüşlere (flashback) tutulma her zaman tehlikedir. Terapistin önceki aylarda yaptığı "ana odaklanma" ve danışanı, danışanın yaşadığı bedene, yer ve zamana yönlendirmesi burada önemini gösterecektir.

**EMDR/*BLS***: Terapist çift yönlü uyarımı her zamanki gibi başlatacaktır. Bununla birlikte terapist EMDR işlemlemesi sırasında ikili dikkat farkındalığını korumaya yardım etmek için "İşte bu ... Buradayım... Tam burada seninleyim... Bu sefer yalnız değilsin... Doğru... Bunlar eski şeylerdir..." diye sürekli söyleyerek daha yüksek bir bağlantı seviyesini sürdürmek isteyebilir.

DKB'li bir danışan ile, işlemlemenin sorunsuz bir deniz yolculuğu olması muhtemel değildir ve terapistin, duygunun titre edilmesi, ortaya çıkan alter kişiliklerin durdurulması ve müzakere edilmesi, gerekirse iç dinamiklere aracılık edilmesi ve kendiliğin farklı parçalarının yaşlarına uygun yeniden düzenlemeler sunulması ile gerektiği şekilde problem çözme ile uğraşması gerekecektir. Çift yönlü uyarım ilişkisel bir süreç olduğundan ve disosiyasyonun, DKB'li danışanın kendilik sisteminin en önemli özelliği olması nedeniyle bu adımda beklenmedik malzeme ortaya çıkacaktır ve bu beklenecektir. Terapistin daha önce hiç tanımadığı kendilik parçaları işlemleme ile ortaya çıkabilir. Bu durumda, terapist kendini tanıtmalı ve danışanın ne yaptığını bilip bilmediğini ve devam etmenin uygun olup olmadığını sormalıdır. Uygun değilse oturum kapatılmalıdır. Uygunsa işlemleme devam edebilir. Tanım olarak, travmanın bir parçasını yapmak, travmanın tek bir seansta tamamen bitmeyeceği anlamına ge-

lir. Klinik karar, danışanın ne zaman durması gerektiğine ilişkin belirttiği tercihlerle iş birliği içinde kullanılmalıdır. Fraksiyone abreaksiyon modelinde, hem terapist hem de danışan, işlemlemenin kısmi olmasını beklemektedir.

**Closure/*Kapanış***: Terapist seans içerisinde yeterli zaman ayırarak bir çözüme ulaşıp ulaşmadığına bakılmaksızın kapanış, anda tutmak, yolculuk için danışanın kendine gelmesi amacıyla uygun bir şekilde işlemlemenin durduğundan emin olmalıdır. İki adımda kapatmak faydalıdır (Paulsen ve Golston, 2005). İlk olarak, DDDB materyallerinin kontrol altına alınması gerekir. Bir terapist, kutular, kavanozlar veya plastik saklama kap görüntüleri kullanarak işlenmemiş artık DDDB ögelerini kontrol altına alabilir. Sınırlama kabı bir kasanın içine konabilir ve örneğin ağır bir kadife perdenin arkasına bir asansör ile indirilebilir.

İkincisi, ego durumları kontrol altına alınmalıdır. Terapist, oturumu kapatmak için imgeler ve önceden belirlenmiş koşullu yanıt dili aracılığıyla ihtiyaç duydukları kaynakları sağlayarak katılımcı alter kişilikleri yatıştırmalı ve sınırlamalıdır. Kendilik sistemini, alter kişilikleri güvenli yerlerine sokmak veya kabarık bir beyaz bulutun üzerinde bırakmak gibi klasik koşullu imgeler kullanarak kapatmak yararlıdır. Hem güvenlik hem de ön parçanın sürekli iş birliğini sağlamak için kendiliğin ön parçasını, eve gidebilmek amacıyla yürütme rolüne geri döndürmek önemlidir.

Şu önemlidir; (ve tedavinin önceki aylarında iyi kurulmuş olacaktır) kendiliğin ön parçası anıyı, detoks sonrasına kadar bilmemeye izinli olmalıdır. Diğerleri, bu düzenlemenin, onlara nasıl fayda sağlayacağı konusunda somut terimlerle hatırlatılmaya ihtiyaç duyabilirler. Hem kendiliğin ön parçasının hem de amnezi bariyerinin arkasındaki parçalarının, şimdi ön parçayı travmatik materyalin farkındalığına getirmenin zamanı olmadı-

ğını anlaması ve kabul etmesi çok önemlidir. EMDR ile travmanın arındırılması sırasında stabiliteyi korumanın anahtarı, ön parçanın gerçek hayatta gerçek insanlarla etkileşime girerek "yaşamaya" ve "insanları karşılayan yüz olmaya" devam etmesidir (Paulsen, 2004a, 2004b).

**Technological Tranquility/*Teknolojik Huzur:*** Terapist, daha önce danışanın tedavi geçmişinde ve acil durumlarla ilgili ofis politikasında belirlendiği gibi, danışanın seanslar arasında ortaya çıkan artık işlemlemeyi; telefon görüşmesi, rahatlama kasetleri, kelebek sarılmaları veya diğer iyi prova edilmiş kendini yatıştırıcı prosedürler gibi bir yöntemle sınırlamayı ve yatıştırmayı kabul ettiğinden emin olmalıdır. Bir EMDR seansından sonra, aynı zamanda hem rahatlama hem de rahatsızlık olması olağandışı değildir. Kendiliğin ön parçasının işlenen anıları bilmemesine izin verilmelidir.

**Stabilize, Synthesize, and Soothe/*Denge, Sentez ve Yatışma*:** Bir sonraki vizitte terapist, danışanın durumuna göre, konuşma, imgeleme veya çift yönlü uyarım yoluyla kazançları sentezlemeyi veya pekiştirmeyi vurgulayacaktır. Eğer danışan hazır hissetmiyorsa ilave EMDR yerine yatıştırıcı ve yeniden stabilize edici prosedürler gerekir. EMDR, sadece danışan yeterince stabilize olduğunda, parçalanmış abreaksiyon dizisindeki bir sonraki parçada devam ettirilmelidir. Danışanın bunalmasını ve destabilizasyonunu önlemek için çalışmanın hızını ayarlamak kritik önem taşır. Kilit anıların sentezlenmesi haftalar alabilir. Sentezin çoğu bilinçli farkındalığın dışında derin bir seviyede gerçekleşir. İlişkisel bağlantılar uyanık ve rüya durumlarında oluşmaya devam edecek ve birçok alter kişiliğin değişiklikler ve gerçekleşenler hakkında söyleyecek sözleri olacaktır. DKB'siz bir danışan EMDR'nin yardımıyla bu çabayı gösterebilirken, DKB'li bir danışan EMDR'yi hemen

daha fazla tolere edemeyebilir. Terapist, dikkatli klinik yargıyla danışanın kapasitesine göre çalışmanın hızını ayarlamalıdır.

## ÖRNEK VAKALAR

Aşağıdaki vakalar, daha önce açıklanan anahtar göstergelerin varlığına veya yokluğuna bağlı olarak EMDR'nin nasıl kullanılacağına ve disosiyatif danışanlarla birlikte kullanılıp kullanılmayacağına karar vermedeki geniş varyansı örneklendirmek için seçilmiştir. Tedavi, bazıları için kısayken bazıları için uzun ve karmaşıktır; bu nedenle tedavi sürecinin ayrıntılarının çoğu özü korumak hatrına hariç tutulmuştur. Tüm isimler hayâlîdir ve tüm tanımlayıcı bilgiler değiştirilmiştir.

### Shelley: Alarm İşaretsiz DKB

Shelley 22 yaşında beyaz bir kadın, üniversite mezuniyetinden sonra tanıdığı biri tarafından tecavüze uğramış. Bir arkadaşı tarafından bana yönlendirilmişti. Varlıklı bir ailenin tek çocuğuydu ve bir dairede yalnız yaşıyordu. Ağır TSSB semptomlarından dolayı ilk gerçek işine girme ve bunu elinde tutma kabiliyeti tehlikedeydi. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği skoru olası 100 üzerinden 32 idi. Doğrudan sorgulamada Shelley yaşamı boyunca aralıklarla depersonalizasyon ve derealizasyon sorunlarının olduğunu, ancak bu durumun tecavüzden sonra çok daha yoğun olduğunu bildirmişti. Ayrıca tecavüz sonrası şiddetli kâbuslar, anıya geri dönüşler (flashbackler) ve baş ağrıları başlangıcına sahipti. Kendini tedavi etme amaçlı alkol tüketimini önce arttırmış ancak devamında alkolün depresif etkileri hakkında eğitildikten hemen sonra azaltmıştı. Sık sık kendini izliyormuş gibi hissettiğini ve bir sefer olduğunda birkaç saate kadar süren zaman kaybı yaşadığını bildirdi. Hayatın çok daha erken dönemlerinde mevcut olabileceğine inanmasına rağmen,

tecavüzden önce kendi bildirmesine göre zaman kaybı yoktu. Shelley, onun bebek bakıcılığından sorumlu olan bir amcası tarafından birkaç yıllık süre içerisinde gün boyunca sık sık, çocuk cinsel istismarı öyküsü olabileceği izlenimi edindiğini bildirdi.

Shelley ikinci ziyaretinde "Öfke, Üzüntü, Utanç ve Korku" olarak adlandırdığı, kendiliğin birkaç parçası ile iletişime geçmek için disosiyatif masa kullanmayı rahatlıkla kabul etti. Her parça, amnezi epizotları sırasında bedenin yönetici kontrolünü ele geçirdiğini iddia etti; Utanç ve Üzüntü sadece birkaç dakikalığına kontrolü eline alıyordu; Öfke, kontrolü en fazla ele alandı (Shelley'nin tahminlerine göre birkaç saat). Öfke, ayrışmışlığıyla en fazla kuşatılandı, ancak bazı DKB vakalarında olduğu kadar değil. Gerçekten de her bir parça iletişime ve uyuma kolayca izin verdi ve eğitime uygun şekilde cevap verdi. Örneğin, parçalar başlangıçta aynı bedenin içinde olduklarını bilmiyorlardı. Kısa bir tefekkür üzerine, terapistin bir kişi olduklarına dair hipotezinin deneysel yaklaşımını benimsemeyi kabullendiler. Bu bilgiyi ve sonuçlarını doğru olarak kabul etmeye nispeten hızlı bir şekilde ulaştılar.

Ek olarak her parça, terapistin empatik dinlemesini ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmayı teklif etmesini takdir etti. İçsel çatışma mevcuttu, ancak ego durum terapisinin kullanılmasıyla birlikte çok işlenebilir ve arabuluculuğa yatkındı. Örneğin Öfke başlangıçta çok zayıf ve "çıtkırıldım" gözüktükleri için Utanç ve Korku'ya karşı sabırsızdı. Öfke Utanç ve Korku'nun çözülmemiş travmatik anı depolarını onların çözmelerine destek olmak için terapiste yardımcı olmayı kabul etti, böylece onlar Öfke'nin görmek istediği gibi daha da güçlenebilirlerdi. Shelley alkol tüketimini sosyal seviyelere düşürdükten sonra EMDR işlemlemesini kontrendike eden hiçbir alarm işareti yoktu.

Standart EMDR hazırlığı, fraksiyone abreaksiyon değişikliği ile yürütüldü. Her alter kişilik son tecavüz olayını hedef aldı. Terapist, tecavüz olayının büyük olasılıkla erken yaşam deneyimlerinden, benzer eski duyguları harekete geçirdiğini tüm kendiliğe açıkladı. Her bir parça bunu kolayca kabul etti. Shelley'in egosu ve küçük bir eğitim ile ev sahibi de eğer parçaların endişelerini, amnezisini ve çocukluk cinsel istismar anılarını ele alırsa, bunun kolektif çıkarları için iyi olacağını kabul etti. Eğer tecavüz materyali ve onun bağlantıları izin verilen işlemleme süresine sığmazsa, daha sonraki bir zamanda işlemlemenin tamamlanması için arta kalan materyalin kontrol altında tutulması ve yatıştırılmasının gerekli olacağı önceden anlaşılmıştı.

Planlandığı gibi, geri kalanların her seferinde kontrol altında tutulmasıyla birlikte, kendiliğin her bir parçası bir veya daha fazla EMDR işlemleme seansının "yıldızı"ydı. Yaklaşık on iki hafta boyunca seansların hedefleri ego durumlarının gözünden görülen çocukluktaki taciz olaylarıydı. Önce Öfke, sonra Korku, Üzüntü ve Utanç'a ait tacizin kendisinin ayrı hedefleri ele alındı; sonra Shelley'nin yardım almak ve inanılmak istediğinde anne ve babasının tepkisizliği.

Kapanış her seansta iki aşamada kontrol altında tutma imgelemeleri kullanılarak yapıldı: İlk olarak, arta kalan DDDB ögelerinin saklama kabının içine konulup danışan hava geçirmez kapağın "çıt çıt" kapanış sesini duymasıyla birlikte kapanış, ve ikinci olarak kendilik parçalarının her zamanki güvenli alanlarına sokulup (Öfke, eve giderken dikkat ve güvenlik için yüzeye yakın durması gerekmedikçe) kendilik sisteminin kapanışı. Kapanış ayrıca, günlük çalışmaların, ilerleme tohumlarının ekildiği veya iyileşme yolunda ek adımlar atıldığı şeklinde çerçevelendiği kısa çift yönlü uyarımla metakognitif yüklemeyi de içermekteydi.

İşlemleme, dağılma veya gerileme ile sonuçlanma eğiliminde değildi. Tedavi boyunca Shelley, toy hissettiği bir durum hariç, semptomlarda sürekli bir azalma bildirdi. Bu hafif regresyonu ele almak amacıyla imgeleme kullanılarak derin bir iyileştirici müdahale yapıldı. EMDR dizisi, kâbusların ve anıya geri dönüşlerin (flashback) hemen kesilmesiyle sonuçlandı. Seanslar arasında ve takipte hiç kriz çağrısı olmadı, kalan her bir parça, seanslar arasında materyal parçalarının kontrol altında tutulması talebini anlamış ve buna uymuştur.

Ev sahibi bu taktiklerin hiçbirine direnmedi, ancak Shelley aileyi, erkek arkadaşını veya iş görüşmelerini içeren mevcut yaşam sorunları hakkında konuşmak için bazı zamanlarda hatırı sayılır miktarda çift oturum gereği duydu. Ev sahibinin rolü "yaşamı götürmek" olduğundan, bu sorunlar problem çözme ve bilişsel-davranışçı müdahaleler için meşru terapötik içerik olarak ele alındı. Travmatik materyal içeren parçalar, genellikle sabırla sıralarını beklediler. Öfke ara sıra, ev sahibinin çok fazla terapi süresi kullanması hakkında kızgınlığını ifade edecekti, daha sonra ev sahibi, terapistin hafif yönlendirmesiyle parçaların ihtiyaçlarına uyum sağlayacaktı.

Tecavüz işlemlemesi sırasında çocukluk travma anılarının boyutları akla geldi. Bunlar, materyalin duygusal teması ve işlemleme sırasında kendiliğin "gözlerinden bakan" parçasının (mevcut) işlevi ile tutarlıydı.

Tedavi dört ay boyunca on beş çift seansı kapsadı. Shelley'nin, erken taciz deneyimleri hakkında yetişkin bir bakış açısına sahip olmak dâhil olmak üzere gelişimsel kilometre taşlarında hâkimiyet elde ettiği görüldü. Önemli olarak, tecavüz deneyimi hakkında bir dergi makalesi yazmayı seçti ve bunu yaparken ek hâkimiyet elde ettiğini bildirdi. Erkek arkadaşı seçiminde daha iyi yargıya sahip olmaya başladı. Tedavinin son iki haftasında,

ego durumları, ayrı olmaya artık ihtiyaç duymadıklarını bildirerek kendiliğinden çözüldü. Shelley tedavi sırasında edindiği işin bir parçası olarak Dallas'a taşındıktan sonra tedaviyi sonlandırdı. Altı aylık takipte, hiçbir aksilik ya da disosiyasyon kullanımı olmadan kazanımları devam ediyor. Shelley şu anda erkek arkadaşıyla bir ilişki içerisinde. Ciddi ve sağlıklı olarak tanımladığı, hayatında türünün ilki olan bir ilişki.

Bu vaka, yüksek disosiyatif bir danışan için ideal ve optimal EMDR tedavi sonucunu temsil etmektedir. Bu vaka EMDR ve ego durum terapisi ile TSSB ve disosiyatif semptomatolojinin ne kadar hızlı, hatta anlamlı çözülebileceğini örneklendirmektedir. Danışan aslında DKB çizgisinin hemen içinde olmasına rağmen ve ayrışmışlıkla çok az kuşatılma olsa da amnezi, işletimin farklı modlarında olduğu gibi mevcuttu. Disosiyatif masa, ego durumu veya bilişsel müdahale kullanılarak çözülemeyen bir düğümlenme problemi yoktu.

### Ronald: Alarm İşaretsiz DKB

Ronald, depresyon, anksiyete ve belirgin disosiyasyon şikâyetleriyle tedaviye katıldı. Ronald'ın, karısıyla birlikte alışveriş gezilerine çıkdığında ortaya çıkan şimdiki zaman amnezisi vardı; gezi sırasında, kendisini üzgün ve tükenmiş halde oyuncak mağazalarında buluyordu. Şu anda paramedik olarak çalışırken önceki kariyeri itfaiyecilikti. Disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı 42 idi. Ara sıra olan şimdiki zaman amnezisi ve seans içindeki ve dışındaki aşikâr değişime dayalı olarak, Ronald DKB tanısı için ancak yeterliydi.

Ronald başından beri ego durum yaklaşımına uyumluydu. Görüşme odasında hemen mevcut olan Ronnie, Toddler ve Teen vardı. Tedavinin yaklaşık altı haftası içinde, görüşme odasında annenin ve büyükannenin içe atımlarının her ikisi de mevcut-

tu. Başlangıçta kendilerinin dış anne ve büyükanne olduklarına inansalar da, aynı bedende olduklarının somut bir şekilde gösterilmesi üzerine (yetişkin erkek danışanın bedenine ve kıyafetlerine gözlerinden bakmalarını sağlayarak) Ronald'ın parçası olduklarını kabul ettiler. Her iki içe atım, terapistin, koruyucu rolleri için teşekkürünü ifade etmesi üzerine Ronald'ın sağlığa doğru ilerlemesi için iş tanımlarının değiştirilmesine uyumluydu.

Ronald dağılma veya taşma olmadan, her iki haftada yaklaşık bir standart EMDR seansını tolere edebiliyordu. EMDR seansları tamamen Ronald'ın katı ve ihmalli yetiştirilmesine odaklıydı. Ronald'dan hayatta hiçbir ihtiyacının veya duygusunun olmaması gerektiği beklenmişti. Bu yüzden bütün ihtiyaç ve duyguları disosiye edilmişti. EMDR bu sıkışıp kalmış duyguların boşaltılmasını sağlamıştır. EMDR ayrıca, Ronald'ın, bilgilendirilmemiş bir itfaiyeci olmanın travmatik anıları için de uygulanmıştır.

Ronald, tedavi boyunca istikrarlı şekilde, zaman kaybı ve depresyon ile anksiyetenin diğer semptomlarında azalma yaşadı. Duygusal işlemlemesi güncelleştikce, annesi ve büyükannesi tarafından "günah" olarak kabul edilmiş yenilikçi sanat ve yazı aktivitelerine kendisini adamak için enerjisi müsait hale geldi. Tedavinin sonunda, bu içe atımların sistemde hiçbir gücü yoktu ve Ronald, evliliğinde ve iş yerinde ihtiyaç ve duygulara sahip olmakta ve onları ifade etmekte özgürdü. Bir yıllık tedavinin sonunda terapist Ronald'ın alanından ayrıldığında hayatında ilk kez sanat çalışmasıyla ilgilenebildi ve yaşam kalitesi çok düzelmişti. Sonraki bir terapistle terapiye devam etti, ancak artık disosiyatif bir bozukluk için kriterleri karşılamıyordu.

Hem Shelley hem de Ronald ile çalışmak kolaydı, tedavi ile uyumlulardı, güvenilir raportörlerdi. Borderline patolojileri yoktu. Bu iki vaka, aşağıdaki daha zor vakayla tamamen tezat teşkil etmektedir.

## Georgina: Alarm İşaretli Ağır DKB ve Aşırı Ambivalans

Georgina, şimdi benimle tedavinin dördüncü yılında, kırk sekiz yaşındaki bir ev hanımı, dört çocuk annesi ve bir seramik sanatçısı. Çok zeki ve yenilikçi. Bu yaşam alanlarında semptomatolojisinin kapsamı hesaba katıldığında iyi fonksiyon görür. Georgina DKB, Borderline kişilik bozukluğu, Bulimia ve Bipolar Bozukluk tanılarını taşımaktadır. İlk vizitinde, terapist güvence ve kabul sağlamaya çalışırken neredeyse tüm seansı fetal bir pozisyonda sallanmayla geçirdi. Standart bir yapılandırılmış görüşme yapmak ya da bir disosiyasyon testi uygulamak aylarca mümkün olmadı. Georgina'nın yaşam öyküsü hakkındaki araştırma girişimleri, aniden söze giren, terapistin soruları ve yeterliliğiyle dalga geçen George adlı öfkeli koruyucu alter kişiliğin sunumu dâhil olmak üzere hızlı bir geçişle sonuçlanacaktı. George açıkça hiçbir terapiste güvenilmemesi gerektiğini bildirdi. Eğer doğruysa terapistlerin ciddi sınır ihlallerini gösteren, önceki terapistlerle olan deneyimlerini anlattı.

Ev sahibi Georgina, kendisini çevresindeki herkesin çaresiz bir kurbanı olarak tanımlayarak tükenmiş ve bunalmış görünmekteydi. Kolları ve bacakları, yakın zamanda kesilme veya başka bir self-mutilasyon belirtilerini kanıtlıyordu, ancak yakın zamanda intihar girişimi olmamıştı. Hastane yatışı sıktı, ancak tedavi süresince sıklığı azalmıştı.

Georgina sık sık, ondan nefret ettiğime ve iğrenç olduğuna dair kesin inancını yansıtırdı. Psikiyatristi ve ben bir ekip olarak; her birimizi diğerine öfkeli, zalim, terk eden, beceriksiz ve ilgisiz olarak sık sık tanımlarken bölünmeye neden olan birçok davranışına bakış açımızı koruyabildik.

Uygun bir terapötik ilişkinin doğasını tanımlamak için tek-

rarladığım girişimlere rağmen, çocuk durumlar onların yeni anneleri olup olmadığını sorarak görüşmelerde görünürdü. Ev sahibi, çocukluk açısından neredeyse tamamen amnezikti ve çocuk alter kişilikler anıya geri dönüşlerle (flashback) ve kâbuslarla mücadele ediyordu. Georgina sınırlama ve duygu düzenleme girişimlerime, küçümseyici ve kibirli işaret ve davranışlarla direndi.

Çocuk durumlar görüşmede göründüğünde, müşterek şekilde, alkolik ve öfke müptelası olduğu anlaşılan annesi tarafından görmezden gelinen ve babaları tarafından uygulanan sadistik yalancı tıbbi muameleleri anlatırlardı.

Çeşitli alter kişiliklere uygun terapötik sınırların doğasını tanımlamamla birçok seans geçti, hiçbiri sınırlara çok iyi uymadı. Georgina zamanla, iş birlikçi alter kişiliklerin vasıtasıyla öğretilen kontrol altına alma becerilerinin esasını kademeli olarak özümsedi. Öfkeli bir koruyucu alter kişilik, sadece ev sahibine uygulandığını söyleyerek ofis politikası broşürünü bir kenara attığını belirtti.

Georgina, aşırı çarpıklıklar ve ithamlar karşısında benden bedene yansıyan hafif düş kırıklığı sızıntısı fark ettiğinde, şu anda sanki ben failmişim gibi, aşırı uyum ve titremeye kendini kaptırıyordu.

Özetle, tedavinin ilk üç yılında, en hafifi EMDR olmak üzere herhangi bir abreaktif prosedürü kullanma işlemi için ön koşulların hiçbiri bu danışanda karşılanmamıştır. Uyum aralıklıydı. Self-Mutilasyon içeren alarm işaretleri mevcuttu. Georgina iç durumu hakkındaki rapora güvenmedi ve rahatsız edici bir andan çıkmak için her ne gerekiyorsa söyledi. Üçüncü yıla kadar iç sistemine tutarlı bir şekilde erişmeme izin vermedi. Gerçekten de terapinin kendi adına sıkı çalıştığı fikrini benimsemedi. Danışan terapide çok çalıştı, ancak nadiren önerdiğim şey üzerinde

çalıştı. Bu nedenle tam kontrole sahip olamamaktan korkuyordu.

Kısacası, başarılı terapi sonuçlarının prognostik işaretlerinin hiçbiri mevcut değildi. (Kluft, 1994). İronik bir şekilde Georgina'nın ailesi, Georgina'nın mevcut ekibiyle tedavi altındayken, tedavinin önceki pek çok yıllarına göre daha iyi iyileştiğini bildirdi! Bu, bir dereceye kadar, sınırlar hakkında sıkı ısrarlar ve yeniden eğitim, aktarım alanındaki yansıtmalı özdeşime rağmen tutarlılık girişimleri ve kaynak geliştirme ile temel kendi kendini yatıştırmaya yönelik birkaç başarılı girişim nedeniyle olabilir.

Ben olumlu görüntüleri (iyileşmek için tohum ekme ve iyileştirici bir beyaz ışığa giden yol üzerinde adımlar atmaya başlama) tarif ederken danışan kendi bacaklarına hafifçe vurarak (bunları kendimde modelledim) çok kısa çift yönlü uyarımlarla kaynak geliştime (6 vuruşluk yaklaşık iki veya üç set) uygulandı. Kendini yatıştırıcı beceri geliştirme çift yönlü uyarım ve yine kendi kendine dokunma şekli (Georgina' ya Kozmik Bilinç konusunda uzun süredir devam eden inancını hatırlatırken başka bir ego durumu "varlığımdaki her lifle" terapiye yardımcı olmaya söz verdi.) kullanılarak başlatıldı. Ayrıca, manevi ego durumlarını öne çıkaran favori ilahileriyle kendini sakinleştirebildiğini buldu.

Terapide yaklaşık üç yıllık bir çizgide, Georgina kendini yatıştırmak için bu duruma dönmeyi hatırlamaya başladı, ancak bunu yapmak için yine de daha yaygın olarak yönlendirilmeye ihtiyaç duyuyordu. Çocuk durumları, bir seansın sonunda sınırlama ve kapanış için gerekli koşullu yanıtı geliştirmeye başladılar. Onları içeri sokmayı tamamlamak için yapılan 10 dakikalık telefon görüşmeleri haftada yaklaşık bir defa olurken kriz aramaları önceki yıllara göre çok daha nadir oluyordu.

Pozitif iç kaynaklardan oluşan bir kadro, Georgina'yı has-

taneden uzak tutmak gibi belirli-sınırlı hedefler için birlikte çalışmaya başladı. Bu kadro, koruyucu sıfatıyla Georgina'yı, kendi yatıştırıcı rolündeki Kozmik Bilinç'i, iyi huylu bir genci ve Georgina II adlı organize bir yöneticiyi içermektedir. Bu kadro şimdi içsel görüşme odasında ve son zamanlarda terapi seansının dışında kendi başına buluşuyor. İlginç bir şekilde, Georgina bunu yapmak konusunda en dikkatli olandı.

Bu vaka, travma çalışması için erken EMDR'nin denenmemesi gereken danışan türünü mükemmel şekilde örneklendirmektedir. Georgina, abreaktif travma çalışmasına hazır olmadan önce yıllarca ego durum çalışmasına ihtiyaç duydu.

Çift yönlü uyarım kullanan ilk müdahaleler standart protokollerden farklı olarak çok kısa müdahalelerdi. Bir seansta, içe atılan anne ile dış anne ve "iç anne"nin, dış annenin değil Georgina'nın parçası olduğu gerçeği hakkında sohbet ediyordum. Yaklaşık otuz saniye çift yönlü uyarımdan sonra, daha önce dış annenin danışana herhangi bir kötülük yaptığını inkâr eden "içe atılan" anne, aniden dış annenin kasıtlı olarak yaptığı kötülüğünü hatırladı. Bu durum, iç dinamiklerinde bir değişime neden olan, onun büyük üzüntüsüne ve yeni bir farkındalığa sebebiyet verdi. Bu, daha fazla veya daha az "içe atım"ın olduğu heyetle birlikte, tedavi ve terapinin öncekinden daha emin adımlarla yavaşça ilerlemesine izin vermesiyle birlikte tedavide bir dönüm noktasıydı.

Bu yazı yazıldığı sırada, Georgina'nın tedavideki üç buçukuncu yılında; ARCHITECTS yaklaşımı kullanılarak -her ne kadar her biri iç kendilik yapısı üzerindeki büyük etki nedeniyle kısa bir dengesizlik dalgasına neden olsa da- üç fraksiyone EMDR tedavi seansı iyi sonuçlarla yürütüldü. Üç seansın odağında yoğunlukla, işlemleme için kontraendike olan mevcut alarm işareti olmamasını ve sistemin çoğunluğunun EMDR'ye

onay vermesini sağlayan hatırı sayılır derecede planlama vardı. Ayrıca, alter kişiliklerin herhangi bir endişesinin ele alınmasını ve dengesizlik durumunda bir güvenlik planının kabul edilmesini sağladım. Prosedürü tamamlamak için yeterli zamanın sağlanması amacıyla uzatılmış seans planlanmıştı. Çalışma, danışanın annesinin küçük çocuğa, Küçük Georgina'ya işkence etmesinin rahatsız edici bir anısının ele alınması üzerine planlandı.

Bu genişletilmiş oturumun başlangıcı, sistemi aşağıdaki gibi hipnotik olarak hazırlamaya ayrılmıştır: Ev sahibi, Georgina, ormanda yürüyüşe çıktı; fail içe atımlar (onlardan dördü) gemi yolculuğuna çıktı; pozitif kaynak ekibi (dört alter kişilik), danışanı çalışma için güçlendirmek amacıyla el ele tutuşarak bir daire içinde durdu; ve hedeflenen anı ile ilgili olmayan diğer parçaların hepsi, EMDR onların biraz sarsılmasına neden olsa da, güvenli olabileceklerini bildikleri bir kiliseye doluştu. Olumlu kaynaklardan biri olan Dünya Anne, gücünü vermek için küçük Georgina'yı kucağında tuttu ve EMDR hafif vuruşlarla uygulandı.

Küçük Georgina EMDR'nin konusuydu, ve Georgina, annesi tarafından kasıtlı olarak yakılma anısını dışa vurdu. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, anneye ait içe atım, vaktinden önce içeri sokulsa ve çalışmayı kabul etmiş olsa da, EMDR'nin abreaktif çalışması kendisi bu noktada acı çeken "anneye ait içe atım"ı öne çıkardı; buna karşılık Küçük Georgina rahatlamayı başarmıştı. İçe atım'a gerçekte kötülük yapan dış annenin o olmadığını hatırlatmam üzerine, tüm bu yıllar boyunca toksik anne enerjisini tuttuğu için ve küçük olanı sıkı kontrol altında tuttuğu için (ki bu, onu, gerçek dış anneden gelecek beladan mümkün olduğunca uzak tutmaya hizmet etmiştir) onu yeniden eğittim ve takdir ettim.

Yarısı, EMDR kullanılarak fraksiyone abreaksiyona harcanan doksan dakikalık seansın sonunda Georgina bitkin düştü.

Kapanış için arta kalan DDDB elemanlarını saklama kabında güvence altına aldık ve bu kabı hipnotik bir kasanın içine koyduk, daha sonra katılan tüm alter kişilikleri takdir ettik ve onları kabarık beyaz bulutlara soktuk. İlerleyen günlerde Georgina şu şekilde kriz çağrıları yaptı: İçe atımın kendisi, anne kostümünde çok ufak bir çocuğa dönüşmüştü, kendini mahrum ve terk edilmiş hisseden bir çocuğa. Dünya çok değiştiği için, bu sistem bir bütün olarak ürkmüş hissetmesine neden oldu. Onlar ilk kez annenin (dış veya iç) hükmü altında değildi.

Georgina'nın ailesi iyilik hali bildirmeye devam ediyor. O, çocukluk deneyimlerinin gerçekliğinin gerçekçi kabulüne doğru ilerliyor. Ben başka bir şehre taşındım, ancak Georgina'nın mevcut terapistinin onayı ile bir takip çağrısı yaptım. Georgina, EMDR seanlarının tedavisinde dönüm noktaları olduğunu, ondan sonra, ona ne olduğunu bildiğini ve kabul ettiğini söyledi. Kötü kullanılan hayatına ve terapistinin eş zamanlı kaybına üzüldü. Takip çağrısı için minnettar oldu. Şimdi duvarların kendi çıkarına aşağı indiğini söyledi. Böylece şimdi sadece "bir çift ayak parmağı" vardı. Georgina, ailesi ve mevcut terapisti, onun büyük ölçüde artan kararlılığına işaret etti.

## SONUÇ

EMDR ve ego durum terapisi, birbirlerinin doğal tamamlayıcısıdırlar ve her ikisi de, abraktif çalışma işlemlemesi kriterlerini karşılamayan DKB'li danışanlar hariç, DKB tedavisinde hizmet eder. İkisinin sırayla ve kombinasyon halinde becerikli kullanımı, klinisyenin hem terapötik hem de abreaktif işlemlemedeki gerginliği ayarlamasına izin verir. Bu, uygun ego güçlendirme ritmini ve acılı içgörü, sınırlama ve açığa çıkarmayı sağlar, bu da yavaşça bütünleşmeye öncülük eder.

## Kaynaklar

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1989). Development, reliability and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727–733.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. Part II: Treatment. Dissociation, 1(2), 16.

Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. Journal of Trauma and Dissociation, 2(1), 7–37.

Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the MPD patient. Psychiatric Clinics of North America, 14, 661–676.

Fine, C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), Clinical perspectives on multiple personality disorder (pp. 153–153). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fine, C. G. (1999). The tactical integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. American Journal of Psychotherapy, 53(3), 361–376.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. American Journal of Clinical Hypnosis, 43(3/4), 275–290.

Foster, S., & Lendl, J. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks. Consulting Psychology Journal: Research and Practice, 48(3), 155–161.

Fraser, G. A. (1991). The Dissociative Table Technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy.

Dissociation, 4(4), 205–213.

Fraser, G. A. (1993). Special treatment techniques to access the inner personality system of multiple personality disorder clients. Dissociation, 6 (2/3), 193–198.

Klein, M. (1975). Love, guilt and reparation and other works, 1921–1945 (M. Masud R. Khan, Ed.). London: Hogarth Press.

Kluft, R. P. (1990a). The fractionated abreactive technique. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 527–528). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1990b). The slow leak technique. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 526–527). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1990c). A fusion ritual in treating multiple personality. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 339–341). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1990d). Another fusion ritual. In D. C. Hammond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 341–342). New York: Norton.

Kluft, R. P. (1993a). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. Dissociation, 6(2/3), 145–161.

Kluft, R. P. (1993b, June/Sept). The treatment of dissociative disorder patients: An overview of discoveries, successes, and failures. Dissociation, 6(2/3), 87–101.

Kluft, R. P. (1994). Clinical observations on the use of the CSDS dimensions of therapeutic movement instrument (DTMI). Dissociation, 7, 272–283.

Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of effi cacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology, 58(12), 1465–1487.

Lazrove, S., & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in clients with dissociative identity disorder. Dissociation, 9, 289–299.

Levine, P. (1997). Waking the tiger. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Nijenhuis, E .R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Journal of Nervous and Mental Disease, 184, 688–694.

Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. Dissociation, 8(1), 32–44.

Paulsen, S. L. (2004a, September). Ego state therapy and EMDR: Activating, modifying, and containing dissociated neural nets. Invited Masters Series Lecture presented at the EMDR International Association Annual Conference, Montreal, Quebec, Canada.

Paulsen, S. L. (2004b, November). Softening the perpetrator introject. Paper presented at ISSD International Conference, New Orleans, LA.

Paulsen, S. L. (2006a, November). ACT-AS-IF and ARCHITECTS approach to utilizing ego state therapy, somatic psychotherapy, and EMDR with highly dissociative clients. Paper presented at the 23rd Annual Conference of the International Society for the Study of Trauma & Dissociation, Los Angeles.

Paulsen, S. L. (2006b, April). Giving the body a voice with EMDR, ego state therapy and somatic psychotherapy. Workshop presented at the Northwest Regional Trauma Conference, Lake Chelan, WA.

Paulsen, S. L., & Golston, J. C. (2005, September). Taming the storm: 43 secrets of successful stabilization. Workshop at the EMDR International Association Annual Conference, Seattle, WA.

Paulsen, S. L., & Stanley, S. A. (2005, November). Giving the body a voice: How EMDR, ego state therapy, somatic experiencing, and indigenous healing methods can cure somatic dissociation. Workshop presented at the Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Toronto, Ontario, Canada.

Paulsen, S. L., & Watkins, J. G. (2003a, November). Ego state therapy: EMDR and hypnoanalytic techniques. Workshop presented at the Society for Clinical & Experimental Hypnosis, Chicago.

Paulsen, S. L., & Watkins, J. G. (2003b, November). Comparing ego state therapy and EMDR techniques. Workshop presented at the 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago.

Paulsen, S. L., & Watkins, J. G. (2005, November). Best techniques from the armamentarium of hypnoanalytic, EMDR, somatic psychotherapy and cognitive-behavioral methods. Workshop presented at the Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Toronto, Ontario, Canada.

Paulsen Inobe, S. (2000, September). EMDR for executive performance enhancement and strategic visioning. Workshop presented with Sandra Foster & Jennifer Lendl at the EMDR International Association Annual Conference, Toronto, Ontario, Canada.

Paulsen Inobe, S. (2001, December). Integrating EMDR, ego state therapy, and dissociative table: A cartooning psychologist's glimpse into the mind's eye. Workshop presented at the Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, New Orleans, LA.

Paulsen Inobe, S. (2003, March). EMDR and ego state therapy across the dissociative continuum. Invited faculty presentation at the First World Congress on Ego State Therapy, Bad Orb, Germany.

Phillips, M. (2000). Finding the energy to heal: How EMDR, hypnosis, imagery, TFT and body-focused therapy can help restore mind-body health. New York: Norton.

Phillips, M., & Frederick, C. (1995). Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions. New York: Norton.

Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: Guilford Press.

Ross, C. A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical

features and treatment of multiple personality (2nd ed.). New York: Wiley.

Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. Dissociation, 2(3), 169–189.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford Press.

Spiegel, D. (2001). Deconstructing the dissociative disorders: For whom the Dell tolls. Journal of Trauma and Dissociation, 2(1), 51–57.

Steinberg, M. (1994). Interviewer's guide to the Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. Journal of Trauma and Dissociation, 1(2), 61–81.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. American Journal of Psychiatry, 146, 1530–1540.

Watkins, J. G., & Paulsen, S. L. (2004, March). Abreactions in EMDR and hypnoanalytic therapies. Workshop presented at the American Society of Clinical Hypnosis, Anaheim, CA.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: Norton.

*Çev: Fatma Selinay Balcı*

# BÖLÜM 6

## SEVGİ DOLU GÖZLER

## DİSOSİYATİF SÜREÇLERİ DUYGUSAL GÜVENLİĞİ KORUYARAK TERAPÖTİK GERİ ALMA PROSEDÜRLERİ

**Jim Knipe**

### Bir Ayak Bugünde, Bir Ayak Geçmişte

Yakın zamanda, ağır travmatik bir geçmişe ve parçalanmış bir kendilik duygusuna sahip bir danışan: "Bu sefer terapi bende işe yaradı, çünkü şimdi geçmişe gidebiliyorum ve burada, bu odada bulunabiliyorum. Öncekilerde, duygular uyandırılır ve bir sonraki seansı korku ve endişeyle beklerdim. Geçmişte olan olaylarla ilgili yaşadığım anıya gitmekte bir sıkıntı yoktu. Fazlasıyla kolaydı. Kaygan bir zeminde kaymak gibiydi. Zor kısım her zaman geri gelmek olmuştu. Burada, geri gelebildim." dedi.

EMDR'nin etkililiğinin esas unsurlarından biri ikili dikkattir (hâlihazırdaki durumun hem rahatsız edici materyalinin hem

de doğal veya güvenli tarafının eş zamanlı farkındalığı) (Shapiro, 2001). Bu da EMDR terapisinde terapistin, danışanı "bir ayağını günümüzde, bir ayağını geçmişte" tutmasına yardımcı olması anlamına gelir. Metaforik olarak "iki ayağın geçmişte olması" basitçe duygusal olarak travmayı yeniden yaşamadır ve bu, tedavi edici değildir. Yüksek derecede disosiye olmuş ve yoğun duygulanım yaşayan danışanlar için, standart EMDR'nin kontrol edilemeyen duyguları şimdiki zaman ile geçmiş arasındaki dengeye ket vuracak şekilde bilince taşıma tehlikesi vardır. Bu bölümde, tamamlanmamış rahatsız edici anıları işlerken, disosiye olmuş ego durumları olan danışanları bugüne odaklı olmaları konusunda güçlendirmek için faydalı görünen birkaç yöntem açıklanmaktadır. Spesifik olarak bu EMDR varyasyonları, danışanın duygusal güvenliğini ve işlenmemiş duygulanımının kontrollü bir şekilde ortaya çıkması arasındaki dengeyi korur. Böylece disosiyatif duygu boşalmasını engeller, kendiliğin ayrı bölümlerinin iyileşmesini ve nihayetinde bütünleşmesini mümkün kılar.

Klinik uygulamada karşılaşılan, birçok danışan için ego durum terapisi, EMDR Adaptif Bilgi İşleme Modeline doğal bir bütünleyici ilave olarak görülmektedir (Forgash & Knipe, 2001). 1871 yılında şair Walt Whitman, *Song of Myself* isimli şiirinde "Ben kalabalığım" yazdığında, insan durumunun gerçekliğini ifade etmiştir. Genel olarak (ve insanlar arasında değişen derecelerde), farklı ve belirgin "zihin durumları" çoğu kez tek bir kişinin kişiliğiyle bir arada bulunur ve bu farklı ego durumları ayrı geçmişlere sahip olabilir ve birbirinden farklı olarak öznel bir şekilde deneyimlenebilir.

Diğer bir değişken ise ayrı ego durumları arasındaki deneysel farklardan biridir. Farklı ego durumları nispeten birbirinin farkında (Watkins & Watkins, 1998) veya birbirleri arasında çok az karşılıklı bir farkındalık olacak şekilde ayrışık olabilirler. Eğer

kendiliğin bu parçaları defalarca çatışır veya karşıt amaca yönelik çalışırlarsa bunun, sürekli bir disfori deneyimi veya düşük özgüven gibi sonuçları olabilir. Örneğin, bir yetişkin ego durumu, travmatik bir olayla bağlantılı korku, dehşet ve diğer duyguları taşıyan bir çocuk ego durumunu bloklamaya ve aktifleşmesinden kaçınmaya yüksek bir şekilde motive olmuş olabilir.

Travma sonrası rahatsızlık, şimdiki zamanda bir durum tarafından tetiklendiğinde, anıdaki intrüzif görüntüler ve hisler, yetişkinlikteki yönünü kaybetme ve kontrol kaybı duygularını veren "şu an" kalitesini -travmayı tekrar yaşama duygusu- almaya eğilimlidir. Eğer yetişkin kendilik, kendisini güçlü bir şekilde kaçma, reddetme veya hoş olmayan duyguyu yok etme arzusu ile tanımlarsa, o zaman problem, devam eden çaresizlik ve depresyon deneyimiyle birlikte kalıcılaşma eğiliminde olur. Anı, farkındalık düzeyine çıkmak için zorladığında yetişkin kendilik bu ifade edişi engeller. Kendi kendini yenilgiye uğratan bu tür çıkmazlar, devam eden utanç ve depresyona neden olabilir: "Benim sorunum ne?! Bunun üstesinden gelebilmeliyim!" Bu durumdaki, kendileriyle karşıt amaçlı olan danışanlar için sık sık aşağıdaki hikâyeyi anlatacağız (danışanla aynı cinsiyette olan çocukla beraber).

> Küçük bir kız düşünün, yere düşmüş, dizini tutuyor ve dizinin acıdığını hissediyor. Dizi kanadığı için koşarak eve giriyor. Sevgi dolu bir ebeveyn onu görüyor "Ah, acıyor değil mi? Buraya gel. Yıkayalım. Üzerine bir bandaj koyacağım. Gel biraz otur kucağımda." diyor. Birkaç dakika sonra bu küçük kız için bu kucağın oldukça sıkıcı olacağını ve tekrar dışarı çıkıp oynamak isteyeceğini görmek kolay. Ebeveyn ona dizinin hâlâ acıyıp acımadığını sorarsa, kapıdan dışarı çıkmak için "hayır" diyecektir. Şimdi caddenin aşağısında yine aynı şekilde dizini tutan ve eve koşan başka bir küçük

kız düşünün. Onu yatıştıracak bir yetişkin yok ya da "Ağlamayı hemen kes! Eğer hemen ağlamayı kesmezsen sana ağlaman için başka bir neden vereceğim. Sen ağlamayı bırakana kadar sana yardım etmeyeceğim." diyen bir ebeveyn var. Bu ikinci çocuğun şimdi iki tane problemi var. Hem hâlâ dizi acıyor hem de ağlamaya devam ederse annesi daha çok kızacak. Eğer gelecekte yine düşerse ve canı yanarsa yardım almak için eve gitmesi pek olası değil. Yıllar sonra, hayatındaki üzücü bir olaydan sonra, neden ağlayamadığını merak edebilir. Ya da sanki gözyaşları her zaman dökülmeye hazır gibi neden kolayca ağladığını merak edebilir.

## EMDR VE DİSOSİYASYON

Travma sonrası stres bozukluğunda açıkça bir disosiyasyon elementi vardır. Tek olaydan kaynaklı TSSB durumlarında bile, göreceli olarak disosiye olmuş iki ego durumu vardır: Biri mevcut güvenliğin farkındalığı, diğeri travmatik olayla ilişkili intrüzif geri dönüşler (flashback) veya fazla uyarılma ile alakalı bir gerçeklik hissidir. Genel olarak, TSSB için terapinin amacı bu hafif disosiyasyonu tersine çevirmek, iki ego durumunu entegre etmek ve bu rahatsızlığı bütünleşmiş deklaratif belleğe dönüştürmektir (Van der Kolk, 1994). Sorun şu ki standart EMDR protokolü, diğer psikoterapi yöntemlerinden çok daha fazla, disosiye olmuş anı deneyimini bilince çıkarma eğilimindedir (Lipke, 1994; Paulsen, 1995). Tabii ki eğer kişi rahatsız edici materyal bilince çıkarken yönelimini (oryantasyon) terapistin ofisindeki mevcut güvenli durumda tutabiliyorsa, bu, çok iyi bir şey olabilir.

Ancak, ayrı ego durumları arasında ciddi seviyede disosiyasyon yaşayan bir danışan için, disosiye olmuş duygulanımın aniden ortaya çıkması şaşırtıcı, kafa karıştırıcı ve yeniden travma-

tize etme potansiyeline sahiptir. Örneğin yukarıdaki hikâyede, küçük kız şu an büyümüş ve kendi zihninde sevgi dolu ve korumacı ev ortamındaki son derece değerli ve pozitif resmi korumak için kendi duygularının, o ebeveyn tarafından değer görmediği bütün zamanları göz ardı etseydi ne olurdu? Ya bu küçük kızın hikâyesi istismar ve ihmal de içerseydi? Bu faktörler kontrolsüz ve terapötik olmayan duygusal boşalma riskini artırır.

Böyle durumlarda, güvenlik ve duygulanımın sınırlaması üzerine artan bir vurgu ile bu riske karşı koymak çok önemlidir. Danışan ve terapist, ortaklaşa bir şekilde "yavaşça hızlanın." Diğer bir deyişle, danışan ne kadar çok travmatize ve disosiyatif olursa, duygusal güvenlik ve duyguları sınırlama üzerine endişelerin, terapi sürecinin ayrılmaz bir parçası olması da o kadar önemli olur. Disosiye olmuş birey için genel tedavi planlamasında ve bu tedavinin uygulanmasında güvenliğe ilişkin bu kaygının birçok etkisi vardır (Forgash & Knipe, 2001; Kluft & Fine, 1993; Putnam, 1989).

Bu bölümde üç vaka sunuluyor; hepsi de "sevgi dolu gözler" dediğimiz terim sayesinde çatışan ego durumlarını etkileme ve uzlaştırmak için bir yöntem sunuyor. İkinci vaka, kaçınma savunmalarını hedefleme yöntemini göstermektedir ve üçüncü örnek "Şimdi burada olma ve güvenliğin sürekliliğinin sağlanması prosedürü" (CIPOS; Knipe, 2002) ve bir danışanın anbean disosiye olma düzeyini değerlendirmede yararlı bir ölçüm aracı olan BHS (kafa arkası ölçeği) Ölçeğini (BHS; Knipe, 2002) göstermektedir. Bu seans deşifrelerinin tümü EMDR eğitim bantları olarak yapılmış video kayıtlarından elde edilmiştir. Her üç durumda da danışanlar seanslarının bu bölümde anlatılması için açıkça izin verdiler. Buradaki diyalog, anlaşılırlık için ufak düzenlemeler ve tanımlayıcı bilgilerin değiştirilmesi haricinde kelimesi kelimesine tekrar edilmiştir.

## SEVGİ DOLU GÖZLER: TRAVMATİZE OLMUŞ ÇOCUĞU GÖRMEK

Terapist tarafından yönlendirilen ve kontrol altında tutulan "yeniden canlandırma", disosiye ego durumları arasında duygusal olarak güvenli bir bağlantı oluşturmak için kullanılabilir. Çoğu zaman, insanlar arasındaki normal günlük etkileşimlerde olduğu gibi, görselleştirme dili de karşılıklı anlayışın ifadesinin bir parçasıdır. Bir arkadaş diğerine basitçe "Anlıyorum. Ne demek istediğini anlıyorum." diyerek alakasını ve kabullenişini gösterebilir. Başka bir kişinin sıkıntılarını "anlamak", sıkıntıdaki kişiye rahatlık sağlamaktır; bu, bir bağlantı ve deneyim paylaşımıdır. Buna ek olarak, "anlama" kelimesi bir mesafeyi de ifade eder – empati kuran kişi için ayrım tamponu. Bir diğer ego durumunu "anlayabilen" disosiye ego durumları olan danışanlar, bir yandan rahatsız edici hatıraları bağlar, uyumlulaştırır ve çözümlerken bir diğer yandan da kendi rahatsız edici duygularından korumacı bir ayrılma hissi deneyimleyebilirler.

Buna ek olarak, çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal öyküsüne sahip pek çok danışan için, ikilemlerinin ana unsurlarından biri, en derin ihtiyaçlarının ve duygularının "görülmemiş" olmasıydı. Bu kısaca kişilerin içsel deneyimlerinin sevgiyle onaylanmaması ve kişi tarafından bu onaylanmama durumunun kabul edilmesidir. Bu içsel deneyimin onaylanmaması durumunun, duygularını düzenlemekte zorluk yaşayan kişinin duygusal patolojisine katkıda bulunduğu varsayılmaktadır (sınır kişilik bozukluğu ve ilişkili durumlar gibi) (Linehan, 1993, pp. 51-52).

Aşağıda bahsedilen EMDR tedavi yöntemi bir yetişkinin "sevgi dolu gözlerinin", çocukluk travmasının iyileşme sürecinin önemli bir unsuru olduğu fikrine dayanmaktadır. Bu yüzden terapistin hastaya olumlu tutumla yaklaşması önemli bir unsurdur

(Truax ve Carkhuff, 1967). Bir hipotez (Schore, 2000). Terapistin olumlu tutumunun çocukluk istismar ve ihmalini iyileştirme sürecinde sadece gerekli değil aynı zamanda etkili bir unsur olduğu öne sürülmektedir. İhmal yaşamış danışan genellikle, terapistin, kendisinin hiç sahip olmadığı anne veya baba olacağını umar. Gerçekten de çoğu danışan için, bu aktarımda meydana gelen onarıcı çalışma iyileşme için birincil unsurlardandır. Ancak, disosiyatif süreçleri yoğun olan danışanlar için ekstra bir adım atılması gereklidir. Bu tarz danışanlar için terapistin, danışanın şimdiki gerçekliğe yönelmiş kendiliğini güçlendirerek danışana yardım etmesi ve şimdiye yönelmiş ego durumuna, disosiye olmuş ego durumu tarafından tutulmuş olan acı dolu duygularını göstermesi faydalı olabilir. Çoğu zaman, bir çocuk ego durumu içindeki duygulanım, ne başka bir kişi tarafından ne de kişilik sistemi içindeki kendiliğin başka bir parçası tarafından asla şefkatle gözlemlenmemiştir.

Bu tip zorluğu olan danışanlarla çalışırken, Sevgi Dolu Gözler dediğim bir prosedürü kullanmanın yararlı olduğunu gördüm. Yıllar önce, disosiyatif bozukluğu olan bir danışan tuhaf ve kışkırtıcı bir soru sordu: "Çoğu çocuk dört yaşından beş yaşına nasıl büyür?" (Bu danışan dört yaşında korkunç istismar ve ihmal yaşadı.) "Ben dört yaşındayken büyüyüp beş yaşında olmak istedim ama yapamadım. Bu yüzden içinde gerçek ben olan bir kutu yaptım ve kutunun dışına mutlu bir surat yaptım ki herkes beni normal sansın. Ama şu anda dört yaşında olan bir parçam hâlâ büyümek istiyor. Diğer çocuklar nasıl 5 yaşında oldular?"

Birkaç seans için bu önemli soruya odaklandık ve sonunda birçok danışan tarafından onaylanan bir ilke netleşti. Bu ilke, bir yetişkinin güvenilir sevgi dolu gözleri olarak isimlendirilebilir ki bu, çocuğun kimlik olgunluğu ve duygusal gelişimi için önemli ve gereklidir. Sevgi dolu gözlerden uzak; istismar, ihmal ve tep-

kisizlik içinde büyüyen çocuklar çevreleri ile bağlantılarını sağlayan o kırılgan bağa odaklanmak zorunda kalırlar. Bu zorundalık, çocuğun içsel ihtiyaç ve duyguları pahasına adaptasyona çok fazla önem vermesine neden olur. Çocuğun kendilik algısı dünya ile yüzleşen ve normal gözükme gayreti gösteren adaptasyon kutularına bölünür ve içinde gizli kalan kendiliği, çevrenin tahammül edemeyeceği duyguları gizli tutar.

Zaten ilgisizlik ve ihmalin olduğu bir dünyada, çocuk bir de travma yaşarsa bu disosiyatif bölünme çok daha kötü olur. Bu talihsiz koşullardaki bir çocuk adapte olmaya fazla yoğunlaşmış bir şekilde ve çoğu içsel olarak deneyimlenen ihtiyaç ve duygunun iyi karşılanmayacağı ve ego-distonik (kendiliğe yabancı) olduğu duygusuyla büyüyebilir. Tabii ki bu da kişinin yetişkin hayatında birçok duygusal zorluğa sebep olabilir.

Bu tür bir geçmişe sahip olan yetişkin danışanlar için "Sevgi Dolu Gözler Prosedürü" çoğu zaman faydalı olmuştur. Prosedürün basamakları aşağıdaki gibidir:

1. Adım: Ego-distonik etkiyi temsil eden, tercihen gerçek bir anıya dayanan bir görüntü bulunur. Terapistin ofisinde oturan ve yetişkin olduğu da hatırlatılan danışandan, bir çocukluk olayına yetişkin olarak bakması istenir. Genellikle görsel anı "Çocukken hiç korktun mu?" gibi basit bir soru ile tanımlanabilir.

2. Adım: Hasta gerçek bir anıya erişmekte sorun yaşıyorsa terapist, danışan ile bir etki köprüsü aracılığıyla bir anıyı tanımlayacak şekilde konuşabilir (Watkins ve Watkins, 1997); "Bu korku hissinin vücudunda nerede olduğunu fark edip çocukluğuna geri dönseydin ne çıkarım yapardın? Tüm çıkarımlarını bir araya getir." denilebilir. Çoğu danışan bir anı resmi oluşturmaya başlar. Bu resim daha sonra "Bu çocuk içe-

ride veya dışarıda mı?", "Kaç yaşında?", "Hangi odada?", "Şu an, sen onu gördüğünde o neye bakıyor?" gibi belirli sorularla netleştirilebilir. Bu soruları, danışanı belli bir cevabı vermeye yönlendirmeden genel bir şekilde sormak önemlidir.

3. Adım: Danışana, "Bir yetişkin olarak bu sandalyede otururken o çocuğa bakabilir misin?" diye sorun. Eğer danışanın cevabı evet ise terapist, göz hareketlerini açık ve izin verici kelimelerle başlatır; örneğin: "Sadece bu çocuğa bakın. Bu çocuğu bakıp onu olduğu gibi görün." Terapistin kelimeleri çocuğu yargılamadan uzak, kabullenici bir şekilde olmalıdır. Bu tür koşulsuz kabul, muhtemelen çocuğun orijinal travmatik olay sırasında ihtiyaç duyduğu şeydir. Bu noktada yetişkin ego durumunun, çocuğun duygularını deneyimlemeye başladığı görülür ve bu nedenle terapist, bu duyguların yetişkinlerin şimdide kalma duygusu içinde olmasını sağlamaya dikkat etmelidir. Bazen bu süreçte duraklamak gerekir, böylece danışan mevcut güvenliği sağlamaya devam edecektir.

4. Adım: Genellikle başlangıç zamanlarında yetişkin danışan tarafının çocuk kendiliğinin bu görüntüsüne kabul edilemez bir reaksiyonu olduğu görülür. Örneğin aşağıdaki ilk durumda olduğu gibi, bir ders verme veya azarlama reaksiyonu veya ikinci durumda olduğu gibi, utanç verici bir kaçınma reaksiyonu olabilir. Çocuğa verilen bu olumsuz tepkiler, ayrılmış, korkmuş çocuk ego durumunun içinde tutulan acı verici etkiden disosiyatif mesafeyi korumak için yerinde kalan savunmayı temsil eder. Olumsuzluk bir savunma olduğu için, danışandan kaçınma davranışı ile ilişkili olumlu duygulara (rahatlama, sınırlama) odaklanması istendiğinde, bu, genellikle göz hareketleriyle işlenecektir. Örneğin bu gibi durumlarda terapist "O çocuğa bakmamanın iyi tarafı nedir?" diye

sorabilir. Bu soruya yanıt olarak danışan, "Uzaklara bakarsam, o duyguları hissetmek zorunda kalmam." veya "Bakmazsam, bunun ne kadar korkunç olduğunu görmek zorunda olmam." diyebilir. Çoğu zaman, çocukluk kendiliğinden iğrenme, travma sırasında gerekli olan bir adaptasyondur ve tamamen terk edilmemek için güçlü bir fail ile ittifak etmenin bir yoludur. Danışanın tepkisi ne olursa olsun, terapist çift yönlü uyarım (bilateral stimülasyon) eşliğinde "Bunu düşün." yanıtı verebilir. Çok sıklıkla, kaçınma isteği ve çocuğu şefkatle görmeye karşı direnç azalır. Bu prosedür, aşağıdaki ikinci seans deşifresinde tarif edilmiş ve gösterilmiştir.

5. Adım: Danışan çocuğu özgürce görebildiğinde terapist, "O çocuğa baktığınızda çocuğun duygularını görebiliyor musunuz?" diye sorabilir. Danışan genellikle çocuğun duygularının artık görülebileceğini kabul eder ve bu noktada travmatize olmuş çocuğun duygularını paylaşmaya başladığını fark eder. Çift yönlü uyarım setleri devam ettikçe, korku, mevcut güvenliği sağlamak için yeterli-sürekli-yönlendirme ile dağılacak ve çocuk için olumlu bağlantı ve sevgi duyguları artacaktır.

6. Adım: Danışan çocuktan şefkatle bahsetmeye başladığında terapist; "O çocuğa baktığınızda çocuk hakkında ne hissediyorsunuz?" diye sorabilir. Danışan, yetişkin olarak bu çocuğu sevgi ve saygıyla görme olasılığını keşfettiğinde şaşırabilir. Çocuk kısmı daha sonra bu sevgiyi ve onaylamayı deneyimlemeye başlayabilir. Devamında sorulacak bir başka soru şu olabilir: "Bir yetişkin olarak, o çocuğa yardımcı olabileceğini düşündüğün bildiğin herhangi bir şey var mı?", "Bu, çocuğun bilmediği bir şey mi?" Danışan bu sorulara ne cevap verirse versin, terapist; "Bu anda kalın." diyerek yanıt verip ek göz hareketleri setleri uygular. Bu iç diyalog, tipik olarak iyileştirici bir çözüme ulaşmaya devam eder.

7. Adım: Danışan, çocuğun "onu gördüğümüz için korktuğunu" veya "korktuğu için onu eleştireceğimizden endişe duyduğunu" söylüyorsa, yetişkin kendilik sorularına geri dönülüp, "Aslında bir yetişkin olarak o çocuğa bakıp bu korkuya sahip olduğu için çocuğu eleştiriyor musunuz?" gibi sorular yöneltilmelidir. Yukarıdaki 5. Adım'a geri dönmek gerekebilir. Çocuğun yaşam koşullarının gerçekleri hakkında bilişsel bilgilerin iç içe geçmesi durumunda, genellikle yetişkinin eleştirel bakış açısının sertliğini yumuşatmakta yarar vardır (örneğin, "Çocuğun sert olduğunu mu düşünüyorsunuz?").

## MEHMET: ÇOCUKLUKTA YOKSUNLUĞA BAĞLI DİSOSİYATİF YAŞANTILAMA

İlk vaka, Sevgi Dolu Gözler prosedürünün kullanımını göstermektedir. 1999 yılında Türkiye'deki bir dizi felaket depreminin ardından, Türk Psikoloji Derneği'nin İstanbul şubesi ile koordine bir şekilde EMDR İnsani Yardım Programı (HAP), depremlerden sonra TSSB'den etkilenmiş acı çeken kişilere gönüllü olarak hizmet veren Türk terapistler için EMDR eğitimleri projesi başlattı. Aşağıdaki deşifre, Ağustos 1999'daki ilk deprem sırasında oturduğu apartman neredeyse çöktüğünde, korkunç bir şekilde travma geçirmiş olan kırk üç yaşındaki Mehmet ile yapılan bir terapi seansından alınmıştır.

Mehmet, hiç bitmeyecek gibi hissedilen kırk üç saniyelik bir süre boyunca, gecenin ortasında öleceğinden emindi. Caddeye kaçmayı başardı, ancak daha sonra ailesinin üyelerini kurtarmak için tehlikeli ve tamamen karanlık apartmana yeniden girdi. Depremden sonraki saatlerde, birkaç arkadaşının ve tanıdıklarının öldüğünü öğrendi. Ekim 1999'da Mehmet, HAP eğitim eki-

binin bir üyesi (bir çevirmen yardımıyla) ile EMDR'ye girmeye gönüllü oldu ve seanslarının Türk kursiyerlere yöntem gösterilmesi için videoya çekilmesine izin vermeyi cömertçe kabul etti.

Mehmet, ilk EMDR seansı sırasında, deprem gecesinden bu yana uykularının oldukça huzursuz olduğunu bildirdi (aslında "hiç uyumadığını" söyledi). Ne zaman gözlerini kapatsa o gecenin en kötü anlarını yeniden yaşamaya başladığını söyledi. İki EMDR seansından sonra kâbuslarının ve uyanıkkenki geri dönüşlerinin (flashback) önemli ölçüde azaldığını ve artık gündüz saatlerinde herhangi bir duygusal rahatsızlık yaşamadığını bildirdi. Ancak yatmadan önce, apartmanda bir kapı kapanması, buzdolabının hareket ediyor gibi olması ve aşağı sokaktaki sesler gibi beklenmedik çevresel seslere yanıt olarak hâlâ ani panik belirtilerinde artış yaşıyordu. O zaman uyumakta zorluk çekiyor, aynı zamanda kalp atışında bir artma hissediyor ve avuçları terliyordu. Standart EMDR'nin ilk seansları ona yardım etmede kısmen başarılı olduğu için ek bir seans talep etti.

İlk deprem, gece meydana geldiğinden Mehmet'in, geceleri sorun yaşamaya devam etmesi şaşırtıcı değildi. Onunla tanıştığımızda, öğleden sonra geç saatlerdi. O saatte az dahi olsa korku hissetmediği ve hiçbir şekilde rahatsızlık duymadığı konusunda ısrar etti. Mevcut rahatsızlığa rağmen gece yaşadığı zorlukların umutsuz bir sorun olduğunu belirtti. EMDR daha önce geri dönüş ve kâbuslarına yardımcı olduğu için, bir şekilde onun üstesinden gelmesine yardımcı olabileceğini umuyordu. Seansımızdaki duygulanımı oldukça depresifti, hayal kırıklığından ve kendisinden tiksindiğinden bahsedecekti ki "üstesinden gelemedi" ve devam eden bu ikilemden kurtulamadı. "Bu korkudan nefret ediyorum, kendime 'Bir sebebi yok. Bu korkuya sahip olmamalıyım.' diyorum. Benim için bu ifadeler 'Kim nefret ediyor, nefret edilen kim?' sorularını gündeme getirdi." dedi. Başka bir

deyişle yaptığı açıklamada depremden sonra travma sonrası korkuyu sürdüren kısım ile devam eden bu korkulu tepkiden nefret eden bir diğer kısım arasında ego çatışması olduğunu ileri sürdü.

Aşağıdaki alıntı EMDR'nin çelişkili kendilik durumlarıyla çalışmasını göstermektedir. İlk olarak, bu sorunun kökenini açıklığa kavuşturmak için görüntüler önerilir ve daha sonra Mehmet'in depresyonunu ve spesifik uyku problemini çözmesine yardımcı olmak için kendiliğin bu bölümleri arasındaki iletişimi, karşılıklı anlayışı ve uzlaşmayı kolaylaştırmak için "Sevgi dolu gözler" yöntemi kullanılır.

Terapist: Geceleri çalışmaya başlayan buzdolabının sesini duyduğunda ve bu seni ürküttüğünde ne düşünüyorsun?

Danışan: İçimdeki bu korku hissini söküp atmak istiyorum. Rahatlamak istiyorum; bu düşünceleri tekrar hatırlamak istemiyorum. Ama ne denersem deneyeyim, küçük bir şey birdenbire o düşünceleri aklıma getiriyor. İçeride, bu korkunun henüz sona ermediğini hissediyorum. Kendi kendime konuşuyorum ve "Sadece uyduruyor muyum? Neden ondan kurtulamıyorum?" diyorum.

Terapist: Kendinle bu şekilde sertçe mi konuşursun?

Danışan: Evet, doğal olarak. Bunları neden beynime soktum?

Terapist: Yani korkunuz var ve kendinize "Neden hâlâ bu korkum var ?!" diyorsunuz.

Danışan: Evet.

**Disosiye Ego Durumunu Bulmak**

Korkuyu taşıyan egoya erişmek ve açıkça ayırt etmek için Mehmet'in çocukluk korkusu deneyimini hatırlamasına yardım ediliyor.

Terapist: Küçük bir çocukken, ara sıra korktuğun olur muydu?

Danışan: Küçük bir çocukken annem ve babam olmadan büyüdük. Babamla hiç tanışmadım. Babam öldükten sonra doğmuşum. Dokuz yaşındayken annem öldü ve yoksulluk içindeydik. Altı erkek kardeşim ve ben. En küçükleri bendim.

Terapist: Çocukken korktuğun bir zamanı hatırlayabilir misin? Çoğu çocuğun korktuğu bir an oluyor. Senin de korktuğun bir an var mıydı?

Danışan: [Uzun duraklama] Memleketimizde, sığırları kırlara götürmek zorunda kaldım ve onları geri getirirken hava kararmaya başladığında, hayvanın vücudunda bir şekil gördüm, uzun bir şey... Ama daha sonrasında bu şeylere, bu hislere sahip değildim.

Terapist: İnek üzerinde bir şey gördüğün anı şimdi düşünebiliyor musun?

Danışan: Sık sık görüyorum ve dev gibi... Ölü bir şey gibi. Dev bir figür gibi

Terapist: Şu an düşündüğünde, senin için rahatsız edici oluyor mu?

Danışan: Hayır. Beni etkilemiyor, ama çocukluğumda böyle korkularım vardı.

Mehmet'in bir yetişkin olarak, kendisinin, çocukluğunun mantıksız korkularını deneyimlemesine izin vermediğini söyleyebiliriz. Ancak şu anda korkuyu gözlemleyebiliyor ve "sık sık görüyorum" diyerek disosiye olmuş olsa da bu korku belleğinin çözülmediğini gösteriyor.

### Disosiyasyon ile Baş Etme

Mehmet'in çözülmemiş korkusuyla bağlantı kurmaya başlamasına yardımcı olmak için ondan korkmuş çocukluk kendiliğini görselleştirmesini istedim.

Terapist: İnekleri geri getiren bu küçük çocuğu görmek için şimdi hayal gücünüzü kullanmaya çalışın. Şimdi karanlık, çocuk korkuyor. Şu küçük çocuğu görebiliyor musun?

Danışan: Görebiliyorum.

Terapist: Çocuk kaç yaşında?

Danışan: On, on iki.

Terapist: Kıyafetlerini görebiliyor musun?

Danışan: Görebiliyorum.

Terapist: Saçlarının nasıl olduğunu görebiliyor musun?

Terapist: Evet. Kıyafetleri bakımsız ve yırtık pırtık.

Terapist: Parmaklarımın ileri geri hareketini izlerken, aynı zamanda o çocuğu gör [Konuşmaya devam ederken yavaş göz hareketleri yapıyoruz]. Tam ineği gördüğü ve korktuğu zaman ona baktığında her ne görebiliyorsan gör. İneğin yanında büyük bir şey görüyorsun. Sadece çocuğa bak. Güzel. Ne hissettiğini görebiliyor musun?

Danışan: Görebiliyorum.

Terapist: Sadece bunu düşün. Ona baktığında her detayı gör [Konuşmaya devam ederken göz hareketleri yapıyoruz]. Güzel. Eğer geçmişe şu anki sen olarak dönebilseydin, o çocuğu gördüğünde, ona korkularıyla ilgili yardımcı olabileceğini düşündüğün, senin bildiğin ama onun bilmediği ve ona gerçekten yardımcı olabilecek ne söylerdin?

Danışan: Ona, orada hiçbir şey olmadığını, böyle şeylere inanmaması ve korkmaması gerektiğini söylerdim.

Terapist: Burada kalalım [Göz hareketleri setlerine devam ediyoruz].

Çocukluğuna kadar olan bu ilk sözler biraz yargılayıcı ve çocuğun korkularını pek doğruluyor olmasa da bu, artan iletişim ve uzlaşma yönünde bir adımdı. Başka bir deyişle, çocukluğunda korkusunu kontrol altına almak için gerekli olan disosiyasyonu yavaş ve güvenli bir şekilde tersine çeviriyor. Bir çocuk olarak durumların kasvetinin çocukluk kaygısını tam olarak deneyimlemesini ve işlemesini imkânsız kıldığını varsayabiliriz.

Terapist: Güzel, şimdi zihninde bunu düşün ve söyle [Göz hareketleri setlerine devam ediyoruz]. Peki ya bu çocuk sana geri dönüp, "Ama öyle korkunç bir şey varmış gibi görünüyor?" derse o zaman ona ne söylerdin?

Danışan: "Böyle şeylere inanma, orada hiçbir şey yok." diyerek onu ikna etmeye çalışırdım [Göz hareketleri]. "İkna" kelimesi, hâlâ bir görüş farklılığını ifade ederken, çocuğun korkularının gerçekte var olduğunun da kabulünü içerir.

## Yetişkin Ego Durumunun Büyütme Tepkisini Geliştirmek

Mehmet'e sorduğum bir sonraki soru çok önemlidir; çünkü bu, çocuk ego durumunu reddetmeye devam edip etmeyeceğine karar vermesi veya sevgiyle, kendisinin bu kısmının yeniden bağlantı kurmaya başlamasını gerektirir.

Terapist: Bu çocuğa baktığında, onu düşündüğünde -aklındaki çocuk için- nasıl hissediyorsun?

Danışan: Annesiz ve babasız olduğu için ona acıyorum [Ağlamaya başlıyor].

Terapist: Bunu düşün [Göz hareketleri setleri].

Danışan: Onun korkmak için sebepleri var.

Terapist: Bunu düşün [Göz hareketleri setleri].

Danışan: Zamanda geri gidebilseydim, ona sarılıp onu sevgiyle öperdim ve bu korkudan kurtarabilirdim.

Terapist: Haklısın, bunu düşün. [Göz hareketleri setleri] Yapabilseydin, çocuğu bu yerden uzaklaştırıp bugün yanına getirmek ister miydin?

Danışan: Evet.

Terapist: Yani, böyle bir çocuğa nasıl göz kulak olacağını biliyor musun?

Danışan: Evet, onu en ufak bir üzüntü ve korku duymamasını sağlayacak şekilde büyütürdüm.

Terapist: Ve eğer bu çocuk bazen bir buzdolabı sesi duyuyorsa veya gece bir kapı çarpması duyuyorsa; korktuğu için, nerede olduğu için hâlâ ona kızar mısın? Ona sinirlenir misin?

Danışan: Hayır.

Terapist: Bunu düşün [Göz hareketi setleri]. Biliyorsun, gerçek şu ki bu çocuk artık yok. Çünkü büyüdü ve sen oldu. Ama başka şekilde, şu anda bu odada ve geceleri sesler varken, belki de hâlâ seninledir. Bu şeyler hakkında konuşurken bugün bizimle birlikte olan bu çocuk mu?

Danışan: Evet, o.

Terapist: Yani, eğer gece buzdolabı sesi veya sokaktaki sesler seni

korkutursa ve kalbinde çarpıntı olursa bugün burada öğrendiklerini hatırlamaya çalış. Ne hatırlamak istersin?

Danışan: Kendimi bir çocuk olarak hatırlayacağım.

Bu seansın sonunda Mehmet, artık kendine öfke hissetmediğini söyledi. Sonraki haftalarda terapisti tarafından düzenli olarak görüldü ve Mehmet'in korkmuş çocuğun imajına dönmeyi ve çocukluk kendiliğinin duygularını yatıştırmak için kendi yeteneğini fark etmeyi çok rahatlatıcı bulduğu bildirildi. Çocukluk korkusu anısının bu görüntüsü, onun için olumlu bir kaynaktı. Birkaç ay sonra terapisti "bebek gibi uyuduğu" bilgisini ve artık önceki depresyonu veya duygusal reaktivitesinden rahatsız olmadığını bildirdi. Bir yıl sonra onunla konuşabildiğimizde Mehmet, önceki semptomlarının çözüldüğünü bildirdi.

Bu örnekte, çocukluktan gelen bir anı görüntüsü, korkuyu içeren egoya erişim noktası olarak hizmet etti, fakat böyle bir anıya erişilememişse, Mehmet'in yetişkin yaşamından başka bir görüntü (örneğin depremin en kötü anında korkmuş olması) kullanılabilirdi. Ana kriter, görüntünün bir şekilde direniş veya farkındalığın dışına çıktığı etkiyi içermesidir. Bununla birlikte, bu ego çatışması kalıpları genellikle çocukluk döneminde harekete geçtiğinden, en güçlü görüntüler genellikle çocukluk korkusu veya yalnızlığı olur. Mehmet'in çocukluk dünyasında korkular için yer yoktu, bu yüzden, doğal olarak meydana gelse bile bu korkuların kendi içinde kabul yerleri olmuyordu. Bu nedenle bu etkinin düzenlenmesi için son çare olarak, korkusu disosiye olmak zorunda kaldı. Bu disosiyasyon ile başa çıktığında, duygusal güvenlikle, korkusunu yatıştırmanın yeni ve daha etkili bir yolunu keşfetmeyi başardı.

## VERONICA: KAÇINMA DAVRANIŞININ HEDEFLENMESİ

Yukarıdaki prosedür, Mehmet'in başlangıçta bir çocuk olarak ihtiyaç duyduğu korkularına şahit bir yetişkini yarattı. Mehmet başlangıçta, travma geçirmiş çocukluk kendiliğinin imajına hafif olumsuz tepki verdi. İşleme devam ettikçe yargılayıcı tutumları azaldı ve çözüldü, ancak bu sonuç her zaman ortaya çıkmayabilir. Aksine bazen, danışanın yetişkin kendiliği travmadaki çocuğun imajına karşı güçlü bir olumsuz tepki göstermeye devam eder. Travmatik anının, yetişkin kendiliğin stabilitesini ve işleyişini tehdit etmesine ve danışanın belirli bir travmatik anıyı iyileştirmek için güçlü isteklerine rağmen, kişi çocukluk travmasını düşünmeye çalıştığında aynı anda çok yoğun bir kaçınma isteği de olabilir.

Bu durum meydana geldiğinde, bireyin kaçınma davranışı travmatik materyalin iyileşmesine en iyi erişim noktası olabilir. Bir kaçınma isteği, danışanın işlevsiz olarak depolanan anı ağının ön kapısı olabilir ve bu, Adaptif Bilgi İşleme Modeli kullanılarak hedeflenebilecek danışanın deneyiminin bir görünümüdür (Knipe, 1995, 2005). Terapist, danışanın dikkatini rahatsız edici etkiye değil, kaçınma ile ilişkili olumlu etkilere (tipik olarak rahatlama veya sınırlamaya) yönlendiren sorular sorar. Danışana özellikle, "Bu anıyı düşünmemenin iyi yönleri nedir?" diye sorulabilir. Ya da, "Bu seansı, çocukken neler olduğu hakkında konuşmak için kullanabileceğimizi fark ettiğinde, şuan, 0 ile 10 arasında ne kadar konuşmak istemiyorsun? Başka bir şey hakkında düşünecek olsan ne düşünmeyi tercih edersin?" Birçok danışanın tutumu, "Bunu düşünmek istemiyorum. Ama bunu düşünmeyi istemek istiyorum." oluyor.

Tabii ki bir danışan gerçekten travmatik materyale erişmek istemiyorsa, bu yöntem uygun olmaz, ancak genellikle durum böy-

le değildir. Daha tipik bir resim, rahatsızlığı gidermek ve çözmek için güçlü motivasyonlardan biridir. Kaçınma isteği, bu çözüme karşı sinir bozucu bir engel olarak deneyimlenir. Bu tür durumlarda kaçınma hedeflendiğinde tipik bir sonuç olarak savunma süreci zayıflar. Altta yatan rahatsız edici travmatik materyal standart EMDR prosedürleri kullanılarak başarıyla ele alınabilir.

Bu yaklaşımı gösteren örnek bir seansın deşifresi aşağıda paylaşılmıştır. Elli sekiz yaşında bir kadın olan Veronica, bazı gıdalara olan fobisi için düzenli olarak haftalık seanslarla uygulanan önceki EMDR tedavisinden yararlanmıştı. Bu seanslarda, ayrı bir çocuk ego durumunun daha fazla farkına vardı. Terapi sürecinde babasının bir ile beş yaş arasındayken kendisine olan cinsel istismarının disosiye olmuş ayrıntılarını da fark etti. Yetişkin olan Veronica'nın travmatik olan bu anıya karşı, çocuğun istismar hakkında söyleyebileceklerinden utanma ve bunalma korkusundan kaynaklanan güçlü bir kaçınma isteği vardı. Aşağıda, birbirini izleyen üç terapi seansının video kayıtlarından birebir bölümlerin deşifresi paylaşılmıştır.

Terapist: En son babanla aranızda yaşananlar hakkında konuşmaya başladık. Bugün tekrar buna dönebiliriz.

Danışan: [Kaşlarını çattı] Son seanstan sonra, onun [çocuk egonun] ne söyleyeceğini bilmiyorum. Gerçekten "istemiyorum!" Yardımcı olacağını biliyorum, ama istemiyormuşum gibi geliyor.

Terapist: Pekâlâ, sadece açık ol. Sıfırdan ona kadar olan bir ölçekte, şu anda ne kadar düşünmek istemediğini derecelendirir misin? Başka bir şey düşünmek için ne kadar güçlü bir dürtüye ya da isteğe sahipsin?

Danışan: Düşünmeyi ne kadar çok istemediğimi değil, sadece ne

kadar istemediğim. Tamam, yaklaşık 9 kadar istemiyorum.

Terapist: Bu hissin, "İstemiyorum" hissinin fiziksel olarak nerede olduğunu fark edin.

Danışan: Kendimi iğrenç hissetmek istemiyorum. Fakat... Daha iyi olmak istiyorum. Ve eğer daha iyi olmak için yapmam gereken şey buysa bunu yapacağım.

Terapist: Bedensel duyumlarınızı tarayın. 10'da 9 olan bu "İstemiyorum" nerede?

Danışan: Bir nevi mide bulantısı gibi burada ve boğazımda.

Terapist: Bu "istemiyorum" düşüncesi ile kal. Sesleri açıyorum. Bununla kal [Yaklaşık 10 saniye boyunca çift yönlü sesli uyarım seti]. Ne kadar geri dönmek istemediğinizle kalın.

Danışan: Ama yapmak istiyorum, çünkü daha iyi olmak istiyorum.

Terapist: Bununla kal [çift yönlü sesli uyarım seti (BLS)]. Şimdi dur ve derin bir nefes al. Odada, etrafına bak. Sadece burada ol. Kendini duraklat ve tüm bunlara bir ara ver. Biraz dinlen.

Danışan: Bilirsin, böyle davrandığımda, içimdeki küçük kız yanlış bir şey yaptığımı düşünüyor. [BLS]

Terapist: Tüm bunlar göz önüne alındığında, şu anda, sayıları gerçekten soruna bakmak için kullan. Şu anda ne kadar istemiyorsun? Bu istek hâlâ orada olabilir, sorun değil. Şu an ne kadar istemiyorsun?

Danışan: Yarı yarıya, yaklaşık 5.

Terapist: Tamam, bu dokuzken olduğundan farklı mı?

Danışan: Evet, çünkü bu şeyleri gerçekten aşmak istiyorum. Gerçekten ilerlemek istiyorum. Gerçekten daha iyi olmak istiyorum. Gerçekten her zaman yapmak istediğim şeyleri yapabilmek istiyorum, bilirsin ya, normal yemek gibi.

Terapist: Güzel. Bununla kal [BLS]. Geriye git ve tekrar kendine aynı soruyu sor. Sıfır ile on arasında, bunu ne kadar düşünmek istemiyorsun? Daha fazla olabilir.

Danışan: Ne olduğunu düşünmek istemiyor muyum? Bunu düşünüyorum!

Terapist: Bununla kal.

Danışan: Sadece oluyor.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Danışan: Sanki küçük çocuk artık onu susturmama izin vermiyor.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Danışan: Keşke, dışımdaki kadar içimde de cesur olsaydım [BLS].

Terapist: Şimdi ne alıyorsun/Şimdi ne var?

Danışan: Kokular, sevmediğim kokular.

Terapist: Bununla kal [BLS]

Sonraki birkaç dakika boyunca Veronica, cinsel istismarın belirli ayrıntılarını anlatıyor. Dinlenmek ve şimdiye oryantasyonu yeniden sağlamak için kısa bir aradan sonra, bir kez daha çocuğu doğrudan travma durumunda gözlemlemek için geri dönüyor ve cinsel istismarın getirdiği utanç duygusuyla ilgili bir aydınlanma yaşıyor. Bu içgörü, çocukluk kendiliğini "sevgi dolu gözlerle" görme kaçınmasının üstesinden gelmesini sağlıyor.

Danışan: Bu konuda konuşmaktan utanmıyor. Neden olduğunu

anlamıyorum. Bence utanmalı. Ah, bu oluyor, çünkü annemin kurallarına uymuyor. Kendisi. Tek bildiği şey ne olduğu ve nasıl hissettirdiği ve henüz kuralları bilmiyor. Bu yüzden utanmıyor.

Terapist: Sadece bunu düşün. Bununla kal [BLS].

Danışan: [Çocuk ego durumundan] O eve geldiğinde çok korkmuş hissederdim.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Artık kaçınma davranışı iyice azaldığında, yetişkin ego durumu, çocuk ego durumunun doğrudan konuşmasına izin verebilir:

Danışan: [Çocuk ego durumundan] Orada, bana yardım edebilecek kimse yoktu.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Danışan: [Çocuk ego durumundan] Bu yüzden çok fazla konuşmak istiyorum, çünkü burada bana yardım edecek biri var. Uzun zamandır tüm bu şeyleri bilmek acı veriyor ve kendim hakkında çok kötü hissediyorum. Ve orada, benimle konuşmak için kimse yoktu ve kimse beni anlamadı, kimse anlamadı.

Terapist: Yetişkin olan sana bir sorum var.

Danışan: Nedir?

Terapist: Bugün konuşmasına izin verdin. Yaptığın, memnun olduğun bir şey miydi?

Danışan: Evet, memnunum.

Bir hafta sonraki seans sırasında; çocuk kendilik, cinsel istismarın en kötü kısımları hakkında daha fazla ayrıntı söyler ve yetişkin şefkat duyar. Bu seansın sonuna doğru terapist ve danışanın yetişkin kendiliği arasında aşağıdaki etkileşim ortaya çıkar:

Danışan: Bira gibi koktuğunda, ondan korkuyordum.

Danışan: Bununla kal [BLS].

Danışan: Artık ondan korkmuyorum.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Danışan: Artık korkmamak iyi hissettiriyor. Uzun zamandır korkuyorum.

Terapist: Şu anki rahatsızlığı sıfır ile on arasında derecelendir misin?

Danışan: Şimdi daha farklı bir his. Olanlardan hoşlanmadım, olanlardan nefret ettim fakat artık felç olmuş gibi hissetmiyorum. Daha uzakta.

Terapist: Güzel. [BLS]

Danışan: Şu anda, annemin benim için yapamadıklarını küçük kızım için -içimde- yapmak istiyorum. Rahatlıyorum... Tutuyorum. Dışarı çıkıp ona bir oyuncak almak istiyorum! [Gülüyor] Kulağa garip geliyor, değil mi? Kulağa garip geliyor fakat içimdeki bu çocuğu ödüllendirmek istediğimi hissediyorum, benden daha cesurdu. Tanrım! Çok cesaretliydi.

Bir sonraki seansın sonuna doğru Veronica, travmasının geçmişte olduğuna ve artık bu kadar güçlü korku duygularının tetiklenmediğine kanaat getirdi.

Danışan: Bugün daha güçlü hissediyorum.

Terapist: Bu güzel. Daha güçlü hissettiğin görünüyor. Yani, sadece kontrol et, geri dönüp tekrar düşün. Şimdi ne var?

Danışan: Hissediyorum, sanki ... oldu. Ve bitti. Bu mantıklı mı?

Terapist: Kesinlikle.

Danışan: Hatırlıyorum gibi. Bir filmde olmak gibi değil de, bir resimde olmak gibi.

Terapist: Bununla kal [BLS].

Danışan: Biliyorum, biliyorum. Eskiden olduğunu bilmiyordum. Bunun olduğunu biliyorum ve bunu hep bileceğim. Ama artık ondan korkmuyorum. Ve ağzıma koyduğum şeylere farklı bir şekilde bakmaya başlamak istiyorum.

Terapist: Bugün ve son birkaç hafta içinde neleri anladın?

Danışan: Sanırım olmak istediğim kişi olmak için çok geç olmadığını anladım. Ve kendime karşı son derece sert olduğumu... Ve artık bunu yapmamaya çalışacağım. Artık küçük parçadan uzak durmuyorum. Bu benim. O kız benim.

Yukarıda gösterilen, danışanın kaçınma yoluyla çalışmasına yardımcı olan yöntemi Kaçınma İsteği Seviyesi (LOUA) olarak adlandırıyorum. Bu yöntem aşağıdaki adımlardan oluşur:

1. Danışana, kaçınma davranışıyla ilişkili olumlu duygulanım, rahatlama veya sınırlamaya erişen bir soru sorun: "Bunu düşünmemenin iyi tarafı nedir?" veya "Sıfırdan 10'a, şu an ne kadar düşünmek istemiyorsun?"

2. "Fiziksel duyumlarında bunu nerede hissediyorsun?" diye sorun.

3. Bilateral uyarım setlerine başlayın. Hedef yeniden işlendiğinde, "Şu anda sıfırdan 10'a, onu ne kadar düşünmek istemezsin?" diye sorun. İşleme sırasında danışanın kaçınma davranışını korumasına izin vermek tipik olarak "daha yumuşak" ve danışan için daha az streslidir ve bu, bazı durumlarda travmatik anıya erişimin tek noktasıdır.

## MEVCUT UYUMU ARTTIRMAK

Mehmet'in örneğinde, ayrı ego durumları arasında sadece orta derecede bir disosiyasyon vardı ve çocuk kendiliğinde bulunan olumsuz etki miktarı yetişkin için potansiyel olarak baş edilemeyecek gibi olmuyordu. Veronica örneğinde, çocukluk deneyiminden kaçınma söz konusuydu, savunma doğrudan hedeflenerek dağıldı, bu da yetişkin ve çocuk ego durumları arasında yapıcı bir diyaloğa ve travmatik bilgilerin terapötik işlenmesine yol açtı. Bununla birlikte diğer birçok durumda -disosiyatif spektrumda daha uzak- bu tür yetişkin-çocuk bağlantısı, kontrol dışı duygulara ve aşırı duygusal zayıflığa neden olma potansiyeline sahiptir. Rahatsız edici anı materyali derinden disosiye olursa, bu anının terapi sırasında ortaya çıkması, potansiyel olarak danışanın günümüzde güvende olma duygusunun önüne geçebilir. Anı, danışanın içinde bulunduğu gerçek durumdan daha gerçek hissedilebilir ve deneyim, terapötik olmayan şekilde yeniden travmatize edilebilir.

### Kafa Arkası Ölçeği (Baş-Parmak Mesafesi ile Oryantasyonu Değerlendirme)

Bu düşünceler göz önüne alındığında, terapist ve danışan için danışanın ne zaman derealizasyona (çevreye yabancılaşma) sürüklendiğini, yani mevcut durumun gerçeklik ve güvenlik hissini kaybettiğini bilmesi önemlidir. Potansiyel olarak disosiyatif danışanlar için, mevcut duruma oryantasyon derecesi, Kafa Arkası Ölçeği (Back of the Head Scale) kullanılarak değerlendirilebilir. Bu prosedür, herhangi bir travmanın duyarsızlaştırılmasına başlanmadan önce, hazırlık aşamasında danışana tanıtılır. Terapist, "Buradan başın arkasına kadar giden bir çizgi düşünün [terapist bir parmağını kişinin yüzünün yaklaşık 35-40 cm önünde tutar], parmağımdan, yüzünüzde başınızın arkasına doğru uzanan bir çizgi. Çizgideki bu noktanın anlamı [terapist

işaret parmağını kıpırdatır], bu odada benimle olduğunu tamamen bildiğin, söylediklerimi kolayca dinleyebildiğin ve diğer hiçbir düşüncenin dikkatini dağıtmadığı olsun. Çizgideki diğer nokta, başının arkasındaki [terapistin noktaları], başka bir yerde olduğunu hissettiğindeki rahatsız edici düşünceler, duygular veya anı resimleriyle dikkatini dağıtanları temsil etsin. Gözlerin açık olabilir, ancak düşüncelerin ve farkındalığın tamamen başka bir zamana, yere veya deneyime odaklanmış halde. Şu anda, parmağınızla bu çizginin neresinde olduğunuzu gösterin."

Terapist, danışanın bu fikri anladığından emin olmak için kontrol etmelidir. Disosiyasyon deneyimine sahip çoğu danışan, bu prosedürü zihinsel yaşamlarının tanıdık bir yönünü ölçmenin ve ifade etmenin bir yolu olarak hızlı bir şekilde kabul edecektir. Varsayıma göre, kişi çizginin mevcut en uç noktasına ne kadar çok işaret ederse, göz hareketleriyle travma çalışması yapmak o kadar güvenli olur. Danışanlar, yaşadıklarına göre yüzlerinin önündeki veya gözlerine paralel bir yere, şakaklarının veya kafalarının daha geride kalan bir alanına işaret ederek tüm disosiyasyon deneyimlerini kolayca değerlendirebilirler. Zor bir kural olarak, travma odaklı çalışmanın devam edebilmesi için kişinin yüzünün en az 7cm önünde bir konuma işaret etmesinin gerekli olduğu varsayılır, ancak bu, danışandan danışana değişebilir. Kafa arkası ölçeğini bir terapi seansı boyunca kullanmak, rahatsız edici anıları yeniden işlerken danışanın şimdiki zamanda kalmasını sağlamada çok yardımcı olabilir.

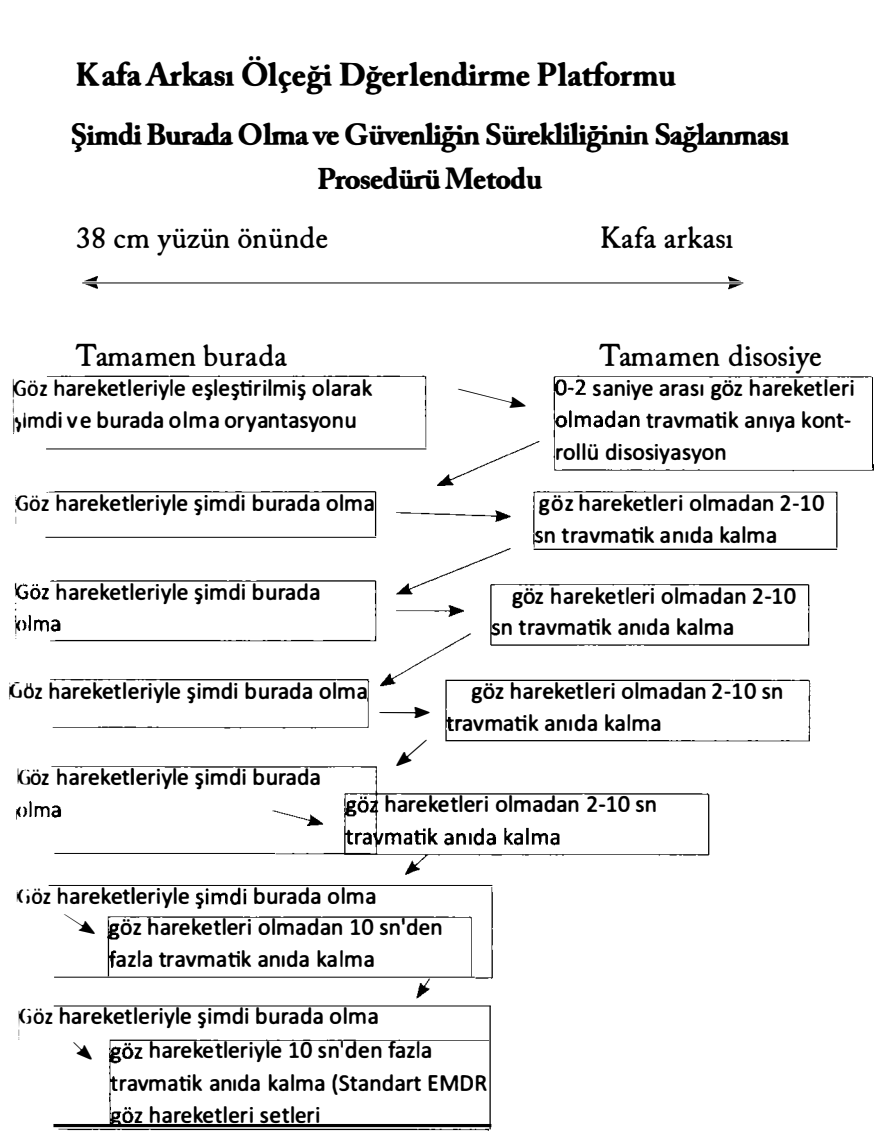
## Şimdi Burada Olma ve Güvenliğin Sürekliliğinin Sağlanması Prosedürü (CIPOS)

CIPOS (Şimdi Burada Olma ve Güvenliğin Sürekliliğinin Sağlanması Prosedürü) prosedürü, BHS (Kafa Arkası Ölçeği) ile birlikte kullanılır. Temel olarak, terapinin doğrudan gerçek yaşam

durumunda mevcut olan subjektif olma hissini yerleştirmek veya danışanın farkındalığını güçlendirmek için göz hareketlerinin kullanılmasından oluşur. Bu yöntem, hazırlık aşamasında, duyarsızlaştırma çalışmasından önce veya oldukça rahatsız edici belirli bir travmatik anının duyarsızlaştırılması sırasında kullanılabilir. Kişinin mevcut uyumunu göz hareketleriyle sürekli olarak güçlendirerek anının işlenmesi daha güvenli bir şekilde ilerletilebilir; böylelikle travmatik anının verimsiz, disosiye olmuş olarak yeniden tecrübe edilme riski daha az olur. CIPOS adımları aşağıdaki gibidir:

Adım 1: İşleme sırasında beklenmedik travmatik anının ortaya çıkmasına bakılmaksızın işi tamamlamak için terapi seansında yeterince zaman geçirerek, rahatsız edici anı üzerinde aşamalı ve güvenli bir şekilde çalışmak için danışandan tam bir izin alın. Disosiye olmuş ego durumları olan danışanlar için, "bu anıda yer alan diğer ego durumlarından" da izin alınması önemlidir.

Adım 2: Danışanın, bu yerin güvenliği de dâhil olmak üzere, terapistin ofisindeki mevcut durumun ve nesnel gerçekliğinin farkında olduğundan emin olun. Danışan mevcut durumun fiziksel güvenliğinden emin görünmüyorsa, bu konu doğrudan ele alınmalıdır. Bazen gözlemler, sorular ve tartışmalar yoluyla, danışanın günümüzde yaşadığı korkularının, aslında uzun bir süre önce sona eren ve genellikle çok uzakta gerçekleşmiş geçmiş bir olayın doğrudan sonucu olduğunu görmesine yardımcı olmak gerekir. Gerçekliği ortaya koymak için bu bilişsel uyuma, güvenlik duyguları eşlik etmek zorunda değildir. Ancak danışanın entelektüel anlayışında açıkça belirlenmelidir.




ŞEKİL 6.1 EMDR seanslarında disosiyasyon ve temel bilgilerin değerlendirilmesi için BHS ve CIPOS yöntemleri akış şeması. BHS, danışanın seanstaki disosiyasyon derecesini anbean gösterir. Seans protokolü, mevcut güvenliğe oryantasyon ve travmatik anıya maruz kalma arasında gidip gelir. Travmaya maruz bırakma ilk başta çok kısadır (eşleştirilmiş göz hareketi olmadan); danışan, travmatik anının göz hareketi setleri ile standart olarak eşlenmesini tolere edene kadar kademeli olarak artar.

Adım 3: Danışanın mevcut oryantasyon duygusunu daha da güçlendirmek için, terapist, danışanın mevcut gerçekliğine yönelik, ofisiyle ilgili bir dizi basit soru sorabilir. Her bir cevabı kısa bir göz hareketi seti izleyebilir. Danışanın her bir yanıtı, kısa göz hareketleri seti ile devam edebilir. Örnekler arasında; "Oradaki resim hakkında ne düşünüyorsun?", "Dışarıda giden arabaların seslerini duyabiliyor musunuz?", "Halıdaki desenleri görebiliyor musunuz?", "Bu odada kaç tane peçete kutusu var?" soruları olabilir. Danışan bu "basit sorulara" cevap verdiğinde, terapist "Bunu düşün." der ve kısa bir göz hareketi seti başlatır. Buna ek olarak, danışan öznel var olma duygusu ile "Şu an başka bir yerde olmaktansa burada olmanın nesi iyi?" diyebilir. Tabii ki nispeten güvenli bir zamanda olmak, travmatik bir olayı yeniden yaşamaktan çok daha iyidir; bu nedenle danışan şöyle bir şey söyleyebilir: "Burada rahatım." veya "Burada güvende olduğumu biliyorum." Bu olumlu bilgiler daha sonra ek göz hareketleriyle güçlendirilebilir. Eğer danışanın, terapistin bu basit soruları niçin sorduğu konusunda kafası karışırsa amaç açıklanabilir; mevcut gerçeklikte sağlam temel bilgiler, eski rahatsız edici anıları çözmek amacıyla EMDR'nin kullanılması için önemli bir ön koşuldur.

Danışanın şimdiki zamana yönelimine yardımcı olmak için özellikle yararlı bir yöntem, bir yastık veya kumaş ile yakalama oyununa katılmasıdır. Bir nesneyi ileri geri atarken mevcut gerçeklikten ayrılmak neredeyse imkânsız gibidir. Yakalama oynamak kolay gerçekleştirilen bir görevdir ve bireyin atılan nesnenin yörüngesini takip etmek için yönlendirme tepkisini nörolojik olarak aktive etmesini gerektirir. Bu prosedür, aşırı travmatik materyalin aktivasyonunu karşılıklı olarak inhibe ediyor gibi görünmektedir (Wolpe, 1958). Bu da danışanın te-

rapistin ofisinin gerçek güvenliğinden daha fazla haberdar olmasını sağlar.

Böylece terapist basit sorularla danışanları otomatik olarak rahatlama ve güvenlik duyguları taşıyan bu mevcut uyaranların farkındalığına yönlendirmektedir.

Adım 4: BHS kullanımı ile terapist CIPOS prosedürünün etkinliğini değerlendirebilir. Bu şekilde, danışanın "şimdi"ye sağlam bir şekilde dayanması garanti altına alınabilir. Bu sayede de travmanın yeniden işlenmesi sağlanabilir. Suya yakın büyüyen çocuklar bazen akıllıca bir tavsiye alırlar: "Ne kadar derin olduğunu bilmiyorsanız suya atlamayın." Bir danışan sağlam bir zeminde bir ayağı olmadan eski bir anıya dönerse, yeniden travmatize olması muhtemeldir. BHS, danışanın sığ suda güvenli bir şekilde kalmasını sağlamanın bir yoludur.

Adım 5. Şimdiye oryantasyon yeterince tesis edildiğinde, terapist olarak zamanı takip ederek danışana, anı görüntüsüne çok kısa bir süre (iki ile on saniye) gitmek isteyip istemediğini sorun. Bu müdahale özünde dikkatle kontrol edilen bir disosiyasyon sürecidir. Ayrılan sürenin bitiminden hemen sonra terapist, danışana yatıştırıcı ama tekrarlayıcı ve empatik kelimeler kullanarak "Şimdi odaya geri dön, tamam (buraya geri dönme talimatı verir). Sadece gözlerini aç, şimdi buraya geri dönüş yolunu bul. Evet, sadece gözlerini aç."; danışan gözlerini açana ve tekrar odaya bakana kadar terapist bunları söylemeye devam eder.

Adım 6: Bu noktada terapist "iyi, güzel" veya "doğru" gibi cesaret verici sözler söyler ve "Şu an gerçekte neredesin?" gibi sorularla CIPOS prosedürüne devam eder. Cevapları kısa göz hareketi setleri takip eder. CIPOS prosedürü, BHS

kullanılarak danışan terapistin ofisinin mevcut gerçekliğine doğru oryantasyonunu bildirene kadar devam eder. Bu noktada 5. adım tekrarlanabilir.

Adım 7: Bu süreç devam ettikçe, danışan rahatsız edici anıyla yüzleşmede daha fazla güven ve duygusal kontrol duygusunun yanı sıra şimdiki zamanda kalma yeteneğini geliştirir. Bu, standart EMDR duyarsızlaştırma prosedürlerinin kullanımına, yani çift yönlü uyarımın travmatik materyalle doğrudan eşleştirilmesine kapı açar.

## ÇOCUKLUK ÇAĞI CİNSEL İSTİSMARI SONUCU DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU

Aşağıdaki vaka örneğinde, Sevgi Dolu Gözler prosedürü, elli dört yaşındaki bir erkeğe çok erken ve şiddetli bir çocukluk travmasını çözmede yardımcı olmak için potansiyel olarak ezici çözülmemiş duygulanım içermesi nedeniyle CIPOS prosedürü ile birleştirilmiştir. Her ne kadar Chris geçmiş tedavi bölümleri ile ilgili çeşitli teşhislere sahip olsa da, DSM-IV'e göre, 1992'den beri teşhisi disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olmuştur. Chris'i ilk olarak Şubat 1999'da terapi için görmeye başladım. Bu noktada on iki yıldır aralıklı olarak ruh sağlığı hizmetleri alıyordu. Duygusal bozukluğu nedeniyle sosyal güvenlikten ekonomik yardım alıyordu. Hastaneye yatış riski taşımadığı ya da artık intihara meyilli olmadığı için tedavisi belirli bir ölçüde başarılı olmuş denilebilirdi. Bununla birlikte uyanık olduğu saatler, kendi de ifade edeceği üzere, yaygın kaygı belirtileri ile doluydu. Bir taraftan tekrar hastaneye yatmaktan kaçınırken diğer taraftan kendine zarar verme düşüncelerinden bahsetmesine olanak sağlayan, kendi icat ettiği kelimesiyle "intihara meyilli" olmaya devam etti. Bu düşünceye rağmen, gerçek intihar riski, şimdi-

ye kadar başarıyla uygulanan terapi sürecinin de etkisiyle düşük görünüyordu.*

Chris vakası kompleks bir vakaydı. Bir seanstan olan aşağıdaki alıntı, bu karmaşıklığı tam olarak gösteriyor. Bu seans deşifresinin amacı, disosiye olmaya son derece duyarlı bir bireyin EMDR tedavisinde CIPOS ve BHS yöntemlerinin kullanımını göstermektir.

## Seansa Hazırlık

Bu seans öncesinde Chris ile on altı aydır seans yapılıyordu. Çalışmamızın ilk altı ile sekiz ayı, ego güçlendirici kaynaklar geliştirmek (Kiessling, 2003; Leeds, 2002), Chris'in terapide benimle genel olarak daha rahat hissetmesine yardımcı oldu. Yaşam öyküsü ve disosiye olmuş bölümlerinin içsel yapısının çeşitli haritalarını bir araya getirdi.

Bu çalışma, DKB'li bireylere tedavi sağlamak için oluşturulmuş yöntem eşliğinde yapıldı (Kluft ve Fine, 1993; Putnam, 1989). Bu modelde, tedavinin temel olarak üç aşaması vardır: Stabilizasyon, travma çözünürlüğü ve entegrasyon. Chris aslında hayatında nispeten yüksek bir istikrar seviyesine ulaşmıştı -kendi evine sahipti, bir arkadaş çevresi vardı ve madde bağımlılığı veya kendine zarar verici davranışları bulunmuyordu. Geçmiş travma ile ilgili olarak, bir tür rüya gibi, disosiye olmuş bir şekilde, cinsel istismarın erken yaşlarda başladığını anlatabildi. Bu anıların en net olanı dört ile on yaş arasındaydı ve büyüdüğü mahallede yetişkin erkeklerin şiddetli cinsel istismarlarını içeriyordu. "Bunu hatırlamamaya çalışıyorum, ama küçük olanlar hepsini hatırlıyor ve hâlâ onları çok rahatsız ediyor." dedi. Kişilik sistemindeki farklı bölümlerin yıllarca farkında olduğunu belirtti.

EMDR'yi rahatsız edici malzeme ile ilk kullanımımız çok

dikkatli ve net bir şekilde yapıldı. Düşük SUD hedefleri, günlük hayatta mutfağını temizlemek istememek ve karlı bir günde arabasını kullanamamanın hayal kırıklığı gibi net bir şekilde görselleştirildi. Ayrıca, okuldan eve dönerken sarhoş bir adam tarafından korkutulduğunu açıkça hatırladığı çocukluktan daha rahatsız edici hedefler üzerinde de çalıştık. Artmış duygusal sınırlama ve kontrol uğruna, başlangıçta, danışandan her göz hareketinden sonra ilk görsel görüntüye dönmesinin istenmesi açısından EMDR'den farklı olan EMD prosedürünü (Shapiro, 1989) kullandık. Bu seanslarda CIPOS ve BHS prosedürlerini kullanmaya başladık ve Chris bu çalışmanın kendisine çok yardımcı olduğunu bildirdi.

## Kendini İfade Etme ile İlgili Zorluklar ve Kökenleri

Chris'in önceki başarılı seansları, daha fazla rahatsızlık veren hedefleri ele almaya başlamamıza kaynak oldu. Özellikle günümüzdeki bir sorun üzerinde çalışmaya başladığımızda, bu sorunun kökeninin şiddetli çocukluk dönemine ait cinsel istismardan kaynaklandığını tespit ettik. Şiddetli travmatizasyon öyküsü olan kişilerde olduğu gibi Chris de kendini savunma konusunda oldukça zorlandı. Başka bir kişiye "hayır" demenin, özellikle de o kişi güçlü biriyse ya da otorite konumundaysa, genellikle korkutucu olduğunu söyledi. Bu, elbette önemli bir konuydu. Çünkü "hayır" deme yeteneği kişiler arası uygun sınırların belirlenmesinde çok önemlidir.

Başlangıçtaki birkaç seans, Chris ile benim aramdaki ilişkide "hayır" diyebilme konusunun ortaya çıkma biçimlerine odaklandık. Bu seanslarda aktarım meseleleri ve seanslarımızda gerçeği anlatmanın önemi üzerine tartışmaya odaklandık. Sonuç olarak Chris gerçek duygularını çok daha kolay ifade edebildi. İç deneyimini doğru bir şekilde anlatmaya öncelik verdi. Adaptasyondan gerçeğe odaklanmış terapötik ittifaka bu geçiş,

EMDR'yi, oldukça rahatsız edici çekirdek anılarda kullanabilmemiz için gereken temel bir ön koşuldur.

Bu konuyu tartışırken Chris bana, "hayır" diyememenin diğer insanlarla arasında büyük bir sorun olduğu güncel rahatsız edici durumlardan bahsetti. Disosiyatif Masa Tekniği (Fraser, 1991) kullanarak EMDR ile bu özel durumlardan biriyle çalıştık. Sonuç olarak Chris'in "Kendimi iyi hissettiğim bir şekilde 'hayır' diyebiliyorum." olumlu bilişine ait VOC puanı 2'den 4'e yükseldi. Bu çalışmanın ardından kendine güvende bir artış hissetti. Ancak bu sorunun aynı zamanda "küçük olanlar" için son derece rahatsız edici olduğunu bildiğini belirtti.

Bir sonraki seansımızdan bir önceki akşam, gerçekten rahatsız edici bir rüya gördüğünü söylemek için Chris beni aradı. Aslında rüyanın gerçek bir olay, yani bir anısı olduğuna emindi. Rüyasındaki anının bir çizimini yaparak duygularını kontrol altına alabildi ve ertesi gün seansımızda çizimini şu şekilde tarif etti:

> Bunlar olduğunda sanırım 4 ya da 5 yaşlarındaydım. Uzun otların olduğu bir nehir kıyısında yürüyordum. Bazı serseri tipli adamlar dışarı fırlayıp beni yakaladılar ve bazı şeyler yapmamı istediklerini söylediler. Beni nehre inen uçurumun tepesine götürdüler. Beni büyük bir petrol variline oturttular, kapağı da üzerine koydular ve uçurumdan atacaklarını söylediler. İşte, dün gece konuştuktan sonra yaptığım çizim. Rüyamı ve rüya sırasında hissettiğim ölümle ilgili hislerimi resmettim... Keşke gerçekten ölseydim.

Chris bu düşüncenin sadece bir dürtü olduğunu, gerçek bir intihar tehlikesi olmadığını söylemeye devam etti. Ancak yine de bu anıyla bağlantılı olarak yoğun bir duygu yaşadığı ortadaydı. Bu olay, önceki bir seansta bahsettiği bir olaydı, ancak daha

önce görsel imge ve etkinin koruyucu disosiye olması nedeniyle engellendiği ve onu orijinal olayın yoğun bir şekilde yeniden dinlenmesine karşı savunmasız bıraktığı açıktı.

## Travmatik Anı ile Doğrudan Çalışmaya Hazırlık

Chris'in mevcut seanstaki sıkıntısı ve önceki EMDR deneyimlerindeki başarısı göz önüne alınıp onun da izniyle bu anıyı seansın odağı haline getirmeye devam ettik. Bu seans deşifresinde Chris, çözülmemiş travmatik anıyı tutan disosiye olmuş çocuk ego durumu olan Küçük Terri'den bahseder.

Terapist: [Çizime bakarken] Demek, başının bu tarafındaki kötü hislerle birlikte bu, Küçük Terri.

Danışan: Evet, başı çatlıyordu; zihni, korkudan, korku ve dehşetten kendini kaybediyor gibiydi.

Terapist: Ve bunlar, o adamlar mı?

Danışan: Onların üçü.

Terapist: [Çizimin üzerindeki kelimeleri okuyor] "Eğer istediğimizi yapmazsan seni öldüreceğiz." "Çok korkuyorum; ölümüne korkuyorum. Yardım et, yardım et, yardım et İsa! "

Danışan: İsa'ya dua ediyor.

Terapist: "Ben her zaman, sen ne istersen yaparım." Sanki Küçük Terri onlara bir söz vermişti, ama bu hayatında nasıl olması gerektiği, dünyada nasıl yaşaması gerektiği hakkında bir karar gibiydi. Yani dün gece bunu çizdin. Chris, hadi, bugün zamanımızı -bunun iyi bir fikir olduğunu düşünüyorsan ve Küçük Terri bunun iyi bir fikir olduğunu düşünüyorsa- onu bulunduğu yer-

den kurtarmak için neler yapabileceğimizi görmek için kullanalım. Buna başlamadan önce emin olmak istiyorum. Şimdi, nasıl emin olacağız? -Çünkü her şeyi kabul edecek. Ona razı gelip gelmeyeceğini gerçekten bilmek istediğimizi biliyor mu? Bu durum onu bu yerden kurtarmamıza izin vermeyecek kadar korkutucu ise sana ve bana "hayır" deme hakkı var.

Danışan: Evet. Son birkaç günde deneyimlediğim kadarıyla, Küçük Terri'nin benim kadar ona maruz kalma korkusu olduğunu sanmıyorum. Bunu yıllar önceki ve son zamanlarda olan bir flashbackten anladım; –emin değilim ama bir yıl kadar önce– aklıma geldiğinde müthiş bir korku, panik ve dehşet vardı. Geri dönüşte fıçı oradaydı ve onu aldılar. Büyük bir uçurum vardı. Aşağı baktığında çok yüksekti, sadece korkutucuydu.

Terapist: Yani Chris, bu konuda Küçük Terri'den bile daha fazla korkun var. Bunu mu söylüyorsun?

Danışan: Evet, sanırım. Dün gece bunu hissettiğimde, sadece boğucuydu… Korku ve panik. Şimdiye kadarkiler arasında en büyük korku ve panik. Ona söylediler, onu tehdit ettiler, onu öldüreceklerdi, çünkü görünüşe göre tam olarak istediklerini yapmıyordu ya da öyle bir şey. O fıçı için bir kapak vardı ve kapağı taktılar. Ve orası tamamen karanlıktı. Ve dün gece, hissettim, sadece inanılmazdı, muhtemelen bir saat bekledim, zordu, korku ve panik hissettim, çok kötüydü, sadece korkunçtu. Kapağın takılı olması çok korkutucuydu. Bence çocuklar bir şekilde ölümün ne olduğunun farkındalar. Ve ölümden korkmak, bir çocuk için bile, sadece travmatik ve tamamen korkutucu.

Terapist: Bunu içine atmak, anlamak çocukkenki yeteneğinin çok ötesinde olmalı. Muhtemelen öylesine boğucuydu ki yapabileceğin tek şey yaptığın şeydi.

Chris'in şimdide kalabilme ve güvenlik hissine yardımcı olmak için olaya karşı mesafeli bir örgü kullandım:

Terapist: Chris, işte düşünülecek bir şey. Bir odada, bunun gerçekleştiği yerden elli yıl ve iki bin mil uzakta, olanlardan çok uzaktayız ve bugün bunları konuşuyoruz. Söylediğim şey şu ki, yaşadığınız şeylere bu bilgileri dâhil edeceksiniz; bunu duygularınızı geçersiz kılmak için değil şu anda yaşadığınız duygulara bir bakış açısı vermek için yapacaksınız, çünkü bunu düşündüğünüzde duygularınız hâlâ çok güçlü, şu an -ve düşündüğünüzde bu oldukça garip- iki bin mil ve neredeyse elli yıl uzakta olan bir şey bu. Ve aslında sizin için çok fazla gerçek güvenlik yaratan mesafe var. Şimdi, bu duyguların kendi kendine gitmesini sağlamayacak. Amaç sadece bakış açısına sahip olmak.

Anı üzerinde çalışmak için sistemden izin aldığımdan emin oldum:

Terapist: Yetişkin Chris, bugün bununla çalışırsak ve daha iyi hissetmek için bir şeyler yapıp yapamayacağımızı görürsek, bu senin için iyi olur muydu? İzlediğimiz yol boyunca çok korkutucu gelebilir, bence sonunda daha iyi hissettirecek.

Danışan: Bence bu iyi olurdu.

Terapist: Yani sen yetişkin olarak bununla çalışmanın uygun olduğunu mu söylüyorsun? Ve küçük Terri bunun iyi olduğunu söylüyor mu?

Danışan: Evet.

Terapist: Şimdi iç dünyana dön ve bugün çalıştıklarımızın diğer küçük parçalar için de iyi olup olmadığını gör. Bunun bir parçası olmak zorunda değiller; eğer onlar için çok korkutucu ise bunun bir parçası olmak zorunda değiller. Sorduğum şey, iyi bir şey olabileceğini görmek için; sen ve Küçük Terri'nin birlikte çalışmasına izin verirler mi?

Danışan: "Evet." diyorlar.

Chris'in ofis ortamında açıkça mevcut bulunduğundan emin olmak için CIPOS prosedürünü kullandım:

Terapist: Güzel. Şimdi bu anı üzerinde çalışmaya başlamadan önce, sana basit sorularımdan bazılarını sorayım. Etrafına bak ve nerede olduğunu söyle. Gerçekte şu anda neredesin?

Danışan: Buradayım, ofisinizde.

Terapist: Bu doğru. Bunu düşün. [BLS] Başka bir yer yerine burada olmanın nesinin iyi olduğuna dikkat et. Şu anda, bugün, bunu düşündüğünde cevabın ne olduğuna dikkat et. Bugün, başka bir yerde değil, bu ofiste olmanın nesi iyi?

Danışan: Burada olmaktan hoşlanıyorum.

Terapist: Güzel. Peki.

Bu noktada Chris gözlerini kapadı. Geçmişle günümüz arasındaki terapötik dengeyi bozma riskiyle, anıda disosiye olmaya başlamış gibi görünüyordu. Şimdi, günümüze geri dönmesine yardımcı olmak için ek bir CIPOS prosedürü kullanıyorum.

Terapist: Mümkünse tekrar gözlerini aç; çünkü bu, burayla bağ-

lantılı kalmana yardımcı olur. [Chris gözlerini açar.] Ama şimdi anıların çekildiğine dikkat et, onları fark etmeni istiyorlar. Onlara haber ver, bir dakika içinde sana ulaşacağız, seni unutmayacağız. Ama oraya gitmeden önce, başka bir sorum var: Bir elinle yastığı tutabilir misin?

Danışan: Tek elle yakalayıp yakalayamayacağımı bilmiyorum.

Terapist: Dene ve yapabileceğini gör. Bu yastığı tut. [Yavaşça küçük bir yastığı uzatır.] Güzel. Tamam, şimdi, tek elle atabilir misin? Şimdi tekrar yakalayıp yakalayamayacağına bak. Güzel. [Chris gülümser.] Şimdi daha fazla buradasın değil mi? Daha fazla şimdide olduğuna dikkat et.

Danışan: Evet.

Terapist: Güzel.

### Anı Malzemesine Kontrollü Erişim

Başlangıç olarak Chris'ten çalışılacak anıyı göz hareketleri olmadan ve sadece birkaç saniyelik kısa bir süre için düşünmesini istiyorum. Sonrasında terapi odasına oryantasyonu sağlıyorum ve mevcut durumun objektif olarak güvenli olduğunu kabul etmesini rica ediyorum. Bu güvenlik konusundaki farkındalığı göz hareketleriyle eşleştiriyoruz. Bu şekilde Chris, güvenlik bilincini sürekli olarak güçlendirebilir ve geçmiş ile şimdi ayrımının farkındalığında gerekli dengeyi koruyabilir.

Terapist: Şimdi gözlerini kapattığında fark et, sadece anının gelmesine izin ver, anının istediği gibi gelmesine izin ver. Ve kendini anının içine bırak. Güzel. Ve bunun nasıl hissettirdiğine dikkat et ve fark edebildiğin her şeyi fark

et. [Üç saniyelik bekleme] Tamam Chris, gözlerini aç ve buraya geri dön. Bir dakikaya geri döneceğiz, ama şimdi gözlerini aç ve buraya geri dön. [Chris gözlerini açar] Şu an ofisimde misin?

Danışan: Öyleyim.

Terapist: Tamam, sadece bunu düşün. [ Kısa BLS] Bu güzel. Güzel. Şimdi parmaklarımı hareket ettirmeyi bıraktığımda, tekrar anıya girmen için kendine izin ver. [Chris gözlerini kapatır.] Güzel. Ne olursa olsun sadece orada ol ve orada olduğun zaman fark edebildiğin her şeyi şeyi fark et. Tamam, şimdi Chris, tekrar geri dön. Buraya dön. [Chris gözlerini açar.] Güzel. Burada mısın?

Danışan: Evet.

Terapist: Güzel. Sadece bunu düşün ve parmaklarımı tekrar izle. [BLS] Sadece burada olduğunu ve başka hiçbir yerde olmadığını fark et. Tamam, şimdi parmaklarımı hareket ettirmeyi bıraktığımda, yine oraya gitmene izin ver. [Chris gözlerini kapatır.] Ve belki o zaman tekrar oraya geri döndüğünde daha da dikkatli olursun, gözlemleyebildiğin ne varsa onlara bak. Bu doğru, tamam. Şimdi Chris, gözlerini tekrar aç ve şimdi fark et, bunu yaptığında geri gelmek daha mı kolay?

Danışan: Evet.

Danışan: Güzel. Dikkat et. Dikkat et bunu yaptığında, geri gelmek daha kolay. [Ek göz hareketi setleri] Güzel. Doğru. Tamam, şimdi ben parmaklarımı hareket ettirmeyi bırakacağım, gözlerini açık tut, böylece göz hareketleri olmadan da burada olabilirsin ama sadece bil, şimdi buradasın. Güzel. Şu anda gözlerin açıkken neye dikkat ediyorsun?

Danışan: Gözlerimi açık tutmak zor.

Terapist: Çok güçlü bir şekilde çekiyor, değil mi? Oraya geri dönme isteği.

Danışan: Evet. En son gittiğim gibi, Terri sadece o varil içinde oturmuyor. Gerçekten çıkmak için mücadele ediyor. Dışarı çıkmak için panikledi ve... Bu, bir tür ölüm kalım mücadelesi gibi... Bir çocuğu varil içine koyup kapağı takıyorum. Panik, panik, panik...

Terapist: Evet, çok fazla panik hissetmesi anlaşılabilir. Biz oraya tekrar gitmeden önce, zihninde sadece buraya, odaya dön. Tamam mı? Burada olduğunu, buradan başka hiçbir yerde olmadığını fark et. Konuştuğumuz süre boyunca buradaydın. Sadece eski şeylerden, çok uzun zaman önce olanlardan bahsediyoruz. Şu an gerçekten buradasın.

Danışan: Evet, bu bir bakıma zor. Artık tamamen dışına çıkabileceğimi sanmıyorum. Bir nevi burada kalmışım gibi.

Chris şu anki duruma yönelmesini sağlamada bazı zorluklar gösterdiğinden, Kafa Arkası Ölçeği (BHS, baş-parmak mesafesi ile oryantasyon değerlendirme ölçeği) ile disosiyasyonu değerlendiriyorum. Önceki seanslarda yaptığımız uygulamalar nedeniyle bu ölçüme aşinaydı.

Terapist: Evet, bu şeyler hakkında konuştuğumuzda ne olabilir? Bana parmağınla başının arkasından sağa doğru bir çizgi göster. [Bir parmağımı yüzünden yaklaşık 40cm uzakta tutuyorum] Ne kadar uzaktasın?

Danışan: Belki burada. [Yüzünden yaklaşık 8 santimetre uzak mesafeyi gösteriyor.] Yardım etmek için yeterince dışa-

rıdayım ama ondan gerçekten kurtulamıyorum.

Terapist: Bunun işe yaraması için tamamen dışarı çıkmana gerek yok. Yeterince dışarı çık, gerçekte burada olduğunu biliyorsun. Aslında buradasın.

Danışan: Bunun yardımcı olduğunu fark ettim. Söylediğin gibi, bir ayak içeri ve bir ayak dışarı.

Terapist: Bir ayak geçmişte, bir ayak şimdide.

Danışan: Evet, yeterince farkına vardım, yardımcı oldu. [Uzun duraklama] Sadece seks olsaydı yaşanılan şey, o bile bu kadar kötü olmazdı. Üzerine bir de tehdit etmeleri ve dehşete düşürmeleri... Hıh, seks yap, bununla karşılaştırdığında kimin umurunda, önemli olan bizi öldürme.

Terapist: Chris, sanırım planladıkları manipülasyon; onlarla seksin, ölümle karşılaştırıldığında daha iyi olduğunu düşünmendi.

Danışan: Failler akıllı, çok akıllı. Her şeyi düşünüyorlar.

Terapist: Burada ne yapmaya çalıştığımızı biliyorsun ve sanırım bunun zaten gerçekleşmekte olduğunu görebiliyorsun. Bunun neden olduğu hasarı geri almaya çalışıyoruz. Bunun şimdiden olumlu bir yönde ilerlediğini görebiliyor musun?

Danışan: Evet, geçen hafta bunun çok yardımcı olduğunu fark ettim.

Terapist: Güzel.

Danışan: Evet, ama dün gece acı ve korku o kadar fazlaydı ki beni geri çekmeye devam etti. Yani içeri girer ve bulurdum. Sonra biraz içeride kalır küçük parçalarla konuşmaya

çalışır ve sonra geri dönmeye çalışırım, ama bu kez çok fazla acı ve korku olduğunu fark ettim!

Terapist: Düşündüğünden daha fazlası olduğunu biliyorum. Ama şimdi bunu yap: Elinle, şu anda ne kadar uzak olduğunu göster.

Danışan: Biraz daha uzağım. [Yüzünün yaklaşık 20cm önünü işaret ediyor.]

Terapist: Güzel. Peki burada -elimle gösteriyorum- olduğun zamanla [Elimi yüzünün 7-8cm karşısında tutuyorum], buradakinin [yaklaşık 20 cm uzaklıkta tutuyorum] arasındaki fark nedir? Fark ne?

Danışan: Ben öyle değilim... Birkaç dakika önceki gibi beynimin arkasında çok fazla hissetmiyorum.

Terapist: [Yavaş BLS] Bunu düşün. Sadece bu farka dikkatini ver. Bu güzel.

Chris'in ifadesi, beyninin arkasını çok fazla hissetmediği anlamına mı geliyor? Terapist olarak benim için bu kelimelerin tam anlamını bilmem önemli değil. Aksine, Chris'in BHS'de ölçüldüğü gibi, deneyiminde günümüze doğru artan oryantasyonla bir tür olumlu kayma tanımladığı yeterince açık. Dolayısıyla benim açıklamam; bu kaynağı göz hareketleriyle güçlendirmek, sonuç olarak travma anısıyla yüzleşmesinde daha da güçlenmesini sağladı.

### Daha Uzun Bir Süre için Travmatik Anıya Erişim

Chris disosiye bir durumdan şimdiye oryantasyonunu tekrar sağlama kabiliyetini artırdığından, artık anıyı işleyebilmemiz için orada daha uzun süre kalmaya hazırdı.

Terapist: Güzel. Şimdi, parmaklarım hareket etmeyi bıraktığında ve sen hazır hissettiğinde geriye dönebilmek için kendine izin ver. Hazır olduğunda gözlerini kapat [Chris gözlerini kapatır] ve 10 saniye öncesine geri dön. Zamanı takip edeceğim. Hâlâ, söylediğim her şeyi iyi duyabiliyorsun. Oradan bana söylemek istediğin bir şey var mı?

Danışan: Çok acı veriyor. [Ağlamaya başlar.]

Terapist: Tamam, şimdi Chris, gözlerini aç ve şimdiye geri dön. [Gözlerini açar.] Tüm yolu geri dön. Geri dönüş yolunu bul. Burada ol. Buradaki mendili kullanabilirsin.

Danışan: Teşekkürler.

Terapist: Şimdi gözlerini açık tut ve hatırla. Bu çok yardımcı olur. Gözlerini açık tut, çünkü nerede olduğunu görebiliyorsun. Burada mı, yoksa orada mı olmak daha iyi? Çözmek için hatırlamak istiyorsun, ama nerede olacağını sen tercih edersin? Hangi yerde olmayı tercih ederdin?

Danışan: Bence burada olmayı tercih ederdim fakat orası aklımı daha çok çeliyor. Geçmişte bazı günler bütün gün boyunca çizerdim. İçine girer ve orada kalırdım.

Terapist: Evet, içeri girip orada kalmak terapötik olmamaya daha meyilli gibi; iyileştirmez. Onu tekrar yaşamak gibi. Burada yaptığımız şey tedavi edici. Çünkü geçmişe dönüp geri geliyorsun. Bu, anının tamamen içine girme ve buradakinden daha fazla orada olma arasında bir fark dünyası. Bunu anlayabiliyor musun?

Danışan: Geçen hafta biraz yakaladım gibi.

Terapist: Bu güzel. Biz buna devam ederken, oraya gittiğin anda

adeta zihninde bölünmüş bir ekran gibi burada kalman gittikçe daha iyi olacak. Şimdi bunun senin için mümkün olup olmadığına bak. Hemen şimdi dene ve gör.

Danışan: Evet, öyle.

Terapist: Hazır olduğunda, geriye git. Zihnine onu getirdiğinde şimdi neler var?

Danışan: İçimizde korku ve acı. Panik ve bulantı. [Gözlerini kapatmaya başlar]

Bu noktada, Chris güçlü bir şekilde anıya çekilme hissi duyuyor ve bu yüzden benimle olan bağlantısını ve güvenliğini sağlamanın bir yolu olarak daha aktif olarak konuşmaya başlıyorum.

Terapist: Şimdi, gözlerini açık tut; gözlerini açık tut. [Chris gözlerini açar.] Güzel, derin bir nefes al ve etrafına, ofisimde halının üzerinde parlayan güneş ışıklarına bak. Pencereden dışarıyı gör. Kendine burada olduğunu gerçekten hatırlatmak için ne yapman gerekiyorsa yap; orada değilsin. Güvende olduğun bir yerdesin. Bunları kendine hatırlat. Tüm bunlar, sadece anı. Yeniden yaşanıyor gibi hissettiriyor, ama sadece zihninde bitmemiş bir şekilde saklanan deneyimler bunlar. Hepsi öyle. Bir şekilde sinirlerinde depolanıyorlar. Biz ise hepsini çalışıyoruz, böylece bu eski anılardan, tüm rahatsızlıklarından kurtulabilirsin. Ne olduğunu hatırlamaya devam edeceksin ama artık seni yıpratmayacak.

Danışan: Evet, zihinsel ve fiziksel rahatsızlık, bu korkunç, çünkü hissettiğimiz korku ve endişe, midemizdeki bulantı, bizi sürekli tahrik ediyor. Beynimizdeki zihinsel rahatsızlık... Bizi oraya çekiyor ve oraya çekiyor... Korkudan, şeylerden çok korkmaktan. [Gözlerini kapatır].

Chris oryantasyon ve güvenlik algısına daha fazla erişebiliyor gibi görünüyor, bu yüzden bu olumlu değişikliği tanımasına yardımcı olmak için aşağıdaki soruyu soruyorum:

Terapist: Şu anda bu zor bir soru olabilir, ama şu anda orada olmak için sıfırdan 10'a, en çok 10 olmak üzere, ne kadar isteklisin?

Danışan: Şu an yaklaşık 5.

Terapist: Daha önce kaçtı?

Danışan: Muhtemelen 10.

Terapist: Bir şeyler değişti mi? Tekrar gözlerini aç ve geri gelmenin ne kadar kolay olduğunu fark et. [Chris gözlerini açar]. Bu senin için rahatlatıcı mı?

Danışan: Evet, öyle.

Terapist: Güzel, bunu düşün. [Başka bir göz hareketleri seti]

Chris disosiye olmuş travma ego durumundan çıkabilme yeteneğiyle, artık terapötik bir şekilde anıya geri dönebiliyor. Kendisinin bu anıdan daha büyük olduğunu öğreniyor.

Terapist: Tamam, birkaç dakika içinde, parmağımı hareket ettirmeyi bırakacağım, şimdi ona geri dönmeye, tekrar anıya doğru geri gitmeye hazır ol. [Chris gözlerini kapatır.] İşte başlıyoruz. Sadece anının içine çekilmene izin ver. Geri dönüp tekrar düşünmek isteyen parçanı memnun et... Güzel.

Danışan: Tanrım, o fıçıdan çıkmalıyız. Küçük Terri'yi oradan çıkarmalıyım.

Chris şimdi, yetişkin kendiliği konusunda, Küçük Terri'nin

ego durumundan deneyimsel olarak ayrı, daha büyük bir farkındalığa sahip. Şimdi ve geçmiş ego durumları arasındaki iyileştirici bağlantıyı artırmak için ona şu soruyu soruyorum:

Terapist: Küçük Terri onu tanıdığımızı ve onu kurtarmaya çalıştığımızı söyleyebilir mi? Bunun olduğunu söyleyebilir mi?

Danışan: Söyler.

Terapist: Tamam. Şimdi, onu kurtarmaya çalıştığımız için bizim hakkımızda ne hissediyor?

Danışan: Başaracağımızı umuyor.

Terapist: Tamam, bu güzel. Onu kurtarmaya çalıştığımızı bilmek ona biraz yardımcı oluyor mu?

Danışan: Orada olduğunu bilmesi bile yardımcı olur. O tamamen yalnız.

### Sevgi Dolu Gözler ile Müdahale

İyileştirme bağlantısını daha da geliştirmek için, Chris'in, çocukluk kendiliğini, kabul gözleri ile görmesini öneriyorum.

Terapist: Chris, şu an Küçük Terri'ye bakıp onu orada görebilir misin? Tamamen karanlıkta olmasına rağmen, onu orada görebilirsin, değil mi? [Chris başını sallar.] Onun duygularına bak. Onun duygularını gör. Onun duygularını görebiliyor musun? [Chris başını sallar.] Bununla kal ve parmaklarımı izle, çünkü bu çok yardımcı olacak. [BLS] Şu anda ona baktığında görebildiğin her şeye bak ve kapak varile konduktan hemen sonra ne kadar korktuğunu gör. Bununla kal.

Danışan: Beni dışarı çıkar! Beni dışarı çıkar!

Chris'in ses tonu, Little Terri'de gördüğü kelimeleri yansı-

tıyor, disosiye olmayıp Küçük Terri'ye dönüyor. Bununla birlikte, süreci duygusal olarak güvende tutmak için ondan mevcut gerçeklik hakkında net bir farkındalığa geri dönmesini rica ediyorum.

Terapist: Şimdi gözlerini aç. Gözlerini aç. [Chris yavaşça gözlerini açar.] Bir dakika içinde Küçük Terri'ye geri döneceğiz, ama şimdi buraya geri dön. Geri dön, şimdi geri dön. Gözlerini açık tutmak yardımcı olacaktır. Sadece burada ol. Etrafına bak. Burada kalmanın zor olduğunu biliyorum. Sen bu odadaki güvenlik hissine geri döndüğünde çekim ne kadar güçlü, ilginç değil mi? [Chris başını sallar.] Tamam, sen hazır olduğunda, gözlerini kapat ve kendini yeniden olayın girdabında sürüklenmeye bırak. [Chris başını sallar.] Kısmen burada kaldığınızdan emin olun. Küçük Terri'nin yolda olan yetişkinlerin varlığını bilmeye ihtiyacı var. Bunun geri çekilmeye nasıl bağlı olduğunu görüyor musun? Küçük Terri her zaman buna ihtiyaç duydu. Her zaman onu kabul eden, güvende olmasına yardım etmek isteyen, neler yaşadığını bilen bir yetişkine sahip olmasına ihtiyaç duydu. Yani bir çekim var. Geri dönüp ona yardım etmemiz gerekiyor. Ama bunu yapmadan önce, güvende olma ve burada olmanın farkında olmak önemlidir. O zaman, şimdi gözlerini aç. Bu oda güvenli bir oda mı?

Danışan: Evet, öyle.

Terapist: Sadece bunu düşün Chris. [BLS]. Bunun güvenli bir oda olduğunu bilmene çok sevindim. Bu iyi. Doğru. Şimdi, oraya tekrar girmeye hazır mısın? [Chris başını salladı ve gözlerini açtı. ] Tamam, geri dönmek için kendine izin ver. Şimdi ona geri döndüğünde neler var?

Danışan: Çok ileri gitmiyorum.

Terapist: Sadece fark et. Şimdi geri döndüğünde farklı olan nedir?

Danışan: Bir nevi garip. Aslında biraz sakin hissediyorum, sanki Küçük Terri iyi olacak.

Terapist: Şu an, o nasıl hissediyor?

Danışan: Aslında şu an daha iyi hissetse de biraz korkuyor. [İki ego durumu arasındaki etki farklılığına dikkat edin. Yetişkin Chris sakin, Terri ise "daha iyi ama korkmuş."]

Terapist: Elbette öyledir. Acaba şu an deneyimlediğiniz şey, Chris, sizin için biraz şaşırtıcı bir şey mi? Bunun nasıl olduğuna dikkat et. Şimdi tekrar içeri dön. Gözlerini kapat. Şimdi geri döndüğünde neler var?

Danışan: Küçük Terri çıkmak istiyor. Çığlık atıyor, tekmeliyor, sallanıyor ve dua ediyor. Lütfen, lütfen, bırak beni.

### Standart EMDR'yi Duyarsızlaştırma/*Yeniden İşleme* ile Değiştirmek

Bu noktada Chris, standart EMDR duyarsızlaştırma prosedürlerini kullanmak, yani göz hareketlerini doğrudan bu anıdaki rahatsız edici malzeme ile birleştirmek için gerçeklik ve güvenlik sunabilecek yeterli oryantasyona sahipti.

Terapist: Tamam, gözlerini aç ve bunu düşün. [Chris ile konuşurken, göz hareketleri devam ediyor.] Ve onun bedenindeki korkuyu fark et.

Danışan: Korkutucu.

Terapist: Dikkatini çığlık atmasına ve tekmelemesine yönlendir. Sahip olduğu tüm korkuyu fark et. Hissettiği korku,

bedeninin neresinde? Bu korku bedeninde nerede yer alıyor?

Danışan: Midesinde. Zihni paramparça.

"Paramparça" kelimesi, KüçükTerri'nin zihninde geri dönüşü olmayan bir zarar anlamına geliyor. Ancak, bu bağlamda, zannediyorum ki işlenmemiş rahatsızlığın yoğunluğunu ifade etmek için kelime farklı anlamda kullanılmış. Bu nedenle, bu kelimeyle ilişkili deneyime odaklanıyoruz. Chris'ten Küçük Terri'nin parçalanmış zihninin farkında olunmasını ve bunu kabul etmesini istiyorum, böylece işleme devam edebiliyor. Ayrıca, bilgilendirici bir iç içe geçme eklenilir -Küçük Terri'nin zihninin parçalanması fikri tersine çevrilebilir.

Terapist: Aklı paramparça olduğunda onun nasıl hissettiğine, onun için ne kadar korkunç olduğuna dikkat et. Sadece fark et. Çünkü biliyor musun, zihni paramparça olduğunda, onun için nasıl olduğunu fark etmen, onun zihnini iyileştirmeye başlar.

Danışan: Çocukluk korkusu ve panik, çok korkunç.

Terapist: Evet. Şimdi zihninin nasıl yeniden parçalandığını fark et; bunu sadece fark et. Dikkatini, zihninin nasıl parçalandığına yönlendirdiğinde ne olduğunu gör. Bunu gördüğünü, o da senin bildiğini anladığında ne olduğunu fark et. Buna dikkat ediyorsun ve onu önemsiyorsun. Neler olduğunu fark et. Bunu fark ettiğinde parçalanmış zihninde ne olduğunu söylerdin?

Danışan: Bu ona yardım ediyor, korku ve panik o kadar büyük ki zihni dağınık ve gitmiş.

Terapist: Tamam, şimdi aç gözlerini. Burada kal ve şimdi senin

için ne kadar rahatsız edici olduğunu fark et. Şimdi düşündüğünde sıfırdan 10'a derecelendirirsen, senin için ne kadar rahatsız edici?

Danışan: Biraz daha az hissediyorum. Daha iyi hissediyorum.

### Küçük Terri'yi Kurtarma

Bu anıyla ilişkili duygu, başladığımızdan çok daha az. Devam eden ve kendi yönünde ilerleyen bir iyileşme süreci var. Bu süreci kolaylaştırmak için Chris'e seansın başındaki hedefimizi hatırlatıyorum:

Terapist: Chris, sadece aradaki farkı fark et. Bugün başladığımızda, hedefimiz Küçük Terri'yi o varilden kurtarmaktı. Ne yaptığımızı anlıyor musun?

Danışan: Onu dışarı çıkarmam gerek.

Terapist: Onu oradan nasıl çıkarabiliriz?

Danışan: Bence İsa gibi, güçleri olan büyük bir yetişkin gelip bu kapağı açabilir ve onu oradan çıkarabilir.

Chris'in öncülüğünde, onun imgesine ekliyorum.

Terapist: Sen, ben ve İsa şimdi gelirsek nasıl olur?

Danışan: Bu harika olurdu.

Terapist: Hadi bunu yapalım. Sadece olmasına izin ver. Sen, ben ve İsa burada. Ve üç faile de dikkat et; İsa'yı gördüklerinde nasıl olduklarına dikkat et.

Danışan: Yere düşüyorlar ve hareket edemiyorlar.

Terapist: Peki, şimdi ne yapacağız? Devam edelim ve şimdi yapılması gerekeni yapalım.

Chris seanslarımıza her zaman bir sırt çantası getirirdi. Bana veriyor.

Danışan: Bu Küçük Terri olsaydı, içeri girip onu çekebilir miydin? [Ağlıyor.]

Terapist: Evet, işte burada. [Sırt çantasını geri veriyorum.] Burada, onu tutuyorsun, tamam mı? Onu sıkıca tutuyorsun. Ve onu tutarken, şimdi gözlerini hareket ettir ve onu sıkıca tutmanın tadını çıkar. Güzel. Ağlaması iyi değil mi? Sorun yok değil mi? Ağlar ve ağlamaya devam edebilir, sorun değil. Muhtemelen ağlamaya, çokça ağlamaya ihtiyacı var. Ağladığı için ona kızmazsın değil mi? [Chris başını "hayır" anlamında sallıyor.] Güzel [BLS]. Bir dakikalığına parmaklarımı hareket ettirmeyi bırakacağım. Anıya dönmek için kendine tekrar izin ver.

## Çalışmayı Yeniden Kontrol Etmek

Anı büyük ölçüde işlenmiş olmasına rağmen, hangi rahatsızlığın kalabileceğini görmek ve yaptığı olumlu ilişkileri geliştirmek için Chris'ten geri dönmesini istiyorum.

Terapist: Şimdi, içine geri dön. Geri döndün, şimdi ne var?

Danışan: O varilin dışında olduğum için çok rahatladım. Bir mucize gibi. Çıkacağımı hiç düşünmemiştim. [BLS.]

Terapist: Tekrar bu anıya dön. Şimdi ne var?

Danışan: Çok rahatlamış hissediyorum.

Terapist: Vücudundaki bu rahatlamayı hissettiğinde, bunun nerede olduğuna dikkat et. Kendini içine bırak ve tadını çıkar; rahatlamanın tadını çıkar. Gözlerini aç ve parmaklarımı takip et ve rahatlamanın tadını çıkar. Sonunda. Çok memnunum. [BLS]

Danışan: Bitmiş olması çok iyi hissettiriyor. [*Chris, rahatlamış bir şekilde gözlerini kapatır.*]

Terapist: Chris, gözlerini aç ve buraya geri dön. Gözlerini aç ve buraya geri döndüğün zamanın nasıl farklı olduğunu gör. Sadece bir saat önce, onun içine girip dışarı çıkmaya çalıştığın zamandan farklı olan ne?

Danışan: Kendimi normal hissediyorum! Kendimi iyi hissediyorum.

Terapist: Normal bir nevi hoş, değil mi?

Danışan: Evet, çok hoş.

Seans için planlanan zaman sona erdiğinden, Chris'in bu seansta kazandıklarını pekiştirmek için anısındaki değişimi tanımasına yardımcı olacak bir soru soruyorum.

Terapist: Şimdi söylediklerimi yap. Odanın karşısına bak ve öncesinde çizdiğin resmi gör. Sadece ne kadar korkutucu olduğunu hatırla. Ona bak. Şimdi ne var?

Danışan: Bu çok korkutucu ve dehşet vericiydi; aklımı kaybediyor gibiydim. Korku ve panik... Faillerin bir çocuğun beynine ve zihnine ne yapabileceği inanılmaz derecede kötü ve korkunç bir şeydi, ama şimdi Küçük Terri oradan çıktı... Bu resim o zamanlar olan gibi olabilir.

Terapist: Bunu düşün ve parmağımı izle. Ve hâlâ orada olan tüm duygulara, hâlâ bu olayın bir parçası olan her şeye dikkat et. Sadece ne varsa fark et.

Danışan: Hâlâ korku var. Bu sadece sorunların başlangıcı gibiydi, ama aslında en kötüsü buydu.

Terapist: Bu başlangıçtı ama aynı zamanda en kötüsüydü. Daha

sonra gelen başka olaylar vardı, başka bir gün, sen ve ben diğerleri hakkında konuşabiliriz.

Danışan: En kötü kısmıydı. [BLS]

Terapist: Şimdi sadece bununla kal. Şimdi bununla ilgili neye dikkat edebilirsen etmeni istiyorum.

Danışan: Birine yapabileceği en kötü şeylerden biri buydu. [BLS]

Terapist: Geri dönüp tekrar düşünecek olsan, ne söylerdin ?

Danışan: Kapak kapalı.

Bu seansın akşamında Chris telesekreterime; "Buna inanamıyorum, ancak bu akşam seanstan çıktığımdan beri birkaç saatliğine de olsa hâlâ normal hissediyordum." diyen bir mesaj bıraktı. Sonraki haftalarda, bu özel anının çözüldüğünü büyük bir memnuniyetle bildirdi. Geçmişinde başka şiddetli istismar olayları da vardı; bununla birlikte, sonraki seanslarda, diğer zor anılar üzerinde çalışmak üzereyken, kendiliğinden "Küçük Terry'nin hâlâ varilin dışında olduğunu" hatırlattı.

## SONUÇ

CIPOS prosedürü, Sevgi Dolu Gözler prosedürü ile birlikte, sadece disosiyatif kimlik bozukluğu olan danışanlar için değil, kendi deneyimlerinin post-travmatik etkilerinden bunalmaktan korkan herhangi bir danışan için yararlı görünmektedir. Bazı danışanlarda bu yöntem, standart EMDR protokolü kullanılarak oldukça rahatsız edici bir anının duyarsızlaştırılması için güvenli ve kullanışlı bir hazırlık olabilir. Bu prosedür, disosiyatif duygu boşalmasına karşı savunmasız olan danışanlar için EMDR'nin erişilebilirliğini önemli ölçüde artırıyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte bu tür danışanların hoş olma-

yan etkinin kontrollü bir şekilde ortaya çıkabileceği ve devam etmeden önce ego durum sisteminin tam izninin alınabileceği konusunda bilgilendirilmesi çok önemlidir. Ayrıca, danışanın yeterli gerçeklik iletişimine sahip olması da önemlidir. Yani, danışan mevcut duygusal rahatsızlığın geçmişin bir kalıntısı olduğu konusunda gerçekçi olmalıdır. Diğer bir ifade ile orijinal travma sona erdi ve mevcut durum nesnel bir güvenlik sağlıyor olmalıdır. Bu anlayışın doğru olduğunu hissetmesine gerek yoktur. Ancak danışanın nesnel gerçeklikte bunun doğru olduğunu bilmesi önemlidir.

Okuyucu, standart EMDR değerlendirme prosedür adımlarının (travmatik olayın temsîlî görseli, negatif biliş, pozitif biliş, VOC skoru, duygu, SUD skoru ve ilişkili fiziksel duyumlar) yukarıdaki seans deşifresinde bulunmadığını veya değiştirildiğini belirtmiş olabilir. Genellikle standart EMDR'de bu adımlar, tüm deneysel ögeleri işleme dâhil etmenin bir aracı olarak önemlidir. Gerçekten de disosiyatif olmayan danışanlarla, işlemleme genellikle değerlendirme soruları ile başlar veya bu sorularla hızlandırılır. Aksine, disosiye olma potansiyeline sahip danışanlar, işlevsiz olarak depolanan duyusal bilgilere erişmede bu ekstra ivmeye ihtiyaç duymazlar (Hartung ve Galvin, 2002.) Bu danışanlar için asıl mesele, sürecin nasıl yavaşlatılacağıdır, böylece kendi post-travmatik duyguları tarafından boğulmazlar. Bir metafor (Colorado'da gördüğüm danışanlar için yararlıydı), hızlanmanın dik bir dağ yolundan inerken iyi bir fikir olmadığıdır. Asıl mesele, nasıl yavaşlayacağını, nasıl yönlendirileceğini ve hatta gerektiğinde nasıl durabileceğini bilmek. Seansta standart değerlendirme adımlarının bir ögesi -0 ile 10 ölçeği- Chris'e anıya ne kadar çekildiğini sormak için kullanıldı; ancak bu sorunun amacı disosiyasyonun süregelen içe çekişini, bilinçli bir şekilde fark etmesi ve yavaşlamasında ona yardımcı olmaktı.

Daha sonraki bir seansta, Chris ile geri döndük ve bu olayla ilgili kalan rahatsızlığı gidermek için standart EMDR prosedürlerini kullandık. Olayı bu şekilde yeniden gözden geçirmek önemliydi, çünkü Chris'in ilk kararı, gerçekte olanı değil bir fanteziyi içeriyordu ve bu nedenle, gerçek olayların tüm yönlerini kurtarmak, işlemek ve çözmek için geri dönmek önemliydi.

Genel olarak, CIPOS prosedürünün altında yatan bir varsayıma göre, terapist, danışanın travmatik anı deneyimindeki herhangi bir olumlu kaymaya karşı uyanık olmalı ve göz hareketleri setleriyle bu değişimleri kaynak alarak sürekli olarak güçlendirmelidir. Örneğin, bir ara Chris hâlâ "kafamın içinde olduğu"nu bildirdi. Başka bir noktada, birkaç dakika sonra BHS'de burnunun yaklaşık altı inç önüne geçtiğini bildirdi. "Şimdi farklı olan nedir?" sorusu Chris'in farkındalığını henüz başardığı olumlu bir şeye odakladı; bu nedenle bu soruya vereceği yanıt, kısa bir göz hareketleri setiyle daha da güçlü ve daha olumlu hale gelen bir kaynak olarak kabul edilebilir. Başka bir örnek olarak, danışan "Şimdi çocukken ne kadar yalnız olduğumu görüyorum." diyebilir. Bu sözler danışanın hayatı hakkında çok üzücü bir gerçeği ifade eder, ancak bu farkındalık yetişkinlikte çocukluk olaylarını anlamada olumlu bir adım olabilir. Bu nedenle terapist, "Bunu şimdi görebiliyor olmanız iyi mi?" diye sorabilir. Eğer danışan "Evet." derse, terapist yeni bilgilerin yararlı olduğunu varsayabilir ve ek bir göz hareketleri setiyle bunu kaynak olarak kullanabilir.

CIPOS prosedürü boyunca, danışanın basit yönlendirme sorularına verdiği cevaplar terapistin ofisinin gerçekliğini yansıtabilir, ancak travmanın kendisi ile ilgili bilgileri de ifade edebilir. Örneğin, terapist "Şu anda bu ofiste olmanın nesinden hoşlanıyorsun?" diye sorabilir. Danışan, "Bana zarar vermiyorsun." diye cevap verebilir. Böyle bir cevap, travma hakkında, terapistin

ofisinden fazla ipucu içerir ve bu tür cevaplar göz hareketleriyle eşleştirildiğinde, travmatik materyalin duyarsızlaştırılması meydana gelir ve danışana daha yumuşak ve daha güvenli hissettirir.

BHS aynı zamanda depresif duygulanım ve duygusal olarak disosiye olmuş kişiler arası tarz için terapi alan danışanlarda da yararlı olabilir. Depresyon çoğu zaman, sosyal kaygıdan ve kişiler arası etkileşimi tatmin etmedeki zorluktan kaynaklanır. BHS, terapist ve danışan arasında, başkalarıyla rahatça ilgilenme konusunu tartışmak için bir dil oluşturur. Buna ek olarak, tedavinin uzun vadeli hedefleri ve seans içinde pozitif bilişler BHS bağlamında tanımlanabilir. Örneğin, "Burada kolayca dışarı çıkıp diğer insanlarla rahatça sohbet etmek ister miydiniz?"

BHS'nin etkili kullanımı, bireyin terapistin ofisinde bir ölçüde güvenlik yaşayabileceği varsayımına dayanmaktadır. Çoğu disosiyatif danışan için, terapist tarafından tekrarlanan ve kabul edilen deneyimler üzerinde yeterli bir göreceli şimdide kalma duygusu geliştirilebilir. Bununla birlikte, yaygın güvensizlik öyküsü olan bazı insanlar için bu, (bu güvenin başkaları tarafından suistimal edilmesi) tedavinin başlarında mümkün olmayacaktır. Terapiste olan güven daha sonraki bir noktada kurulsa bile, danışan hâlâ öznel güvenliğin ulaşılamaz bir deneyim olduğuna dair sürekli bir anlayışa sahip olabilir. Bu tür danışanlar için, sistemin tüm bölümleri, hatta diğer insanlarla etkileşim işlevi olan ego durumu bile uyanıklık ve kaygı içinde yaşar. Bu danışanların bir kısmı, bir süre sonra, travmatik malzemeye yavaş ve dikkatli bir şekilde erişmek için yeterince güvende olma hissi geliştirebilir. Diğer danışanlar için, çok erken konuşma öncesi dönem travmatik deneyimler, tanınabilir anılar olarak değil de algıları sunmak için olumsuz bir renklendirme olarak işlevsiz bir şekilde akılda kalabilir. Bu tür aktarımsal bozulma birçok şekilde olabilir, ancak genellikle danışan ve terapist arasındaki

etkileşimde belirgindir. Örneğin, bebeklik döneminde bakıcılar ile etkileşimde tekrar tekrar yaralanan veya korkan bir çocuk, bu tutumu harekete geçiren olayların net hatıraları olmadan mevcut ilişkileri kendinden güvensiz olarak algılayabilir. Terapist BHS kavramını sunduğunda ve danışan ile "burada bu odanın şu anki güvenliği"nin nasıl olduğu hakkında konuştuğunda, danışanın büyük ihtimalle kafası karışır; bu nedenle bu kişiler için, BHS'nin, terapi sürecinin daha sonralarına kadar yararlı olmayacağı düşünülür.

Fakat, disosiye olan bu danışanlar istisna olarak görülür. Bugüne kadar BHS prosedürünü yaklaşık kırk elli danışan ile kullandım. Birkaç kez hariç, çoğunda yararlı olduğunu gördüm. Özellikle yüksek stresli bir günde disosiyatif kimlik bozukluğu olan danışan bir istisnaydı. Bu durumda, mevcut çevrenin farkındalığıyla eşleştirilen göz hareketleri danışanın rahatsızlığını arttırdı; bu nedenle prosedür hemen kesildi ve diğer kendini sakinleştirme ve kendini kontrol yöntemleri kullanıldı. Aynı danışanla, daha az stresli günlerde prosedür çok yardımcı oldu. Bu, tekrarlamaya değer bir ilkeyi gösteriyor ki; bu danışan popülasyonuyla, ne bu ne de başka herhangi bir prosedür; uygun eğitim, deneyim ve danışan ile uyum için yeterli bir alternatif değildir. Ancak, bu önemli uyarıyla, BHS ve CIPOS'un iç içe geçmeleri, disosiyatif koşulları olan bireylerin tam yaşam deneyimleriyle yeniden bağlantı kurmalarını ve çocukluk kendiliklerini şefkat ve "sevgi dolu gözlerle" görmelerini sağlayan yararlı araçlar gibi görünmektedir.

## Kaynaklar

Forgash, C., & Knipe, J. (2001, September). Safety-focused EMDR/ego state treatment of dissociative disorders. Workshop presented at the EMDR International Association Annual Conference, Austin, TX.

Fraser, G. A. (1991). The Dissociative Table Technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. Dissociation, 4(4), 205–213.

Hartung, J., & Galvin, M. (2002). Energy therapy and EMDR. New York: Norton.

Kiessling, R. (2003, September). Integrating resource installation strategies into your EMDR practice. Workshop presented at the EMDR International Association An-nual Conference, Denver, CO.

Kluft, R. P., & Fine, C. G. (1993). Clinical perspectives on multiple personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Knipe, J. (1995, Winter). Targeting avoidance and dissociative numbing. EMDR Network Newsletter, 5 (3), 4–5.

Knipe, J. (2002, June). A tool for working with dissociative clients. EMDRIA Newsletter, 7(2), 14–16.

Knipe, J. (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love: Codependence, avoidance, and procrastination. In R. Shapiro (Ed.), EMDR solutions: Pathways to healing (pp. 189–211). New York: Norton.

Leeds, A. (2002). A prototype EMDR protocol for identifying and installing resources. In F. Shapiro (Ed.), Part two training manual. Pacifi c Grove, CA: EMDR Institute.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Lipke, H. (1994, August). Survey of practitioners trained in eye movement desensitization and reprocessing. Paper presented at the American Psychological Association Annual Convention, Los Angeles.

Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. Dissociation, 8(1) 32–44.

Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: Guilford Press.

Schore, A. N. (2000, June). The neurobiology of attachment and the origin of the self: Implications for theory and clinical practice. Paper presented at the EMDR International

Association Annual Conference, Toronto, Ontario, Canada. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 2, 199–223.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago: Aldine.

van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry, 1, 253–265.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: Norton.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University. Stanford, CA: Stanford University Press.

*Çev: Dr. Emine Nur Herken*

# BÖLÜM 7

## GİZLİ KENDİLİKLER

### Kişilik Bozuklukları Spektrumunda Disosiyasyon Tedavisi

**Uri Bergmann**

Kendiliğin, felsefe ve psikolojide uzun süredir bilinçli bir varlık olarak vurgulanması geleneğine rağmen, kendiliğin daha geniş bir bakış açısına artan bir ilgi vardır. Kendiliğin çeşitliliğini fark eden ve kendiliğin farklı yönlerini, özellikle bilinçli ve bilinçsiz yönler arasındaki ayrımları vurgulayan daha geniş bir kendilik görüşüne artan bir ilgi vardır... Hafıza açısından bakıldığında kendiliğin çeşitliliği daha az gizemli ve aslında beyin yoluyla ulaşılabilir hale gelir.

Joseph LeDoux, *"Kendilik: Beyinden İpuçları"*

*New York Bilim Akademisi Yıllıkları*

Hipokrat'a göre (MÖ 460-400) kişilik "huy" olarak adlandırılan dört özellikten oluşuyordu. Kişilik bozuklukları aşırılıklarından veya dengesizliklerinden kaynaklanmaktaydı. Fazla miktarda sarı safra sinirliliğe, fazla miktarda siyah safra melan-

koliye, fazla miktarda kan aşırı iyimser bir doğaya, aşırı balgam ise ilgisizliğe neden olmaktaydı (Erdberg 2004). Eski Mısırlılar rahim ve duygusal bozukluklar arasındaki bağlantı üzerine spekülasyonlar yaparak, bu merakı *histero* (plasenta ve ilkel kızlık zarı) ve *histera* (rahim) kelimelerinden ödünç alan *Histeri*ye (Babiniotis 1882/1998) adını veren Yunanlara aktardılar. Yüzyıllar sonra Freud (1915/1925) aynı soruyu ve kişiliğin temel boyutlarını ele aldı ve "bir bütün olarak zihinsel yaşamımızın üç kutupluluk, yani takip eden antitezler tarafından yönetildiğini ortaya koydu: Özne'ye (ego'ya) karşı nesne (dış dünya), zevke karşı acı, aktife karşı pasif (s.76-77)." Birinin hayal kırıklığı ya da bir diğerinin pekiştirilmesi; ya çevreye pasif olarak uyum sağlamaya karşı aktif olarak etkilenmeye ya tüm tehditlerden kaçınmaya karşı yeni deneyimler aramaya, ya da başkalarının refahına odaklanmaya karşı kendine odaklanmaya yönelik uyumsuz kişilik şekilleri ile sonuçlanır. Histeri klinik sendromu, Paris'teki Charcot ve Janet'in uyumsuz kişilik özelliklerinin etiyolojisi ve Viyana'da Freud'un kişiliğin psikolojik anlayışının gelişiminde itici güç olarak çalışmaların ana odağı oldu. Bunların her biri kişilik ilişkisi, travmatik deneyimler ve disosiyatif fenomenleri üzerine teoriler formüle etti.

Bu bölümde EMDR'nin ego durum terapisi ile entegrasyonu, kişilik bozukluğu yelpazesinin tedavisine kapsamlı bir yaklaşım olarak sunulacaktır. Bu tanı kategorileri karakter patolojisi, narsisistik kişilik, sınırda kişilik, antisosyal ve sosyopatik eğilimleri ve bağımlılık davranışlarını gösteren bireyleri içerir. Bu danışanlar genellikle psikoterapi ve EMDR için zayıf, hatta yanıt vermeyen adaylar olarak görülmüştür. Tedaviye genellikle zorunlu veya başkalarının emri ile gelirler. Geçmişleri genellikle erken dönemlerde tekrarlanan istismar, mahrumiyet, terk edilme ve ebeveyn soğukluğu deneyimlerini içerir.

Kişilik bozukluklarının ayırt edici özellikleri katı, inatçı savunmalar ve başkalarıyla ilgili ve empati kurmada zorluktur. Kişilik bozukluğu olanlarda disosiyatif fenomenler ve disosiyatif savunmalar bulunmasına rağmen, bu bireyler için savunma dengesi açık bir şekilde disosiyatif olmaktan çok yaygın olarak katı bir karakter özelliğine dönüşmüştür. Bu nedenle bu bölüm kişilik bozukluklarındaki semptomların disosiyatif görünümler olarak değerlendirilebileceğini, geleneksel teori uygulandığında ise bu görünümlerin gizli kaldığını ve tedavi edilmediğini önermektedir. Bu yaklaşımın merkezinde kendilik, nesne temsilleri, kendilik nesneleri ve şemaların, ego durumları olarak kavramsallaştırılması yer almaktadır. Kişilik bozukluğu olan danışanlar çoğu zaman EMDR hedeflerini oluşturma ve bunlara yanıt verme konusunda zorluklarla karşılaşırlar. Tıpkı sınırlı sayıdaki çalışmanın bu vakalarda duyarsızlaştırma veya yeniden işleme konusunda çok az değişiklik olduğunu veya hiç değişiklik olmadığını gösterdiği gibi.

Bu bölüm daha gelişmiş kişisel yönleri tanımlama ve güçlendirmenin yanı sıra, tedavi ilişkisini kolaylaştırmak için (özellikle yalnız, savunmasız ego durumlarında), ego durumu kavram ve tekniklerinin EMDR sürecinin tüm aşamalarına uygulanmasını inceleyecektir. Tedavi genellikle uzun süreli EMDR olup, duyarsızlaştırma ve yeniden işlemeyi kolaylaştırmak, derinleştirmek ve hızlandırmak için gerekli olan korkuya dayalı, saldırgan, çocuksu ego durumlarının aktivasyonu iç içe geçirilir. Pasif-agresif ve narsisistik kişilik bozukluklarının tedavileri ile ilgili vaka örnekleri sunulacaktır.

## EGO DURUMLARININ TARİHİ VE ÇAĞDAŞ KAVRAMLARI

Bu bölümün (kişilik bozukluklarının en kapsamlı tedavisinin, disosiyatif süreçlerin doğrudan ve kapsamlı hedeflenmesini gerektirdiği) ana ilkesini anlamak ve takdir etmek için, disosiyasyonun normatif bir gelişim fenomeni olarak ortaya çıkma tarihinin, en azından biraz ayrıntılı olarak incelenmesi zorunludur.

1930'larda Charcot, Janet, Breuer ve Freud'un teorilerinin uzun süredir itibarını yitirmesiyle, Janet'in ima ettiği bir fikir filizlenmeye başladı. 1930'da Janet yetmiş bir yaşında iken yayınlanan bir otobiyografik denemede, disosiyasyon fikirleri ile ilgili şunları yazdı:

> Bu çalışmalar, 1895'te Charcot'un ölümünden bu yana histeriye ilişkin gözlemlere atılan itibarsızlık nedeniyle bugün bir şekilde unutuldu. Histeri danışanları artık başka isimlerle belirlendikleri için ortadan kaybolmuş gibi görünüyordu. Dezavantaj ve önerilebilirliğe eğilimlerinin bir muayeneyi tehlikeli hale getirdiği ve yorumların şüpheli hale getirildiği söylendi. Bu eleştirilerin kaba bir şekilde abartılı olduğuna, önyargı ve yanlış anlamalara dayandığına inanıyorum ve hâlâ ilk çalışmalarımın boşuna olmadığı ve bazı tanımsız fikirler bıraktıkları yanılsaması altındayım... Tıbbi açıdan bakıldığında, histeri ile ilgili olarak önerdiğim gibi, nöropatik bozuklukların yorumlarına eninde sonunda geri dönülmek zorunda kalınacağına hâlâ inanıyorum (s.127).

Travmatik histerilerde disosiyasyon hakkındaki yazımı boyunca Janet (1907/1920, 1919/1925, 1930) travma danışanlarında gözlemlediği kişilik modellerinin, açıktan açığa olmasa da diğerlerinde de bilinç dışı olarak var olduğunu ve bilinçli gözlem için mevcut olduğunu ima etti. Bu nedenle Janet travma geçir-

meyen kişilerde gizli kişilik segmentlerini tanımlayan ilk kişi olarak görünmektedir (Bromberg, 1998; Watkins ve Watkins, 1997).

Reik (1936), zamanının onlarca yıl öncesindeki bir çalışmada, bugün anlamakta zorlandığımız konuları, kendi yazarken öngörmüştü;

> Nevrozların temel sorunu korku değil, şoktur. Kanımca, korku şok duygusuyla ilişkilendirilene kadar bu sorun çözümsüz kalır... Şok birincil bir duygudur ve küçük canlı varlığın hissettiği ilk şeydir... Şokun genel olarak travmatik bir durumun bir özelliği olduğunu düşünüyorum, sadece bir tehlikeden korkuyorum. (s. 267-268)

Bu, travmatik duyguları ve nevrozları birleştiren ve ana akım psikanalitik danışanların tedavisinde daha az şiddetli olsa da disosiyasyonun dikkate alınacağını ima eden ilk açık yazı gibi görünmektedir.

Davranışın psikodinamik anlayışında ego durumları kavramını sistematik olarak uygulayan ilk yazar olan Federn (1943, 1947, 1952), ego durumlarının patolojik olduğu kadar normal olarak da bastırıldığını varsayar. Bu bastırma işlevinin "normal" insanlarda başarılı "nevrotiklerde ve psikopatlarda" başarısız olduğunu belirlemiştir. Ego durumlarını egonun örgütlenmiş varlıkları olarak görerek; "Egoyu sadece tüm fonksiyonların toplamı olarak değil, toplamı yeni bir zihinsel birlik içinde birleştiren yatırım (enerji) olarak düşünüyorum." dedi. (1952, sayfa 185). Janet'in gizli "kişilik segmentleri" hakkındaki fikirlerini tekrarlayarak; "Ego hissinin bilinçle özdeş olduğunu söylemek basit olurdu. Ancak bastırıldıkları için bilinçli olmayan ego durumları ve egoya ait olmayan bilinçli nesne temsilleri vardır." (1952, s.212) şeklinde yazdı. Bu ifadenin son bölümü, onun ego yatırı-

mı ve nesne yatırımı konusundaki keşfi, ilk kez içe atma ile özdeşleşme arasındaki farkı, Hartmann'ın (1939/1958, 1964) parlak detaylandırmalarıyla belirsiz bırakılan ve Jacobson'ın (1964) inceliklerini öngören kavramları göstermektedir.

John Watkins (1949) bir ordu görevlisinin karanlık fobisi tedavisini tanımladı ve tedavinin başarılı bir şekilde çözülmesinin birden fazla ego varlığı içerdiğini belirtti. Ayrıca gerçek çoklu kişilik bozukluklarının aksine, iki alt kişiliğin kendiliğinden ortaya çıkmadığını, ancak hipnotik olarak aktive edilebileceğini yazdı. Watkins bu deneyimi "şimdi ego durumları olarak adlandırdığımız gizli bölümlü kişilik yapılarıyla doğrudan ilk tanışmamız" olarak görüyordu (Watkins ve Watkins, 1997, s. İx).

Eric Berne (1957a, 1957b, 1961) Mahler, Kohut, Kernberg ve Watkins ve Watkins'in fikirlerinin çoğundan önce Federn'in zihin altbölümleri kavramının detaylandırılması ve uygulanmasıyla psikodinamik düşünceyi genişletti (Erskine, 1997). Ego durumlarını, fenomenolojik olarak; "belirli bir konuyla ilgili tutarlı bir duygu sistemi ve işlevsel olarak bir dizi uyumlu davranış örüntüsü olarak veya pragmatik olarak ilgili davranış kalıplarını motive eden bir duygu sistemi olarak tanımladı" (1961, s. 17). Berne, ego durumlarını çocuk, yetişkin veya ebeveyn olarak tanımladı ve onları psişik organların fenomenolojik belirtileri olarak kavramsallaştırdı. Bu psişik organlar sırasıyla "arkeopsyche (ilkel psişe)", "neopsyche (yeni psişe)" ve "exteropsyche (dışşal psişe)" olarak adlandırıldı. Berne bunu kavramsal model olarak kabul etti ve bu terimleri ve "ego durumları" terimini, zihinsel durumları ve bunlarla ilgili davranış kalıplarını birbirlerinin yerine koymak için birbirlerinin yerine kullandı (Erskine, 1997). Ayrıca, ego durumlarının karmaşıklığını incelerken, zaman zaman bir çocuk durumunun bir eksteropsyche veya bir ana durumun bir arkeopsyche gibi davranabileceğini belirtti. Model, ego

durumunun karmaşıklığına ilişkin gözlemlerle uyumlu olarak detaylandıkça, Berne (1964, 1972) ve takipçileri, çocuk, yetişkin ve ebeveyn durumlarının diğer alt bölümlerini tanımladılar ve bunları Yapısal, İşlevsel ve İkinci Derece Yapısal modeller olarak kavramsallaştırdılar. Bu, herhangi bir ego durumunun (çocuk, yetişkin veya ebeveyn) diğerinin özelliklerine sahip olabileceği gözlemine izin verdi (Trautmann ve Erskine, 1997).

John Watkins ve Helen Watkins (H. H. Watkins, 1978; J.G. Watkins,1977; J. G. Watkins & Johnson, 1982; Watkins ve Watkins, 1979,1997); Janet, Breuer ve Freud, Reik, Federn ve Berne'nin fikirlerinden yararlanarak ve Fairbairn, Ferenczi, Glover, Guntrip, Searles, Sullivan ve Winnicott'un yazılarındaki kişilik çeşitliliğine dayanarak, "unsurları ortak bir ilkeyle birbirine bağlı olan ve bu tür diğer durumlardan az çok geçirgen bir sınırla ayrılan organize bir davranış ve deneyim sistemi" olarak tanımladıkları kendiliğin, ego durumlarından oluştuğunu öne sürdüler (Watkins & Watkins, 1997, s.25). Ego durumlarının oluşumunu gelişimsel bir süreklilik üzerinde incelediler. Kişiliğin normal farklılaşma, iç içe geçme veya travma sonucu kendi kendine durumlara bölündüğünü teorileştirdiler (H. H. Watkins, 1978; Watkins ve Watkins, 1997).

Psikanalitik yönelimli gelişimsel bebek çalışmaları (Beebe ve Lachmann, 1992; Emde, Gaensbaure ve Harmon, 1976; Sander, 1977; Stern, 1985; Wolff, 1987), ruhun bütünleşik bir bütün olarak başlamadığını, ancak köken olarak üniter olduğunu öne sürmeye başladı: Süreksizlik farkındalığını geçersiz kılan bir tutarlılık hissine olgunlaşarak erişen birçok kendilik durumu olarak başlayan ve devam eden bir zihinsel yapı. Bunun birleşme deneyimine ve bir kendilik duygusuna yol açtığı görülmüştür (Bromberg, 1993, 1994, 1996, 1998). Bunların çoğu Ferenczi (1930), Glover (1932), Sullivan (1940), Fairbairn (1944, 1952),

Winnicott (1945, 1949, 1965, 1971), Searles (1977) ve Lampl-de-Groot'un (1981) yazılarıyla desteklendi ki; her biri ya dolaylı ya da açıkça kendilik çeşitliliği olgusunu çalışmalarında önemli olarak kabul etmiştir.

Bölünmüş beyin araştırmalarıyla ünlü Gazzaniga ve LeDoux (1978), araştırma ve klinik gözlemlerin (Gazzaniga, 1970, 1976; Gazzaniga, Bogen ve Sperry, 1963, 1965; Gazzaniga, LeDoux ve Wilson, 1977; LeDoux, Wilson ve Gazzaniga, 1977) normal insanlarda her biri doğal olarak tutarlı, organize, mantıksal ve kendi değer kümeleri olan çeşitli ayrı bellek bankaları olabileceğini belirtmektedir. Bu bellek bankalarının beynin içinde birbirleriyle iletişim kurmaları gerekmez. Ayrıca bu verilerin her biri çeşitli anlarda davranışları kontrol edebilen çoklu kendiliklerin var olma olasılığını dikkate almamız gerektirdiğini de belirtiyor, ki bu;

> Kişi kendiliklerin bir araya gelmesidir; sosyolojik bir varlıktır. Dil ve onun kullanımına yönelik kültürel önyargımızın yanı sıra varlığımıza kattığı zenginlik ve esneklik nedeniyle, bu çoklu kendiliklerin valisi sözel sistem [yetişkin kendilik] haline gelir. Gerçekten de kültürümüzde olgunlaşma sürecinin tamamının, içimizde yaşayan birçok kendiliğin davranışsal dürtülerini not etmeye ve sonunda kontrol etmeye çalışan sözlü sistemin süreci olduğu söylenebilir (Gazzaniga ve Ledoux, 1978, s.161).

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüleri Disosiyatif Bozukluk Araştırma Birimi Direktörü olan Putnam (1988), gelişimsel bir paradigma olarak "doğrusal olmayan durum değişikliklerini" araştırdı ve şunu belirtti:

> Durumlar bilinç organizasyonunun temel birimi gibi görünmektedir ve doğumdan sonraki ilk anlardan itibaren tespit

> edilebilir. Durumlar kendilerini örgütleyen ve kendini dengeleyen davranış yapılarıdır. Bir bilinç durumundan diğerine geçiş meydana geldiğinde, yeni durum nicel ve niteliksel olarak farklı bir yapı dayatmaya çalışır... Yeni yapı, davranışı yeniden düzenlemek ve diğer durumların değişikliklerine direnmek için hareket eder... Durumlar arasındaki geçişler, bir dizi değişkende doğrusal olmayan değişikliklerle kendini gösterir (Wolf, 1987). Bu değişkenler arasında (1) etkiler; (2) belleğe erişim, yani duruma bağlı bellek; (3) dikkat ve biliş; (4) düzenleyici fizyoloji ve (5) kendilik duyumu... Bununla birlikte duygulanım ve ruh halindeki değişiklikler normal yetişkinlerde durum anahtarlarının en iyi göstergesidir. (s.25)

Bromberg (1998); "Kendilik deneyimi, her biri kendi içinde tutarlı olan, görece bağlantısız kendilik hallerinden kaynaklanır... Üniter bir kendilik olma deneyimi kazanılmış, gelişimsel olarak uyumlu bir yanılsamadır." (s. 273) Young'ın (1988) gelişimsel disosiyasyon görüşünü yineleyerek ve normal koşullar altında, disosiyasyonun aşırı veya ilgisiz uyaranları eleyerek egonun bütünleştirici işlevlerini geliştirdiğini söylüyor... Patolojik koşullar altında... disosiyasyonların normal çalışması savunma amaçlı kullanım için seferber olur, diye yazıyor (1998, s. 35-36).

Fantom-ekstremite ağrısı ve anosognosia sendromu (bir bireyin beyin hasarından sonra bozulmanın farkında olmadığını veya bozulmayı reddettiği bir durum) araştırmasıyla bilinen Ramachandran (1995; Ramachandran & Blakeslee, 1998), bir anomali veya tutarsızlık ile karşı karşıya kalan iki serebral yarımkürenin başa çıkma stillerinin temelde farklı olduğunu gözlemlemiştir. Sol yarımküre inkârlara, konfabulasyonlara, rasyonelleştirmelere ve hatta sanrılara girerek bu tutarsızlıkları yumuşatma eğilimindeyken; sağ yarımküre gerçeğe daha fazla

bağlı olan gerçeklik kontrol mekanizması gibi görünmektedir. Kişilik yapısı ile ilgili olarak Ramachandran ve Blakeslee (1998) "kendiliğin gerçekten de belirli beyin mekanizmalarına dayanan yararlı bir biyolojik yapı olabileceğini; kişiliğe tutarlılık, süreklilik ve istikrar kazandırarak daha etkin çalışmamızı sağlayan bir tür örgütlenme ilkesidir" diye yazmışlardır (s. 272). Beynin çeşitli bölümleri dış dünyanın yararlı bir temsilini yaratmaya devam eder ve uzay ve zamana dayanan tutarlı ve monolitik bir kendilik yanılsaması yaratır.

Seçkin bir sinirbilimci olan LeDoux şöyle demektedir: "Kendiliğin felsefe ve psikolojide uzun süredir bilinçli bir varlık olarak vurgulanması geleneğine rağmen, kendiliğin daha geniş bir bakış açısını; kendiliğin çeşitliliğini fark eden ve kendiliğin farklı yönlerini, özellikle bilinçli ve bilinçsiz yönler arasındaki ayrımları vurgulayan daha geniş bir kendilik görüşüne artan bir ilgi vardır." (2003, s. 296) LeDoux (2002) için kendilik "sinaptiktir" ve bir ölçüde kendilik bir dizi anıdır. Bir bireyin beynindeki belirli sinaptik bağlantı kalıpları ve bu bağlantılar tarafından kodlanan bilgiler, o kişinin kim olduğunun anahtarlarıdır. Bellek ile ilgili olarak LeDoux şöyle demektedir:

> Benzersiz bir birey olduğunuz için, sizi tanımlayan kendiliğin özel ve çok yönlü görünümleri yalnızca beyninizde mevcuttur. Ve her dakika, günden güne ve yıldan yıla olduğunuz gibi kalabilmeniz için, beyniniz bir şekilde zaman içinde kim olduğunuzun özünü korumalıdır. Son tahlilde; o halde kendilik, esasen bir anıdır veya daha doğrusu bir dizi anıdır. Bu tek kelime "bellek", beynin nasıl çalıştığı açısından kendiliği anlamaya başlama yeteneğimizin anahtarıdır... Kendilik anılar olarak kodlanmışsa, o zaman kendiliğin beyinde nasıl oluştuğunu ve sürdürüldüğünü anlamanın bir yolunu buluruz. (2003, s. 298–299)

LeDoux, belleğin gerçekten parçalanmış olduğuna dair son keşiflere atıf yaparak şöyle devam ediyor: "Belleğin bir zamanlar tek bir beyin sisteminin aracılık ettiği, tek bir kapasite olduğu düşünülüyordu. Artık beyindeki birçok farklı sistemin deneyim sırasında öğrenebildiğini ve deneyimin farklı yönleri hakkında bilgi depolayabildiğini biliyoruz." (s. 298), (Eichenbaum, 2002; LeDoux, 2002; Squire & Kandel, 1999)

> Deneyimin bazı yönleri deneyimi bilinçli olarak hatırlamayı mümkün kılan bir sistemde saklanırken öğrenmenin çoğu, bilinçsiz veya örtük olarak çalışan sistemlerde gerçekleşir. Bellek açısından bakıldığında kendiliğin çeşitliliği daha az gizemli ve aslında beyin yoluyla ulaşılabilir hale gelir. (s. 298-299)

Michael Gazzaniga ve arkadaşları (Cooney ve Gazzaniga, 2003; Funnell, Johnson ve Gazzaniga, 2001; Gazzaniga, 1985, 1989, 2000; Gazzaniga ve LeDoux, 1978; Gazzaniga ve Smylie, 1983; Metcalf, Funnell ve Gazzaniga, 1995; Phelps & Gazzaniga, 1992; Turk ve diğerleri, 2002; Turk, Heatherton, Macrae, Kelly ve Gazzaniga, 2003) beynin birleşik bir kendilik duygusu yarattığı mekanizmaları araştırdı. Ramachandran'ın çalışmalarını tekrarlayarak, bölünmüş beyin araştırmalarının iki serebral hemisfer için farklı bilişsel işleme stilleri belirlediğini belirtti. Sağ yarımküre daha fazlasını değil sadece aldığını işliyor gibi görünürken, sol yarımküre işlenecek malzeme üzerinde mantıksal kalıplar için detaylandırmalar ve ilişkilendirmeler, hiçbiri olmadığında bile araştırmalar yapıyor gibi görünüyor. Lateralize bellek deneylerinde sağ yarımküre, hatırlanacak her bir ögenin sözlü bir temsilini korur, daha önce görüntülenen ögeleri tanıma eğilimindedir ve hedef materyale benzer olsalar bile yeni ögeleri (deneysel diziden sonra görülen) doğru bir şekilde reddeder. Sol yarımküre genellikle doğruculuk pahasına sunulan materyal hakkında ayrıntılı olarak

çıkarımlar yapma eğilimindedir (Metcalf ve ark. 1995; Phelps ve Gazzaniga, 1992). Gazzaniga (2000), iki yarımküre arasındaki işleme tarzındaki bu farkın adaptif olduğunu ve birleşik bir bilinç deneyiminin oluşmasında sol yarımküre için altta yatan bir rolü temsil ettiğini ileri sürmüştür. Turk ve diğerleri (2003) "Beyin-zihin, birçok farklı ve dağılmış zihinsel modülü ve içeriklerini tutarlı bir kendiliğe nasıl birleştiriyor?" sorusu karşısında, "zihin sadece uyduruyor" sonucuna varacaklardır (Moss, 2003, s. 3). Yukarıda belirtilen çalışmalardan ve diğer birçoklarından sol yarımkürede deneyim ve işlev çeşitliliğini kendi kendini oluşturan tek bir anlatıda birleştirmek olan bir "tercüman" modülünün varlığını ortaya koymaktadırlar. Şöyle derler:

> Sol yarımkürenin bu yorumlayıcı işlevi, dağıtılmış bir kendi kendini işleme ağından mevcut bilgileri alır ve bu girdiden birleşik bir kendilik duygusu yaratır. Tüm ağdan bilgi alındığında gerçekçi bir yorum yapılabilir, ancak ağın bazı bölümleri kesildiğinde yorum fanteziye kayar. (s. 76)

Bu nedenle insan davranışı teorisi ile ilgili psikolojik ve nörobiyolojik okulların çoğunda, insan zihninin anlaşılmasına ilişkin olarak elle tutulur bir değişim var gibi görünmektedir. Monolitik (tek parça) kendilik görüşünden, merkezî olmayan kendilik görüşüne ve "sağlıklı üniter kendilik yanılsamasıyla devam eden bir diyalektik içinde değişen, doğrusal olmayan, süreksiz bilinç durumlarının konfigürasyonu olan" zihin anlayışına geçiş vardır (Bromberg, 1998, s. 270).

## KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ TANIMI VE SPEKTRUMU

Mevcut teşhis sistemi DSM–IV–TR kişilik bozukluklarını "bireyin kültürünün beklentilerinden belirgin bir şekilde sapan,

yaygın ve esnek olmayan, ergenlik veya erken yetişkinlikte bir iç deneyim ve davranış modeli olan, zamanla stabil hale gelen ve sıkıntı veya bozulmaya yol açan bir durum" olarak tanımlar (American Psychiatric Association, 2000). Klinik gerçekleri daha fazla yansıtan genel literatürde kişilik bozukluğunun genel tanımı, iş ve kişiler arası ilişkilerin işleyişini etkileyen biliş ve duygu düzenlemesinde ciddi ve kronik girişimin varlığıdır. Dolayısıyla ilişkilerde ve işte kronik işlev bozukluğu kişilik bozukluklarının ayırt edici özelliğidir (Clarkin, 2004).

Vaillant ve Perry (1985), kişiliğin kendisinin düzensiz hale gelebileceği fikrinin klinik psikiyatri tarihindeki ifade edilişini 19. yüzyılda "ahlaki delilik" üzerine yapılan çalışmalara kadar takip ettiler. 1907 yılına kadar Kraepelin dört tip psikopatik kişilik tanımlamıştı. Karakter patolojisinin psikanalitik çalışması 1908'de Freud'un *Karakter ve Anal Erotizm*'i ile başladı. Bunu Franz Alexander'ın nevrotik karakter ve semptom nevrozları arasındaki ayrım ve Reich'ın kişilik bozukluklarını psikanalitik tedavisi izledi (Clarkin ve Lentzenweger, 1996). 1900'ler boyunca kişilik gelişimi, psikopatoloji ve tedavi teorileri bilişsel, psikanalitik, aile sistemleri, kişiler arası, evrimsel ve nörobiyolojik düşünce okullarından evrilmiştir.

DSM–IV–TR'ye göre kişilik bozuklukları spektrumu aşağıdaki üç gruba ayrılmıştır: A Kümesi: Paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları; B Kümesi: Antisosyal, sınırda, histrionik ve narsisistik kişilik bozuklukları; ve C Kümesi: Kaçıngan, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları. Pasif-saldırgan ve kendini yenen kişilik bozuklukları için yeni bir kümelenme önerilmektedir. Çok açıklayıcı olmasına rağmen bu sınıflandırma katı olma eğilimindedir ve klinik uygulamanın gerçek dünyasında görülen kişilik özelliklerinin ve bozuklukların karışımına izin vermez.

Literatürde tarif edildiği gibi kişilik bozuklukları semptomlarının ego sintonik olduğu görülür ve bu nedenle kendini gözlemleme ve içgözlemde belirgin bir yetersizliğin yansımasıdır. Bu daha sonra kendi başına sorumluluk alamamaya ve tüm sorumluluğun başkalarına düştüğünü görmeye yol açar. Buna göre kişilik bozukluklarının tedavisi genel literatürde kişilik bozukluğu olmayan semptomatik danışanların tedavisinden daha karmaşık, yavaş ve daha az etkili olarak tanımlanmaktadır (Clarkin, 2004; Clarkin ve Lentzenweger, 1996). Anekdot olarak birçok terapist geleneksel tedavi yöntemlerini "imkânsız" veya sadece minimal etkili olarak tanımlar.

Literatürde ve bu bölümde "karakter", "kişilik", "ego durumu" ve "kendilik durumu" terimleri birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

## KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ EMDR İLE TEDAVİSİ

Shapiro (1995, 2001) kişilik özelliklerinin, bu danışanları "çocuk bakış açıları"nda bırakan ve ego durumlarını etkileyen çocukluk anılarından köken aldığını belirtmektedir. Bu nedenle uygun gelişim eksiklikleri göz önüne alındığında onların karakteristikleri ve semptomları ego-sintonik olacaktır. Shapiro açık belirtilerin ortadan kaldırılmasını kolaylaştırmak için önemli deneyimlerin yanı sıra deneyim kategorilerinin işlenmesini önermektedir. Deneysel işlemenin danışanın psikososyal stres faktörlerine daha uyumlu bir şekilde yanıt vermesine izin verebileceğini, böylece açık belirtileri azaltabileceğini ve gelecekteki esnekliği potansiyel olarak artırabileceğini ifade etmektedir.

Herman'a (1992) atıfta bulunan Grand (1998), tekrarlayan travma geçiren bireylere sıklıkla kişilik bozuklukları olduğu

yönünde yanlış tanı konulduğunu belirtmektedir. Grand Herman'ın, tedavinin ancak travmatik olayların etkilerini iyileştirmeye yönelik olması durumunda etkili olabileceği uyarısını tekrarlamaktadır. Birçok deneyimli EMDR uygulayıcısının katı ego-sintonik savunma ve semptomlar sergileyen danışanlarda anlamlı büyüme sağlamada zorluk yaşadığını ve dinamik iç içe geçmeler ve rüya işleme gibi psikodinamik tedaviden türetilen tekniklerin modifikasyonunu önerdiğini belirtmektedir. Buna ek olarak önemli ölçüde daha uzun süreli iki taraflı uyarım (BLS) ve kapsamlı somatik işlem önermektedir.

Knipe (1998), narsisistik kişilik bozukluğu olan bir danışanın tedavisini açıklar. Tedavi odağının "belirli bir olayın neden olduğu nispeten izole hasar" değil, danışanın kimlik yapısı olduğunu belirtmektedir (s. 250). Knipe, ilişki kurmaya ve empatik yansıtmaya odaklanarak, büyük bir hazırlığa ihtiyaç duyulduğunu güçlü bir şekilde ifade etmektedir. Yazısında da ima edilen, bu danışanın yansıtma talebinde bulunma ve terapist de dâhil olmak üzere insanları belirgin şekilde idealize edilmiş veya değersizleştirilmiş bir şekilde algılama eğiliminin kademeli olarak araştırılmasıdır. Bu hazırlık yapılmasaydı, bu yolla gelecekteki herhangi bir EMDR çalışması muhtemelen başarısız olurdu.

Manfield (1998), "banyo problemi" ve umumi tuvalet kullanma zorluğu üzerine odaklanan ancak hızla kişinin karakterine bağlı savunmalar ve katılıkla çıkmaza giren bir vakayı tartışıyor. Bu, tedavinin içinde ve dışında yaklaşım ve kaçınma davranışının empatik bir şekilde araştırılmasına odaklanan hazırlık aşamasının detaylandırılmasını gerektirmiştir. Bu, geri çekilmenin ve onu uyandıran materyalin nihai yüzleşmesine izin vermenin yanı sıra EMDR'nin kullanımını kolaylaştırdı. Manfield'a göre EMDR'nin yüksek düzeyde savunmaları olan danışanlarda kullanılması yaratıcı bir çabadır ve çalışmanın temel özelliği birlikte

dokumaktır. Karakterolojik sorunları anlamak, ustalık gerektiren ve üzerine düşünülmüş yenilikleri kullanmak önemlidir. Özellikle ilginç olan ise onun, disosiyatif süreçlerin hedeflenmesi anlamına gelen "yeniden ebeveynlik protokolü"nü kullanmasıdır.

Manfield ve Shapiro (2004) kişilik bozukluğu olan danışanlarda standart sekiz evreli yaklaşımın, hedef karakterolojik sorunlardan ayrı tutulduğu sürece "doğrudan" kullanılabileceğini belirtmektedir. Gerçek karakter bozukluğunu işlerken, tedavinin çok daha uzun ve daha karmaşık olduğunu ve EMDR hedeflemesinden önce, sırasında ve sonrasında kapsamlı hazırlık çalışmaları gerektirdiğini belirtiyorlar. Bunu (1) stabilizasyon, (2) geçmiş zamanda çalışma, (3) şimdiki zamanda çalışma ve (4) gelecekte çalışma olarak kavramsallaştırırlar. Stabilizasyon ve hazırlık evresi teröpatik ilişki, güvenli yer imgeleri ve kaynak geliştirme tekniklerini içerir (Korn ve Leeds, 2002; Leeds, 1998; Leeds ve Shapiro, 2000; Linehan, 1993). Shapiro ve Manfield'a göre, travmatik anılara erişildiğinde danışanlar sıklıkla çocukluktaki güçsüzlüğün yetişkinler için hâlâ geçerliymiş gibi yeniden canlandırıldığı "disosiyatif bir çocuk durumuna" geri dönerler (s. 321). "Anılar işlenmek için bir şekilde daha olgun, gerçekliğe dayalı bir yetişkin perspektifiyle bağlantılı olmalıdır" (s. 322). BLS ve ikili farkındalık kullanımının, şimdiki ve geçmiş perspektifler arasında hızlı bir dikkat ve farkındalık salınımına neden olduğunu ve bu ikisinin hızlı bir şekilde entegrasyonunu kolaylaştırdığını gözlemlediler.

Bu örnekler EMDR hedeflemesinin kişilik bozukluğu olan danışanlarla kullanımında başarılı olması durumunda çok önemli olan uyumlu, dinamik olarak sofistike değişiklikleri göstermektedir. Bununla birlikte benim deneyimim altta yatan disosiyasyon süreçleri ve savunmaların tanınması ve bir dereceye kadar ele alınmasına rağmen, açıkça veya kapsamlı bir şekilde

hedeflenip tedavi edilemediğinden, süreç genel olarak eksik kalır ve tamamlanamaz.

## DİSOSİYASYON: KİŞİLİĞİN GELİŞİMSEL BİR ÇİZGİSİ

Phyllis Tyson (1998), *Amerikan Psikanaliz Derneği Dergisi*'nin gelişimsel teoriye adanmış özel bir cildinde, gelişimsel psikanaliz alanındaki karışıklık üzerine yorum yaparak, çoğulluk, çokluk, belirsizlik ve doğanın karmaşıklığı ve onun hakkında gerçekten ne kadar az şey bildiğimizden kaynaklanan muğlaklığın farkına varılması üzerine yeni bir vurgu yaptı. Psikanalitik gelişim teorisi bu yeni bakış açısı ve bu meydan okumadan kaçamadı. Gerçekten de gelişim teorisinin doğası sorgulanmıştır. Tyson çalışma yöntemlerimiz hakkındaki bu tutum değişikliğinden dolayı Nobel ödüllü ve sitogenetikçi Barbara McClintock'a güveniyor. McClintock, "her zaman ne bildiğimizi ve nasıl bildiğimizi sorgulamamızı" tavsiye etti ve yönelimini bu şekilde kaydırdığında daha önce görmediği şeyleri görebildiğini keşfetti (Keller, 1983).

Bu nedenle John Watkins ve Helen Watkins'in çalışmalarına uygun olarak, disosiyasyonun psikoseksüel olgunlaşma, dürtü ehlileştirme, nesne ilişkileri, adaptif işlev, kaygı düzeyi, savunma işlevi, kimlik oluşumu ve içselleştirmeye ek olarak başka bir gelişimsel çizgi (A. Freud, 1963) olarak görülmesi önerilmektedir. Buna göre, diğer gelişimsel hatlarda olduğu gibi disosiyasyon, sağlıklı/*adaptif* olandan patolojik olana kadar dinamik bir süreklilik olarak görülecektir ve tüm teşhis kategorilerinde bir düzeyde mevcut olacaktır.

Bu nedenle kişilik bozukluklarının semptomları, geleneksel teori uygulandığında gizli ve tedavi edilmeyen disosiyatif yönler olarak görülecek ve buna göre, bu disosiyasyon süreçlerinin doğ-

rudan ve kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekecektir. Bu öneri disosiyasyonu dolaylı veya doğrudan hedefleyen yaklaşımların aksine, sadece tedaviyi rayından çıkaracak kadar yaygın olduğunda veya danışanın dekompanse olma riski olduğunda yapılır.

Bu yaklaşımın merkezinde karakter özellikleri, dinamikler ve semptomların ego durumuna bağlı olarak kavramsallaştırılması yer alır. Buna göre örneğin bir bilişsel-davranışçı yaklaşımda inançlar ve davranış kalıpları olarak değerlendirilen, erken dönem uyumsuz şemaları, şema sürdürüm görünümleri, şema kaçınma ve şema telafileri ego durumları olarak kabul edilir. Yani örneğin, "beceriksizim"in erken dönem uyumsuz şeması, özünde bu inanç olan bir ego durumu olarak görülür. Şema sürdürümü ve ürettiği kendini engelleyici davranışlar, bu şekilde davranan bir ego durumu olarak görülür. Aynı şey şemadan kaçınma ve şema telafisi için de geçerlidir. Psikodinamik bir bakış açısından psikoseksüel gelişimin yönleri, dürtü türevleri, nesne ilişkileri (kendilik ve nesne temsilleri, kendilik nesneleri), adaptif işlev, kaygı düzeyi, savunma işlevi, kimlik ve içselleştirme süreçlerinin (süperego işlevi) hepsi ego durumları ve bunlarla ilgili inançlar ve davranış kalıpları olarak görülür. Örneğin nesne ilişkileri alanında, "kötüyüm"ün kendini temsil etmesi, bu inanca sahip bir ego durumu olarak görülür. Kimlik alanında, yutulma veya terk edilme korkusu, bu korkuyla ilgili bir ego durumu olarak görülür. Aynı şey diğer gelişim çizgileri için de geçerlidir. Kendilik psikolojisi perspektifinden bakıldığında, tüm kendilik-konfigürasyonları ego durumları olarak kavramsallaştırılır. Örneğin grandiöz kendilik (Kohut, 1971, 1977) bir ego durumu olarak kavramsallaştırılır.

Ego-sintonik özellikler bilinçsiz ego durumları olarak kavramsallaştırılır. Yani ortak bilinç yoktur. Ego durumu keşfi başladığında ve bu ego durumları deyim yerindeyse saklanmayı bıra-

kıp ortaya çıktıkça, kişinin inançları ve davranışları gibi bilinçli hale gelirler. Bu bir kez başarıldığında, giderek daha fazla egoya yabancı hale gelirler (ego distonik).

## TEDAVİ HEDEFLERİ

Geleneksel psikoterapide tedavinin hedefi, patolojik, ego-sintonik özelliği danışan için ego-distonik veya yabancı hale getirmektir. Bu, kaygı artışını kolaylaştırmak için tasarlanmış keşif ve uygun dozda yüzleşme ile yapılır. Kaygı en uygun düzeyde üretilirse, danışan, değişimi keşfetmeye motive olmak için yeterince kaygılı hale gelir. Bu teori ile ilgili sorun, kişilik bozukluğu olan danışanların ya çok endişeli ya da yeterince endişeli olmamalarıdır. Her iki durumda da tedavilerin ya bataklığa saplanması ya da erken sona ermesi ve tedavilerine devam edememeleridir.

Aksine ego durum çalışması kendiliğin (veya kendiliklerin) keşfine odaklanır. Bu sorgulama, danışanın sürekli olarak, yalnızca davranış veya sorunlarına değil duygu, motivasyon, inanç veya fantezi deneyimlerine odaklanmayı gerektirir (Erskine, 1997). Bu, danışanın öznel deneyimine gerçek bir ilgi duymaktadır. Farklı kendilik durumlarının keşfi ilerledikçe, farklı kendiliklerin ortak bilinci artar. Keşif sürecinde kendilik durumlarının duyguları, korkuları, sorunları ve uyarlanabilir özellikleri araştırılmaktadır. Bu, onları giderek distonik hale getirir. Bu süreç içinde terapist, bu kendilikler ne kadar öfkeli ya da görünüşte uyumsuz olursa olsun bir şekilde adaptif bir işleve hizmet ettikleri anlayışını dile getirir. Mevcut belirtilerin bir şekilde çocuklukta köken aldığı, ve çocukluk dönemindeki kısıtlılıklar göz önüne alındığında bu çözümlerin o zaman için adaptif oldukları şeklinde açıklamalar yapılabilir. Bu keşif ve açıklamanın ürünü, danışanın daha önce hiç deneyimlemediği uyumlama ve empatidir.

Bu, geleneksel tedavinin yarattığı kaygının tam tersidir. Danışan genellikle bu uyumlanmayı, terapistin danışanı farkındalıktan koruyan savunmaları nazikçe geçmesi ile danışanın kendiliğin uzun zamandır unutulmuş parçalarıyla temas kurmasıyla yaşar. Bu, danışanların travmatik deneyimlerini yavaş ama kesin bir şekilde incelemeye başlaması ve karakter zırhlarını atması için gerekli olan bu empatik güvenlik duygusudur (Reich, 1933). Aynı zamanda terapistin empatisinin içe atılması ve nihayetinde özdeşleştirilmesidir. Zaman içinde bu durum, danışanların başkalarına karşı kendi empatik farkındalıklarını geliştirmelerine olanak tanır.

## EGO DURUM TERAPİSİNİN SEKİZ EVRELİ PROTOKOLE ENTEGRE EDİLMESİ

### Evre 1: Öykü

İşleme için kritik hedefleri belirlemek amacıyla bir dizi boyut üzerinde öyküye dikkatli bir şekilde bakılmaktadır. Üç yönlü yaklaşım ile ilgili olarak; (1) işlev bozukluğunun altında yatan geçmiş deneyimleri, (2) tetikleyici olarak devam eden durumları ve (3) gelecekteki davranışlar ve işlevler karşısında kaygıyı hedefleyen gelecek şablonlarını tanımlamak için bir araştırma yapılır. Gelişimsel bir değerlendirme, danışanın çalıştığı gelişimsel seviyenin yarattığı korku ve inançların, ego durum keşfi veya ego durum çalışması sırasında açıkça ifade edilebilecek veya edilmeyebilecek hedefleri yansıtacağı için çok önemlidir. Örneğin, bir danışan sınırda kişilik organizasyonu gösteriyorsa, kendilik durumları yutulma, terk edilme ve yok olma korkularıyla mücadele edecektir. Bu örnek sırasıyla nesne ilişkilerinin gelişimsel çizgileri olan dürtü uslandırma ve kaygı düzeyini yansıtır. Bu, tedavide aylar veya yıllar geçene kadar hiç değilse açıkça ifade edil-

meyebilir. Terapistin bu temaların farkında olması, ego durum çalışması ve hedeflemesi sırasında danışan tarafından derinden empatik olarak deneyimlenecek olan gelişimsel olarak uyumlanmış iç içe geçmeleri kolaylaştıracaktır.

EMDR'ye başlamadan önce, disosiyasyon seviyesini taramak veya değerlendirmek de son derece önemlidir. Doğruluğu sağlamak için Disosiyatif Bozukluk Görüşme Çizelgesi (DDIS; Ross ve ark., 1989) veya DSM-IV Disosiyatif Bozukluklar için Yapısal Klinik Görüşme (SCID-D; Steinberg, 1994) gibi yapılandırılmış bir görüşme yapılabilir.

### Evre 2: Hazırlık

Bu aşamada ego durum çalışması danışana açıklanır. Ego durumlarının normal bir gelişimsel fenomen olarak varlığı, danışan, bir anlayış ve rahatlık bulana kadar ifade edilir. Bu, çoğu danışanın bu kavramın içgüdüsel olarak kendilerinde gerçekleştiğini iddia etmesi ile oldukça hızlı bir şekilde ilerler. Bir sonraki adım danışana EMDR'yi açıklamak ve onu hazırlamaktır. Bu modeldeki işlem bir istisna dışında tüm EMDR için standart hazırlık aşaması ile aynıdır. Terapist, danışana, oluşturulan EMDR hedeflerinin zaman zaman ego durumuna özgü olacağını açıklar.

Bu aşamada ego durumu keşfi, görüntülerin gelişmesiyle başlayabilir. Benim tercihim, "konferans odası" olarak da bilinen Disosiyatif Masa Tekniği'ni (Fraser, 1991, 2003) açıklamak ve böylece danışanın temel kavramları anlamasını sağlamaktır. Disosiyatif Masa Tekniği, bir danışanın iç dünyasına resmî hipnotik indüksiyonlara girmeden erişmek için basit bir yöntemdir. Danışanın normal uyanıklık durumunda, kendiliğinin tüm yönleri için rahat mobilyalar bulunan hoş bir içsel "konferans odası" hayal etmesini isteyerek kolayca başarılabilir. Odanın merkezin-

de etrafında konforlu sandalyeler bulunan büyük bir konferans masası bulunmaktadır. Fraser (1991), masanın başında kimin oturduğuna ilişkin argümanları engellemek için masanın şeklinin oval olduğunu ileri sürmektedir. Sık sık yuvarlak bir masa öneririm, çünkü oval bir masa bile bir başkana sahip olarak görülebilir. Verilen herhangi bir kendilik için gereken çeşitli donanımlar (örneğin bir mikrofon, spot ışığı, uzaktan kumanda veya film ekranı) ve yan yana olanaklar olabilir. Örneğin hoparlörleri olan veya olmayan bir bekleme odası ve diğerlerinin gizlenebileceği ancak gözlemleyebileceği tek yönlü bir ayna olabilir (Paulsen, 1995). Bu açıklama danışanın masayı görselleştirmesini veya güvenli ya da daha "becerikli" hissettiren diğer görüntüleri üretmesini sağlar. Ego durumlarının toplanabileceği yerlerin diğer örnekleri, ormana bitişik bir çayırdır; mağaralarla çevrili bir plaj; etrafında kapalı odalar bulunan geniş, açık bir oturma odası; koltuklar ve sahne arkası alanı ile birlikte bir tiyatro sahnesidir.

Bu imgelemede en önemli şey danışan içsel role alıştıkça ego durum sisteminin ihtiyaçlarını karşılamak için açık bir alan ve saklanma alanına yer verilmesidir (Fraser, 2003). Sınırda kişilik organizasyonuna sahip danışanlar için disosiyasyon seviyelerinin yüksek olması beklenebileceğinden konferans salonu daha uygun olabilir. Odanın ayrıntılı özellikleri geçiş veya formal hipnoz ihtiyacını desteklemekte ve bu nedenle zamandan tasarruf sağlamakta ve bilinçliliği arttırmaktadır (Paulsen, 1995). Bazı danışanlar hâlihazırda kendilik durumlarıyla diyalog kurabilecek şekilde tedaviye gelebilir ve bu görüntülere ihtiyaç duymayabilir. Bu teknikle ilgili ayrıntılı açıklamalar ve önerilen dil için Fraser (1991, 2003), Twombly (2000) ve Paulsen'e (1995) başvurulabilir.

İmgelem kurulduktan sonra danışandan konferans masasında veya seçilen görüntülerin açık alanında yetişkin ego durumunun rolünü üstlenmesi istenir. Bu kendilik-durumu lite-

ratürde "yetişkin kendilik", "temel kişilik", "yönetici kişilik", "ev sahibi kişilik" ve son olarak "görünüşe göre kişiliğin normal kısmı (GNP)" gibi çok farklı isimlerle anılabilir (Nijenhuis, van der Hart ve Steele, 2004b; Steele, van der Hart ve Nijenhuis, 2001). Son tanımlama -GNP- ilk olarak Myers (1940) tarafından ifade edilmiş ve son makalelerinde Nijenhuis, Steele ve van der Hart tarafından yeniden hayat bulmuştur (Nijenhuis, 2004a).

Daha sonra yetişkin kendilikten, tartışmaya dâhil olmak istiyorlarsa diğer tüm kendilikleri açık alana gelmeleri için davet etmesi istenir. Danışan, kendilik-durumlarının sesini ve deneyimlerini terapiste iletmeye davet edilir (Paulsen, 1995). Her ne kadar tedavinin amacı masa tekniği için hazırlık sırasında terapist tarafından dile getirilmiş olsa da, tüm ego durumlarının sistemin bir parçası olduğunu ve tedavinin amacının disosyasyon engellerinin ortadan kaldırılması ve uyum ve iş birliğinin kolaylaştırılması olduğunu tekrar belirtmek yardımcı olur. Varsayım, kendilik-durumlarının dinlediği ve çoğunun şüpheli olduğu yönündedir. Filmler ve birçok terapist bu tür bir tedavinin amacının ego durumlarının tek bir uyumlu duruma füzyonu olduğunu ileri sürmüştür. İçeride gerçekçi bir paranoyanın var olduğu varsayılmalı ve tedavi boyunca sürekli olarak yetişkin kendiliğe (veya aktif olan herhangi bir kendiliğe) ego durumlarının, en şiddetli ve öfkeli olanların bile ortadan kaldırılmadığı veya "öldürülmediği" hatırlatılmalıdır. Öfke ve nefret, savunmaya yönlendirilen enerji ve atılganlığı içerecek şekilde açıklanmalıdır. Sistem teorisinden ödünç alarak, bu kendilik-durumlarının bağlamı ve işlevi bir zamanlar adaptif olmak şekilde açıklanmalıdır. Terapistin, çocukların anlayabileceği bir dille, tüm kendiliklerin işlevini koruyabileceğini (henüz ne olduklarını bilmiyor olsak bile) ve sadece rötuş yapmaları, yani bunları yapmanın başka bir yolunu öğrenmeleri gerektiğini açıklaması gerekir. Diğer ego durumları disosiyasyon bölgelerinden çıkıp tedaviye

ilk kez gireceğinden, bu durumun tedavi boyunca sürekli olarak ifade edilmesi gerekecektir.

Yetişkin kendilik gördüğünde veya başka bir şekilde masanın etrafındaki ya da odadaki kendilikleri (ya da danışanın hayalini kurmayı seçtiği herhangi bir açık alanı) algıladığında terapist, danışanı "sadece ne olduğunu fark etmeye" yönlendirir. Diğer kendilikler birkaç dakika içinde ortaya çıkabilir veya bu durum birçok seans alabilir. Gecikme, güven konusundaki belirsizlikleri, ego durumlarının normalliğine olan inanç eksikliğini veya kontrol altındaki ego durumlarının maruz kalma korkusunu gösterebilir. Her durumda ego durumlarının normalliği ve güvenliği ile ilgili ek güvenceler gerekecektir. Güven ve aktarım konularının da araştırılması gerekebilir.

Danışanın diğer ego durumlarının varlığını bildirmesi üzerine, kendisinden, bu ego durumlarının yaş, cinsiyet ve duygusal durum gibi bazı tanımlarını yapması istenir. Bu kendilik durumlarının nerede olduğuna, diğerlerinin kim olduğuna vb. ilişkin bazı karışıklıklar olabilir. Bu, gerektiğinde onları diğer durumların tarihine, yerine ve kimliğine yönlendirmek için uygun bir zamandır. Yetişkin durumla olan ilişkilerinin de açıklanması gerekecektir. Yetişkin kendilik diğer ego durumlarının fiziksel olarak görünmesi ile de şaşırabilir. Örneğin çok korkulan hırçın ses, aslında küçük bir çocuk ego durumuna ait olabilir. Bazı ego durumları beklenenden farklı bir cinsiyette olabilir veya bazıları daha genç yaştaki temel kişilik gibi görünebilir. Bu noktada açıklanması gereken, tabloda görünen şeyin yetişkin kendiliğin yorumu değil, her ego durumunun kendi algılanan kimliği olmasıdır. Çeşitli ego durum sunumları, bu durumların oluştuğu zamandan kalma yaşları temsil edebilir veya rollerinin bir sembolü olabilir. Örneğin sert görünümlü bir kişi veya baştan çıkarıcı bir kişi gibi.

Şimdi ilk kendilik grubu masaya veya açıklığa geldiğine göre, bir sonraki adım bu ego durumları ile organize bir şekilde iletişim kurmak için bir yol oluşturmaktır. Unutulmamalıdır ki bu noktaya kadar bu ego durumları genellikle sadece beklenmedik ve kendiliğinden ortaya çıkar, zaman zaman da yetişkin durumun sıkıntısı olduğunda. Muhtemelen bazıları içsel olarak çalışıyor, duygusal ve bedensel deneyimleri tetikliyor. Bununla birlikte bazı danışanlar için bu noktaya kadar iç durumlarla daha önce hiç bir diyalog ya da eş-bilinçli farkındalık olmamış olabilir.

Sonraki oturumlarda farklı ego durumları farklı zamanlarda kendilerini göstereceklerdir. Bu sadece keşif için değil aynı zamanda kendini yatıştırıcı ve kaynak için de iyi bir fırsat haline gelir. Bu, danışanın disosiyatif yeteneklerini kullanarak ve yetişkin ego durumunun diğer ego durumları için bir ebeveyn ve yatıştırıcı ajan olarak hareket etmesine izin verilerek gerçekleştirilir. Çoğu zaman ego durumları kendilerini kızgın, endişeli veya aşırı korkmuş olarak sunacaklardır. Yetişkin ego durumu bu kendiliklere deneyimlerinin ne olduğunu ve daha iyi hissetmek için neye ihtiyaç duyduklarını sorabilir. Yetişkin kendilik daha sonra genç kendilikleri yatıştırabilir ya da başka adaptif ve yardımsever bir kendilikten yatıştırıcı bir şey yapmasını isteyebilir. Bu sakinleşme kafa karışıklığını ortadan kaldırarak, tutup rahatlatarak ve yetişkin kendiliğin kalıcı bir müttefik olarak orada olduğunu açıklamaya devam ederek başarılabilir –bu, kendiliklerin çocukluklarında veya ergenliklerinde sahip olmadıkları bir şeydir.

Öfkeli ve eleştirel ego durumlarının da ortaya çıkması beklenebilir ve bunlar başlangıçta kendilerini yatıştırmaya veya ikna etmeye izin vermezler. Terapistin en faydalı yanıtı, terapist ve yetişkin ego durumu bu kendiliklere ihtiyaç duyduğunda kullanılabilir olmalarının devamını sağlamaktır. Bu olduğunda terapist veya yetişkin kendilik, bu kendiliklerin kızgın, eleştirel

ve cezalandırıcı ifadelerinin altında, öfke ve eleştiri olarak ifade edilen korku ve şok olduğunu diğer kendiliklere açıklama fırsatı bulabilir.

Bu öfkeli ve cezalandırıcı kendiliklerin bu yorumlara tepkisine bakılmaksızın terapist tüm iletişimin duyulduğunun ve bir düzeyde empatik olarak kaydedildiğinin farkında olmalıdır. Terapist tarafından yapılan herhangi bir iletişimin diğer tüm ego durumları tarafından da duyulduğu varsayılmalıdır. Çünkü herhangi bir oturum sırasında diğer ego durumlarının işitme içinde veya bazı disosiyasyon bölgelerinde gizlendiğini tespit etmenin bir yolu olamaz. Bu ebeveynlik, yatıştırma ve diğer ego durumlarının listeye alınmasının hazırlık aşamasının temel dayanağı haline gelen içsel bir ekolojik kaynaktır.

Ego durum sistemi terapist ile bu iletişim modeline rahatça alıştığında, bir EMDR hedefinin zamanı gelmiştir. Terapistin EMDR sürecini ego durum sistemine tekrar açıklaması gerekir ve sistemin anlaşıldığı ortaya çıktığında EMDR ile kendilik durumlarından devam etmek için izin alması gerekir. İzin alınmazsa aşağıdakiler beklenebilir: Sınırda kişilik organizasyonuna sahip, disosiyasyon düzeyi yüksek olması beklenen danışanlar bozulabilir ve daha adaptif kişilik organizasyonuna sahip danışanlar düzgün işlemeyebilir veya başlangıçta blok yaşayabilir. Bu yaklaşımı son yedi yıldır kullanırken edindiğim deneyim, izin almanın bir nezaket olarak içsel şekilde deneyimlenmesi ve bu nedenle büyük miktarda içsel iş birliği ve sonuç sağlamasıdır.

### Evre 3: Değerlendirme

Bu noktada danışan ve terapist, her ikisinin de öykü almada öğrendiklerini kullanarak, kapsayıcı bir EMDR hedefi formüle etmek için çalışırlar. Kişilik bozukluğu olan çoğu danışan için bu, işlev bozukluğunun çekirdeğine olabildiğince yaklaşan

negatif kognisyonu gerektirir. Sınırda kişilik örgütü veya düşük işlevli, narsisistik kişilik örgütü olan danışanlar için global bir hedef kontrendike olacaktır. Bunun nedeni bu danışanların yüksek düzeyde disosiyasyon ve uyumsuz duygulanım köprüleme potansiyelleridir. Bunun gibi danışanlar için EMDR hedeflerinin, bu hedefleri bireysel ego durumlarına göre formüle ederek ve işleyerek bölümlere ayrılması gerekir (Fine, 1991). Sınırda ve düşük işlevli narsisistik kişilik bozukluklarının tedavisi için genel prosedürler, ego durum çalışması ve EMDR ile disosiyatif bozuklukların tedavisi için olan kılavuzların takip edilmesidir.

Çoğu kişilik bozukluğunda nadiren derin veya tanımlayıcı travmalar bulunduğundan, EMDR'nin işlenmesi için hedefler; standart şemalar, kendilik temsilleri veya standart EMDR hedefleri için kolayca formüle edilebilen diğer gelişim çizgileri gibi karakteristik olma eğilimindedir. Örneğin ana karakteristik sorunları "yetersizlik korkusu" etrafında dönen bir danışanı ele alalım. Standart protokolde olduğu gibi danışandan bu korkuyla birlikte bir resim getirmesi istenir. Terapist diğer duyusal yöntemlerin de sesler, kokular vb. içerebileceğine ve hakkında bilgi sahibi olabileceğine dikkat etmelidir. Daha sonra danışandan negatif bir kognisyon (yetersizim), pozitif bir kognisyon (iyiyim), VOC derecesi, duygusal durum, SUD düzeyi ve bedensel rahatsızlığın yerini belirlemesi istenir.

### Evre 4: Duyarsızlaştırma

Hedefin işlenmesi olağan şekilde başlar. Danışandan "sadece fark etmesi" ve sorulduğunda terapiste geri bildirimde bulunması istenir. İşleme, beklenen şekilde devam ettiği sürece terapist standart prosedürü takip eder ve yoldan çekilir. Süreç düğümlenmeye başladığında, "Sistemdeki herhangi bir kendilik bu süreçte zorluk yaşıyor mu?" diye bir ego durumu örüntüsüne

sorarak fayda sağlanır. Çoğu vakada bir veya herhangi bir sayıda kendilik, sıkıntısını iletir. Terapist daha sonra sorunun ayrıntılarını araştırabilir; sorunu çözmek için yetişkine veya diğer ego durumlarından birine başvurabilir. Birçok vakada, bu kendilikler etkilenme korkularını ya da bu etki meydana gelirken yalnız kalma korkusunu rapor edecektir. Yetişkin veya diğer kendilik-durumlarının açıklamaları, güvence vermeleri ve yatıştırıcılıkları genellikle sorunu çözecektir.

Bu yapıldığında terapist danışanı hedefe geri döndürür. Anksiyetede genellikle belirgin bir azalma olur ve aynı ego durumunun müdahale ettiği bir sonraki bloğa kadar işleme standart bir şekilde devam eder. Eğer bu müdahale yeniden başarılı olursa danışan hedefe geri döndürülür ve rahatsızlık düzeyinin azalması beklenebilir.

Bununla birlikte bu tür müdahalenin bir şema veya karakteristik dinamikten kaynaklanan bir tür engelleme inancı nedeniyle başarılı olmayacağı zamanlar vardır. Örneğin genç bir kendilik hali, yatıştırılmasına izin vermeyebilir ve "Yatıştırılmayı hak etmiyorum." ifadesini kullanabilir. Bu durumda diğer ego durumları tarafından ikna edilmenin veya yatıştırılmanın bir etkisi olmayacağı beklenebilir. Ancak terapist bu ego durumuna yardım edilmeyi isteyip istemediğini sorabilir. Ego durumu "Evet", hatta "Yardım etmeye çalışabilirsin, ama hiçbir şey işe yaramayacak." diye cevap verirse, terapist negatif kognisyon olarak ya da araştırmaya bağlı olarak "Ben yatıştırılmayı hak etmiyorum." ifadesini kullanarak ego durumuna özgü bir hedef önerebilir ve "Benimle ilgili bir sorun var." şeklinde, daha global bir ifadeden faydalanabilir. Daha sonra tam bir hedef formüle edilir ve bu kendilik durumuna standart EMDR talimatları verilir.

Bu ego durumuna özgü hedefler, oldukça hızlı bir şekilde

işlenmeye yatkındır. Duyarsızlaştırmada SUD'un 0'a düşmesi, yerleştirme ve VOC'un 7'ye çıkması ve beden taramasının temizlenmesi genellikle yirmi dakika ile iki seans kadar sürer. Bu hedefin tamamlanmasının ardından terapist, bu durumdan yetişkin duruma ve ilk hedefe (orijinal hedef) dönüş yapmak için ego durum çalışmasından yararlanır. Daha önce olduğu gibi rahatsızlık düzeyi azalacak ve işleme devam edecektir.

Disosyasyonu besleyici anılar olarak kavramsallaştırılan bu tür döngülerin, tetiklendikçe süreci kesintiye uğratan birçok farklı kendilik durumu ile beraber sürekli olarak gerçekleşmesi beklenebilir. Bazen ego durum çalışması tek başına yeterli olurken, diğer zamanlarda bu ego durumlarının kendi hedeflerindeki bloklar üzerinden çalışılmasını gerektirir. Kavramsal olarak disosiyasyonu en kapsamlı düzeyde ele almak için gereken şeyler, bu ego durum müdahaleleri ve hedef içinde hedef müdahaleleridir. Bu ileri geri hareket -ana hedeften ego durum çalışmasına, ego durumuna özgü hedeflere, ana hedefe geri dönmek- orijinal veya ana hedefin SUD'u 0 düzeyine duyarsızlaştırılana kadar gerekli serilerde gerçekleştirilir.

### Evre 5: Yerleştirme

Standart protokolde olduğu gibi yerleştirme aşaması, pozitif kognisyonun hedeflenen bilgilerle tam entegrasyonunu kolaylaştırmak için kullanılır. Yetişkin kendilik durumu pozitif kognisyonu hedefle eşleştirir ve VOC düzeyi 7'ye (veya ekolojik olarak geçerli ise 6'ya) ulaşana ve ek setlerle güçleninceye kadar onu işler.

### Evre 6: Beden Tarama

VOC düzeyi 6 veya 7 seviyesine ulaştığında yetişkin ego durumundan, tüm vücudu zihinsel olarak tararken gerilim, gerginlik veya diğer sıradışı hisleri tanımlamak için hem hedefi

hem de pozitif kognisyonu akılda tutması istenir. Yetişkin ego durumu sıra dışı fiziksel duyumlar bildirirse bunlar başka setlerle hedeflenir. Duyumlar genellikle art arda gelen birkaç set ile sorunsuz bir şekilde temizlenir. Öte yandan bu kadar sık olmamakla birlikte bu noktada vücut hislerine odaklanmak, derin disosiyasyondan ortaya çıkan ve bilinçli hale gelen ego durumları tarafından tetiklenen diğer bilgi kanallarını açabilir. Bu olduğunda bu ego durumlarının dinamikleri veya şemaları terapist ve yetişkin kendilik durumları tarafından araştırılır. Daha önce yapıldığı gibi bu, engelleme inançlarını veya besleyici anılarını işlemek için standart ego durum çalışması veya ego-duruma özgü hedeflerle onarılır. Beden tarama tamamlanıp tam bir çözüme ulaşıldığında yetişkin ego durumundan yine orijinal hedefi pozitif kognisyonla eşleştirmesi ve tekrar vücut taraması yapması istenir. Bu noktada net bir vücut taraması beklenebilir.

### Evre 7: Kapanış

Herhangi bir seansı tamamlama terapistin standart tarzında gerçekleştirilir ve imgeleme veya diğer stabilizasyon ve sınırlama tekniklerini içerir. Daha sonra bir güvenlik değerlendirmesi ve ardından bazı bilgilendirmeler yapılır.

### Evre 8: Yeniden Değerlendirme

Bu, bir sonraki seansın başında terapistin standart tutumu şeklinde yapılır.

## VAKA SUNUMLARI

### Arnie: Pasif-Agresif Kişilik Bozukluğunun Tedavisi

Arnie kırk sekiz yaşında, son derece başarılı, iki çocuklu, evli bir adamdı. Kız kardeşinden iki, erkek kardeşinden dört yaş kü-

çük, üç çocuğun en küçüğüydü. Yedi buçuk yıllık kapsamlı psikanalitik tedavinin ardından 1995 yılında benimle tedaviye başladı. Babası Arnie'nin tedaviye girmesinden dört ay önce ölmüştü. Arnie önceki tedavisinde neyin önemli bir gelişme olarak göründüğünü bildirdi. Karısının ısrarı üzerine tedaviye başladığını ve uzak, geri çekilmiş, pasif agresif ve eleştirel olmasından karısının şikâyet ettiğini belirtti. Her ne kadar çok iyileşmiş olsalar da hâlâ bu semptomlarla mücadele ettiğini kabul etti ve EMDR'nin psikanalizin yarım bıraktığı şeyleri bitireceğini umduğunu söyledi.

Arnie işinde son derece başarılıydı ve maddi olarak zengindi. İki ergen çocuğundan büyük bir şefkat ve empati ile söz etti ve karısını sevmesine rağmen bu şefkat ve güvenliği onunla yaşayamayacağını söyledi. Arnie, karısını kendini kontrol eden bir "düşman" olarak deneyimledi ve kendini ortaya koyamayacağını ve inançlarını ifade edemeyeceğini hissetti.

Arnie babasını benmerkezci, narsisistik ve işkolik olarak nitelendirdi. Sabırsız, eleştirel, çoğu zaman öfkeli ve duygusal olarak kararsız olduğunu söyledi. Babasının narsisizmini tarif ederken, babasının Arnie'ye bakışının herhangi bir günde, Arnie'nin o gün ona nasıl hissettirdiğine bağlı olduğunu belirtti. Arnie ihtiyaçlarının asla dikkate alınmadığını hissetti. Arnie'nin okul notları yüksek ve tenis oyunu en üst seviyedeyse babası onunla etkileşime girerdi. Arnie'nin kardeşleri de ne mükemmel öğrenciler ne de tenisçilerdi ve bu nedenle onlara değer verilmedi ve genellikle babaları tarafından terk edildiler.

Arnie annesini narsisistik, eleştirel ve bağımlı olarak tanımladı. Her ne kadar Arnie'nin performanslarından tatmin olsa da her zaman daha fazlası için baskı yaptı. Babası gibi o da tenisi üstün bir sosyal spor olarak görüyordu. Arnie annesinin babasına boyun eğdiğini hissetti ve onu asla savunmadı.

Arnie'nin kardeşleri ebeveynleri tarafından ihmal edilmelerine tepki göstererek Arnie'ye karşı kıskanç ve kızgındılar. Bu durum, yetişkin yaşamlarında da devam etti ve genellikle aile toplantılarında ortaya çıktı.

Arnie'nin gelişimsel değerlendirmesi şunları ortaya koydu: Psikoseksüel olgunlaşması orta derecede tamamlanma eğilimindeydi ve karısıyla olan kişiler arası zorluklar sırasında hafif gerilemeler gösterdi. Karısıyla kendini savunmakta zorluk çekmesi, pasif-agresif bir tavır dışında, saldırganlığın tam olarak etkisiz hale getirildiğini göstermekteydi. Kendilik ve nesne temsilleri çatıştı ve kendini yetersiz ve karısını narsisist ve güvenilmez olarak deneyimlemesine yol açtı. İçe bakış yapabildiğinde ve gözlemci bir ego kullanabildiğinde, bunların fanteziler olduğunu ve onun davranışına dayanmadığını fark etti. Kendilik-nesne farklılaştırma kapasitesi ilişkilerinin çoğunda uygun sınırlarla birlikte iyi gelişmişti. Genel işlevi üstün birleşik ve bütünleştirici işlevleri göstermekteydi. Sinyal kaygısı tamamen bozulmamıştı, kaygı kalıpları iğdiş edilme ve yetersiz hissetme etrafında dönme eğilimindeydi. Savunmalar, spektrumun daha uyumlu ucunda disosiyasyon ile nispeten yüksek işliyordu. Genel kimlik duygusu orta derecede sağlam bir yapıya sahipti ve ebeveynleri ve karısıyla olan etkileşiminde gerileme eğilimindeydi. Genel içselleştirme düzeylerine gelince, babasının cezalandırıcı algılarıyla aşırı özdeşleşmiş gibi görünüyordu. Teşhis amaçlı olarak Arnie'nin pasif-agresif bir kişilik bozukluğu sergilediği ve DDIS tarafından değerlendirilen disosiyasyon seviyesinin spektrumun alt ucunda olduğu ortaya çıktı.

Arnie'nin tedavisi, onun düzeyinde işlev gören danışanlarla ego durum çalışmasından yararlanmamdan önce başladığından, onun EMDR için hazırlığı standarttı. Arnie hipnozla ilgili bir dizi olumlu deneyim bildirdi ve bunu kaynağı ve güvenli yeri

olarak kullanıp kullanamayacağını sordu. Bu, ilerleyici kas gevşemesi ve yönlendirilmiş imgeler kullanılarak bir indüksiyonla gerçekleştirildi. Arnie'nin kaynağı sayesinde ona ayrıca hipnotik indüksiyon için göz yuvarlama tekniği ve kendi kendini yatıştırmak için seanslarımızda kullanılacak uygun imgeler öğretildi.

Tedavisinin bir sonraki aşaması (Aşama 3), girişkenlik korkusunu hedefleyen standart EMDR ile başladı. Bir görüntü istendiğinde Arnie "Kendimi yerde solucan olarak görüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "Öfkem olmadan kendimi savunamam." olarak belirledi. Pozitif kognisyonu "Kendimi öfke duymadan savunabilirim." şeklindeydi ve VOC düzeyi 2 idi. Arnie duygusal olarak SUD düzeyi 6 olan "korkunç bir iç acı"nın farkına vardı. Bedensel olarak kaslarında bir gerginlik ve hafif bir mide bulantısı yaşadı.

İşleme başladı (Aşama 4) ve kapsamlı bilişsel ve dinamik müdahalelerle aylarca sürdü. EMDR için tasarlanmış bir ses CD'si sürekli uyarım için kullanıldı. Arnie'nin EMDR deneyimi son derece duygusal ve dramatikti ve kendisi için çok yeni olan bir duygu yoğunluğu hissetti. Dinamik müdahalelerin önceki analistlerinin yorumlarından "daha derine gittiğini" hissetti ve çok umutluydu.

Ancak sonraki üç ay çok az değişiklik fark etti ve giderek daha fazla hayal kırıklığına uğradı. Yedi yıllık psikanaliz tecrübesi olan Arnie hızla ilerlemeye devam etti. Semptomatik değişim eksikliğinden hâlâ hayal kırıklığına uğramış olsa da, terapötik ilişkide daha güvende ve "önemsendiğini" hissetmeye başladıkça intrapsişik bir değişiklik fark etmeye başladı. Aynı konuları ele alan ancak duygusal olmayan bir şekilde sözlü olan analizinin aksine, Arnie EMDR'yi yoğun ve duygusal olarak hareketli olarak deneyimledi.

Ortalama dokuz aylık bir seansın başlangıcında yaklaşık on dakika işleme yaptıktan sonra Arnie dedi ki: "Sorun, öfkem olmadan kendimi savunamamam değil; bir insan olarak kendimi yetersiz hissediyorum... ve bunun farkına varmak beni acayip korkutuyor." Hazır olduğunda hedefi yeniden değerlendirdik ve öncekine benzer olduğunu gördük. Bir görüntü istendiğinde Arnie, "Kendimi hâlâ yerde bir solucan olarak görüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "yetersizim" olarak değişti. Pozitif kognisyonu "VOC: 2" düzeyinde "yeterliyim" idi. Arnie duygusal olarak 7'lik bir SUD ile "korkunç bir iç ağrı" hissetmeye devam etti. Bedensel olarak kas ağrısı ve midesinde bulantı hissini yaşamaya devam etti. Semptomatik değişim olmamasına rağmen yetersizlik korkusunu deneyimleme yeteneğinin dramatik bir gelişme parçası olduğunu fark etti ve tatmin olduğunu hissetti.

1996 ilkbaharında hem Arnie'de hem de diğer yüksek işlevli danışanlarda çeşitli, hemen fark edilmeyen kendilik durum değişimlerini fark etmeye başladım. Bana göre bunlar son derece disosiyatif danışanlarımda gözlemlediğim türden değişimin ince varyasyonlarıydı. O zamanlar sadece yaklaşık bir buçuk yıldır yüksek derecede disosiyatif danışanları tedavi ettiğim için, "kör" olmam beni şaşırtmadı. Bundan, disosiyatif bozuklukların tedavisinde deneyimli meslektaşlara bahsettiğimde, tüm tanı kategorilerinde disosiyasyonun varlığını ele alan küçük bir literatür olduğu konusunda bilgilendirildim. Bu tabii ki beni Federn, Berne, Watkins ve Watkins, Erskine ve Bromberg'in yazılarına götürdü. Gözlemlerim ve adı geçen yazarlar tarafından ifade edilen fikirler üzerine düşünürken, Arnie'nin geçirdiği ana akım psikanalizin dinamik müdahaleler de dahil olmak üzere standart EMDR protokolünü kullanmamın, hafif de olsa disosiyasyonun varlığına doğrudan değinilmediği için kapsamlarının sınırlı olduğunu farkettim.

Arnie'nin tedavisi ego durumlarını keşfetmeye ve tanımlamaya başladığımızda yeni bir hazırlık aşamasına geçti. Arnie'ye bu geçişi açıkladığımda aynı anda korkmuş ve büyülenmişti. Arnie hakkındaki anlayışım, onun bu kavramı duygusal olarak benimsemeden önce bilişsel olarak kavraması gerektiği gerçeğinin farkına varmamı sağladı. Arnie öyküsünde bu tedavinin başlangıcında psikanaliz literatürünün oldukça büyük bir kısmını okuduğunu bana anlatmıştı. Son derece zekiydi ve gelişimsel tanı ve gelişim çizgileri kavramını iyi bir şekilde anlamıştı. Bu gelişim çizgileri listesine disosiyasyonu eklemesini ve onun için ne anlama geldiğini kavramsallaştırmasını önerdiğimde bunu anladı ve kaygısı dağıldı.

Sonraki birkaç seansı disosiyatif tabloyu kullanarak onun için belirgin hale gelen ego durumlarını keşfederek ve listeleyerek geçirdik. Arnie şu kendilik durumlarının farkına vardı: Dört yaşında yetersiz; üç yaşında korkmuş bir çocuk; beş yaşında "solucan gibi"; on bir yaşında öfkeli; yetişkin kendilik; profesyonel kendilik; bir dizi uyarlanabilir ergen kendilikler; baba içe atımı (intojeksiyon); anne içe atımı ve onun kendi babalık kendiliği. Tedavisi şimdi keşif ve kendi kendini yatıştırıcı bir hal aldı. Arnie yetişkin ve diğer adaptif kendiliklerini, korkmuş ve kafası karışmış genç kendiliklerin yatıştırılmasında ve rahatlatılmasında kullandı. Arnie'nin en adaptif rollerinden biri bir baba rolüydü ve bu gücü genç, kırılgan kendiliklere yeniden ebeveynlik yaparken kendi babalık kendiliğini harekete geçirerek kullanabildi.

Bu keşif ve yatıştırıcı birkaç seanstan sonra, Arnie kendi çok yönlülüğüyle rahat olmaya başladıkça, yetersizlik korkusuyla uğraşan bir önceki hedefe dönmek için izin istedik. Bir önceki hedefin hâlâ geçerli olup olmadığını ve varsa sıkıntı düzeylerini kontrol etmek için değerlendirme aşamasına (3. aşama) tekrar girdik. Sekize yükselen SUD seviyesi dışında hedefin tüm yön-

leri değişmeden kalmıştı. SUD seviyesindeki yükseliş bana, bu işleme izin verse de tüm kendiliklerin sürece dâhil olmadığını ve gelecekte bazı sabotajların olabileceğini gösterdi.

Duyarsızlaşma aşaması olan dördüncü aşamaya yeniden girdik ve hedefi işlemeyi yeniden başlattık. Arnie işlemeye başladığında biraz tedirgin olduğunu ve korktuğunu fark etti. Ona elindeki malzeme ile kalmasını ve "sadece fark etmesini" önerdim. Bu, sonraki yirmi dakika boyunca hiçbir değişiklik olmadan devam etti. Bir ego durumu müdahalesini kullanarak, "Buna devam etmekten kim korkar?" diye sordum. Arnie bir anlığına düşündü ve dedi ki: "Birisi karanlıkta kaldı... On yaşında korkmuş bir çocuk. Korktuğunu ve bunu durdurması gerektiğini söylüyor." Arnie'ye neden diye sordum; "Çok tehlikeli olduğunu söylüyor." Arnie'nin yetişkin ve diğer adaptif kendilik durumlarının bu kendiliği yatıştırmaya ve rahatlatmaya çalışabileceğini söyledim. Bu, yaklaşık on dakika boyunca hiçbir işe yaramadı. Arnie daha tedirgin oluyordu ve başka neler yapabileceğimizi merak ediyordu. Bu kendilik durumunun yardım isteyip istemediğini sordum. Arnie bir an düşündü ve yardım istediğini söyledi, ama hiçbir şey işe yaramaz, dedi.

Ego duruma özgü bir hedef kullanarak bir müdahale denemek aklıma geldi. Çünkü bu, bellek ağlarının doğru hedeflenmesini sağlayarak disosiyasyon tedavisi ve sinir ağlarının içsel parçalanması (ego durumları) ile ana (kapsayıcı) EMDR hedeflerini bağlayacaktı. Korkmuş kendiliğin yalnızca duygularına odaklanması ve "sadece farkına varması" gerektiğini açıkladım. Arnie isteksizce kabul etti. Bir görüntü istediğimde korkmuş kendilik "Hiçbir şey görmüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "öfke tehlikeliydi" Pozitif kognisyonu VOC: 2 ile "öfke sorun değil"di. Korkmuş kendilik duygusal olarak SUD: 9 düzeyinde "korkmuştu". Bedensel olarak üst göğüs ve karın gerginliği ya-

şadı. Korkmuş kendilik yetişkin kendiliğin kucağında oturarak hedefi işlemeye başladı.

Tüm hedef yaklaşık kırk dakika içinde işlendi (SUD: 0, VOC: 7 ve beden taraması temizdi) ve müdahale gerekmedi. Yetişkin kendiliğe ve orijinal hedefe dönmek için bir ego durumu müdahalesinden faydalanıldı. Yetişkin kendilik SUD seviyesinin 6'ya düştüğünü ve "daha gevşek" hissettiğini bildirdi.

İşleme süreci orijinal hedeften ileri ve geri müdahale ederek ego durumu müdahalelerinden ego durumu spesifik hedeflere müdahaleler şeklinde sonraki yıl boyunca devam etti. Bir noktada ana hedef tekrar dönmeye başladığında, bir ego durumu müdahalesi dört yaşında korkmuş bir kendiliği ortaya çıkardı. Korkusu sorulduğunda, "Kızıyorum... Korkuyorum... Kızarsam babam beni sevmeyecek." dedi. Bu ikileme neden olan baba içe atımını (introject) kullanmayı ümit ederek önce bunu işlememeyi seçtim. Yetişkin kendiliğe babasının içe atımını bulup bulamayacağını sordum. Bu, başkalarının duygularını bastırma ihtiyacının kökenleri konusunda kendiliğin, yetişkin kendilik ve baba içe atımı arasında bir keşif yapmasını gerektiriyordu.

İçe atımlarla uğraşırken kritik olan şey -en basit ifadelerle- saldırganla özdeşleşmenin, danışanın inançlarının doğuşu olduğunun açıklanmasıdır. Bu gerçekleştiğinde terapist sokratik müdahale kullanabilir ve orijinal ebeveynler bu şekilde hareket ettiğinde, bu içe atımın nasıl hissettiğini sorabilir. İçe atım o sırada hissedilen acıyı ifade ettiğinde, terapist bunu keşfedebilir ve sonunda içe atımın davranışının diğer kendilik durumlarını nasıl hissettirdiğine ilişkin empatik bağı kurabilir.

Bazen bu tür genişletilmiş ego durumu müdahalesi bir içe atımın davranışını değiştirebilir. Arnie vakasında olmadı, ancak bu, yeterli miktarda duygusal karmaşaya neden oldu, bu da yar-

dıma ihtiyacı olup olmadığını sormama izin verdi. Neyse ki yeterli duygusal karmaşa vardı ve "Evet." diye cevap verdi. Bu içe atım için bir hedef belirlendi.

Bir görüntü istendiğinde baba içe atımı "Hiçbir şey görmüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "Kimsenin bana kızmasına izin veremem." idi. Pozitif kognisyonu VOC: 2 düzeyinde "öfkeleri iyi" idi. Duygusal olarak SUD: 9 düzeyi ile "korkmuş" hissetti. Bedensel olarak üst göğüste ve karnında gerginlik yaşadı.

Bu ego durumuna özgü hedefin SUD: 0, VOC: 7 ve temiz bir beden taraması sağlanana kadar işlenmesi için dört adet doksan dakikalık oturum gerekti. Dört yaşındaki korkmuş kendilik devreye girdi ve negatif kognisyon olarak "Kızarsam babam beni sevmeyecek." şeklinde ego durumuna özgü bir hedef belirlendi. Baba içe atımı ile yapılan çalışma sonucunda bu hedefin tamamen işlenmesi sadece otuz dakika sürdü. Yetişkin kendiliğe ve orijinal hedefe dönmek için bir ego durumu müdahalesi kullanıldı. Yetişkin kendilik, SUD düzeyinin 4'e düştüğünü ve kendini daha iyi hissettiğini bildirdi.

Bu süreç SUD düzeyinin 0'a düştüğü 1997 yazına kadar devam etti. Yerleştirmeye başladık (5. aşama) ve çok hızlı bir şekilde VOC: 7 ve temiz bir vücut taraması olacak şekilde (aşama 6) yeniden işledik. Arnie kendini biraz mutlu hissetti ve formal bir kapanışa ihtiyacı olmadığı ortaya çıktı (aşama 7).

Sonraki birkaç seansta yeniden değerlendirme yaptık (aşama 8) ve Arnie onu tedavi eden semptomlarda bir azalma bildirmeye başladı. Arnie ve ben eylül ayında yaz tatilinden döndüğümüzde Arnie bu semptomların ortadan kalktığını bildirdi. Bunu birkaç oturum için araştırdık ve Arnie'nin karısıyla olan ilişkisindeki değişiklikler karşısında daha eksiksiz bir değerlendirme için bir çift oturumunun yapılmasını önerdim. Arnie kabul etti

ve birleşik oturum tüm değişiklikleri doğruladı. Sonlandırma ile devam ettik ve yıl sonunda tedaviyi bitirdik.

### Marina: Narsistik Kişilik Bozukluğunun Tedavisi

Marina anksiyete şikâyetleriyle tedaviye başlayan, kendilik saygısı ve aşırı kıskançlıkla ilgili zorluklar yaşayan otuz yaşında evli bir kadındı. Kocasının her zaman sevgi dolu ve sadık olduğunu söylemesine rağmen, sürekli olarak aşırı kıskançlıktan rahatsız olduğunu fark etti. Mesleğinde iyi eğitimli ve yeterliliğe sahip olmasına rağmen, iş arkadaşları veya danışanlar tarafından yapılan küçük eleştiriler, yeterliliği hakkında acı verici şüpheler doğurmaktaydı. Marina, ergenlik döneminin sonlarında, yararlı ancak eksik olarak nitelendirdiği iki yıllık bilişsel-davranışçı tedavi görmüştü. Yirmili yaşlarında psikanalitik tedaviye girdi ve üç yıl kaldı. Bunu "gelişmeyi çok teşvik edici" ama aynı zamanda eksik olarak nitelendirdi.

Benimle tedaviye girmeden yaklaşık dokuz ay önce başka bir klinisyenle EMDR tedavisine başladı. Tanımına ve o klinisyen hakkındaki bilgime göre, tedavi standart EMDR işleminden oluşuyordu. Bu tedaviyi "sinir bozucu" ve bazen de biraz dengesizleştirici olarak deneyimledi. Dengesizlik ile ilgili açıklaması, seansını takip eden yaklaşık üç gün boyunca aşırı derecede endişeli ve yorgun hale geleceği ve çalışması için büyük bir çaba göstermesi gerekeceği şeklindeydi. Yaklaşık üç gün sonra kendini daha iyi hissetmeye başlayacaktı ve sadece sonraki seansın ardından döngü yeniden başlayacaktı. Bir psikoterapist olan arkadaşı onu EMDR ve ego durum çalışması için bana yönlendirdi.

Marina'nın hikâyesi ebeveyn tutarsızlığı, güvenilmezliği ve duygusal terk ile doluydu. Ebeveynleri üç yaşındayken boşanmıştı ve bu olayı "karışık bir nimet" olarak nitelendirdi. Marina babasıyla ilgili çok az net anıya sahip olmasına rağmen, onunla

ilgili düşünmek kendisini her zaman endişelendirdi. Annesinin hikâyelerinden hem kendisine hem de annesine sözlü olarak tacizde bulunduğunun farkındaydı.

Marina annesini endişeli, fobik ve duygusal olarak güvenilmez şekilde deneyimledi. Anne babası boşandıktan sonra annesinin kedisine çok bağlı olduğunu anımsadı. Ancak altı yaşındayken annesi sonunda üvey babası olacak adamla çıkmaya başladı. Annesinin aniden tüm dikkatini bu adama çevirdiğini ve onu tamamen terk ettiğini hatırladı.

Gelecekteki üvey babası evlerine taşındığında ve sonunda annesiyle evlendiğinde, Marina annesinin yeniden kendisine bağlanmasıyla annesinin sevgisini deneyimlemeye başladı. Bu yeniden evlenmeden bir yıl sonra annesi hamile kaldı. Marina'nın yeni kardeşi doğduğunda, annesi tüm dikkatini yenidoğana çevirirken annesinin duygusal terkini tekrar yaşadı.

Annesi tarafından terk edilen Marina, giderek ilgili ve sevecen olarak tanımladığı üvey babasına döndü. Üvey babası onun duygusal cenneti ve "parlayan zırhlı şövalyesi" oldu. Çalkantılı boşanmasının bir sonucu olarak, kızına tamamen yabancılaşmış olan üvey babası da kaybettiği sevgi için Marina'ya döndü.

Marina'nın annesi onu görünüşte duygusal olarak terk etmiş olsa da, Marina'nın üvey babasıyla sıcak bir ilişki geliştirmesinden dolayı onu giderek daha da kıskanç olarak nitelendirdi. Marina, annesinin gittikçe daha eleştirel ve cezalandırıcı hale gelmesiyle bu olaylarda yaşadığı şoku hatırladı.

Marina on bir yaşındayken üvey babası, annesi öfkeyle onu evlerinden attığında babasına gelen öz kızı ile barıştı. Üvey baba kızının geri dönüşünden çok memnun oldu ve krizi fırsat bilerek onun yanına taşınmasını sağladı. Başlangıçta Marina yeni bir arkadaş ve kız kardeş bulmayı umarak mutluydu. Ancak sevinci,

üvey babası duygusal olarak ondan uzaklaşmaya ve giderek kızına yönelmeye başladığında kısa sürede şok ve üzüntüye dönüştü. Marina bundan sonra kendi ailesinde ihmal edildiğini ve "yabancı" hissettiğini, sevgiyi arkadaşlarında ve erkek arkadaşlarında aradığını hatırladı.

Marina'nın gelişimsel değerlendirmesi şunları ortaya koydu: Psikoseksüel olgunlaşma orta derecede tamamlanma eğilimindeydi ve kocası ve iş arkadaşlarıyla olan kişiler arası zorluklar sırasında orta derecede gerileme gösteriyordu. Kocasına karşı olan kıskançlığı ve güvensizliği, çelişkili libidinal işleyişi yansıtıyordu. Kendilik ve nesne temsilleri çelişkiliydi ve kendisini yetersiz, diğerlerini eleştirel ve yansıtıcı olarak deneyimlemesine yol açıyordu. Çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan narsisistik yaralar onu sürekli başkalarından bir onay ve yansıtma ihtiyacına bıraktı ve onları kendilik nesneleri olarak deneyimledi (Kohut, 1971). Genel işlevselliği yeterli birleşik ve bütünleştirici işlev gösteriyordu. Sinyal kaygısı genellikle sağlamdı, endişe kalıpları sevilmemiş ve değer görmeyen etrafında dönme eğilimindeydi. Savunmalar aşırı kişiler arası stres dönemleri dışında, spektrumun daha adaptif ucunda disosiyasyon ile beraber orta derecede işlevseldi. Genel kimlik duygusu orta derecede sağlam bir yapıya sahipti ve ebeveynleri ve kocasıyla olan etkileşimlerinde gerilemeye eğilimliydi. Genel içselleştirme seviyelerine gelince, annesinin eleştirel dinamikleriyle aşırı derecede özdeşleşmiş görünüyordu. Tanısal olarak Marina'nın orta işlevli bir narsisistik kişilik bozukluğu sergilediği ve DDIS ile değerlendirilen disosiyasyon seviyesinin spektrumun ortasında olduğu ortaya çıktı.

Tedavinin hazırlık aşamasına girerken kaynağını veya güvenli yerini inşa etmeye başladık. Niyetim Levine'nin (1997) tavsiyelerine uygun olarak bedensel bir kaynak kullanmaktı. Marina'dan vücudunu taramasını ve rahat ve sakin bir yer bulması-

nı istedim. Bu yeri bulduğunu söylediğinde ondan "sadece fark etmesini" ve bu bedensel deneyimin mümkün olduğunca güçlü olmasına izin vermesini istedim. Marina bunu yapmaya devam ederken nefesinin yavaşladığını ve derinleştiğini fark ettim. Yüz kasları gevşedi ve yüzünde yarım bir gülümseme oluştu. Bunu, kaynağının yerinde olduğuna dair bir işaret olarak fark ettim ve bu deneyimi onun için geliştirmek için titreşim cihazını açtım. Marina bu durumun artık artmadığını ve gerçekten bir düzlüğe ulaştığını fark edene kadar bu şekilde devam ettik.

Hazırlık aşamasının bir sonraki bölümü disosiyasyon ve ego durumlarının doğasını açıklamak için kullanıldı. Disosiyasyon süreci normalleştirildi ve gelişimsel bir fenomen olarak açıklandı. Marina'nın eğitim geçmişinin biyoloji ve fizyoloji olduğu göz önüne alındığında ego durumlarının, duruma bağlı bellek tarafından oluşturulan sinir ağları olarak kavramsallaştırılması ona mantıklı geldi. Ego durumunun keşfini kolaylaştırmak için disosiyasyon tablosunu kullandık.

Marina disosiyasyon ve ego durumlarının önceki açıklamasını tam olarak anlamış ve inanmış olmasına rağmen, kendi kendilik durumlarının herhangi bir yönünü algılayamadan veya tanımlayamadan haftalarca mücadele etti. Başlangıçta bu benim dikkatimi çekmedi, çünkü danışanlar çoğu zaman ego durumlarına erişimde çeşitli gecikme oranları göstermekteydiler. Ancak haftalar iki aya dönüştükçe, klinik olarak böyle bir mücadele ve gecikmeye neden olabilecek neyi kaçırdığımı merak etmeye başladım.

Sonra narsisistik kişilik bozukluğu olan bir danışanı altı yıldan fazla bir süredir tedavi etmediğim aklıma geldi. Bu bozukluğu ve tedaviye getirdiği benzersiz zorlukları düşünmeye başladığımda onun narsisistik mücadelelerinin, savunmalarının

ve iletişim tarzlarının doğasının tam olarak farkında olmadığımı anladım. Eksik olan şey idealize edilmiş bir kendilik nesnesiyle aynalama ihtiyacına dair tam bir farkındalığımdı (Kohut, 1971, 1977) ve bununla birlikte kendisinin utanç ve aşağılanma duygularını ortaya çıkarabilecek yönlerini açığa çıkarma korkusuydu -onun "kilit taşı etkileri" (Broucek , 1982). Kendisi için değil, ebeveyn onayı ve kabulü alma ihtiyacı olan, bitmeyen ve asla tatmin olmayan bir şekilde yaşamayı amaçlayan sahte bir kendiliği savunmacı bir şekilde kullanma ihtiyacını yeterince düşünmemiştim (Winnicott, 1965). Daha sonra aktarımsal düzeyde narsistik bozukluğu olan danışanların aynalanması için benzersiz ihtiyaçları karşısında farkındalığımın eksik olduğunu ve bunun Marina'nın benim klinik gündemimin onun ihtiyaçlarından daha önemli olduğuna inanmasına neden olduğunu anladım.

Bu nedenle terapötik durumda bir şeylerin kendisi için eksik olduğunu ve bunun kendisini güvende hissetmesini engellediğini anlattım. Ben ego durumu keşfini şu an bir kenara bırakmamızı ve neye ihtiyaç duyduğunu öğrenmek için zaman ayırmamızı önerdim. Bu onu hemen gevşetiyor gibiydi; korkuları ve hayatındaki önemli insanların uyumsuzluğu hakkında konuşmaya başladı. Artık uyum sağladığıma, uyanık olduğum ve dinlediğime göre, bu tanımların benimle yaşadıklarını da gösterdiğinin farkındaydım. Bu yaklaşık üç ay devam etti ve arka planda, dinlemede ve anlamada kaldım. Başlangıçta ihtiyaç duyduğu şey buydu: Sessiz, empatik yansıtma.

Ardından, güzel bir bahar sabahı Marina ofisime girdi, çift yönlü titreşim cihazımı aldı ve "Hadi, bu iç çocuk işini tekrar deneyelim." dedi. Tekrar disosiyatif tabloyu kullandık ve keşfe başladık. Titreşim cihazını sürekli stimülasyonla kullandık. Bu kez sonuçlar şu ego durumlarından haberdar olduğu için hemen

ortaya çıktı: Dört yaşındaki endişeli bir kız; dört yaşında kızgın bir kız; altı yaşında eleştirel bir erkek; eleştirel bir anne içe atımı; endişeli bir baba içe atımı; altı yaşında eleştirel bir kız; yetişkin bir anne kendiliği ve iki adaptif ergen kız.

Tedavisi şimdi, bir keşif ve kendini yatıştırma biçimini aldı. Marina yetişkin kendiliğini ve anne kendiliğini, diğer kendilik durumlarının zamana, yere ve yetişkin kendiliğiyle olan ilişkilerine yönlendirmek için kullandı. Bu kendi kendini yatıştırma büyük ölçüde iç rahatlamaya yol açtı ve "terör" dediği şeyin çoğunu boşalttı. Narsistik karakter yapısının büyüklüğü ve disosiyasyon düzeyini göz önüne aldığımda, kapsayıcı bir hedefin belirgin duygulanım köprüsünü tetikleyebileceği sonucuna vardım. Bunun yerine ego durum çalışmasının, aslında onları parçalara ayıracak duruma özgü EMDR hedefleri oluşturmasına izin vermeyi seçtim. Ayrıca kaynağını sarkaç şeklinde kullandık. Bu ego durum çalışması boyunca, düzenli olarak (genellikle yaklaşık on ila on beş dakika sonra) ondan kaynağı kullanmasını istedim. Kaynağı yaklaşık iki dakika kullandıktan sonra onu işlemeye geri yönlendirirdim. Bu şekilde işlemeden kaynağa ileri geri sarkaç şeklinde hareket ettik. Her ne kadar tek başına ego durum çalışmasının yeterince istikrarlı olacağına inansam da, daha önceki EMDR destabilizasyon deneyimim tedavideki ilk hatamla birleştiğinde eğilimim, hiçbir şeyi şansa bırakmamaktı.

Artık her şey sorunsuz ilerlediğinden, Marina işte yaşadığı aşırı endişeye odaklanıyordu. Daha önce de belirtildiği gibi mesleğinde iyi eğitilmiş ve yeterli olmasına rağmen iş arkadaşlarından veya danışanlardan gelen küçük eleştiriler ona yeterliliği hakkında acı verici bir şüphe getiriyordu. Bu korkuların saçmalığını fark etmesine rağmen, bu bilgi durumunu hafifletmek için çok az şey yaptı.

Bunu ego durum çalışmasıyla keşfetmemizi önerdim. Dört yaşındaki endişeli kız durumunun kaygıyı yaşadığı ve cezalandırıcı anne içe atımın acımasızca eleştirel ve cezalandırıcı olduğu hemen anlaşıldı. Bu ikileme neden olan anne içe atımı ile uğraşmayı seçtim. Yetişkin kendilikten bu anne içe atımını bulmasını ve bununla ilgilenmesini istedim. Bu, onun sürekli eleştirel ve cezalandırıcı olma ihtiyacının kökenleri konusunda kendisi, yetişkin kendiliği ve anne içe atımı arasında bir keşif yapmayı gerektiriyordu.

Marina'nın, Arnie gibi olumsuz kendilik algılarının, reddeden annesiyle özdeşleşmekten kaynaklandığını anlaması gerekti. Anne içe atımının, annesinin sürekli eleştirilerine maruz kaldığında nasıl hissettiğini sorduğumda, yetişkin kendiliğiyle "acı ve kızgınlık" dedi. Biz bunu keşfetmeye devam ettikçe, anneye özgü içe atımlarını empatik olarak başkalarının onu reddetme deneyimi olarak algılamaya başladı. Yetişkin kendiliğe, bu içe atıma artık yalnız olmadığını açıklamasını, artık bir müttefik olarak yetişkin ego durumuna sahip olduğunu ve kendini yeniden tanımlamayı seçebileceğin önerdim. İçe atım, eleştirel duruşundan vazgeçmeye tamamen hazır değildi, ancak yardım teklifimi kabul etti. Artık standart EMDR hazırlığını kullandık. Marina'ya daha önceki EMDR tedavisinin aksine, bu işlemede sadece anne içe atım kendiliğinin hedefleneceğini, böylece içe atım istekli olduğu için herhangi bir destabilizasyonu önleyeceğini açıkladım.

Şimdi üçüncü aşamaya geçtik (değerlendirme) ve bu içe atım için ego durumuna özgü bir hedef belirlendi. Bir görüntü istediğimde, anne içe atımı "Onun soğuk gözlerini görüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "İşimi yapmak için eleştirel olmalıyım." idi. Pozitif kognisyonu VOC: 3 düzeyinde "İşimi yapmanın başka yolları var" şeklindeydi. Duygusal olarak SUD: 6 düzeyinde "korkmuş" hissetti. Bedensel olarak midesinde rahatsızlık hissetti.

Şimdi dördüncü aşamaya (duyarsızlaşma) girdik. Seansın geri kalanında Marina hedefi çok iyi işleyebildi. Bu hedefi yaklaşık elli dakika boyunca işledik. Oturum sona ererken Marina kendini iyi hissettiğini ve daha önce yaşadığı destabilizasyonun hiçbirini fark etmediğini belirtti. Onu ve anne içe atımını hedefe geri getirdiğimde, SUD seviyesi 4'e düşmüştü.

Bir sonraki oturumda, hafta hakkında yapılan ilk görüşmeler dışında doksan dakikanın çoğunluğu bu hedefi işlemek için harcandı. Birkaç ego durumu müdahalesi, kaynak sarkacı ile birlikte yatıştırıcı olarak kullanıldı. Seansın sonunda Marina ve içe atım hedefe döndüklerinde SUD seviyesi 2'ye düşmüştü.

Marina bir sonraki seansa geldiğinde özellikle iş yerinde hafta boyunca daha rahat hissettiğini belirterek bir değişiklik bildirdi. Hedef işleme başladıktan sonraki on dakika içinde SUD seviyesi 0'a düştü. Beşinci aşamaya (yerleştirme) başladık ve beş dakika içinde VOC seviyesinin 7 olduğunu bildirdi. Marina ve anne içe atımı için vücut taraması temizdi ve 6. aşamayı bu şekilde tamamladık.

Kapanış (aşama 7) ve anneye ait içe atımın duygusal ve işlevsel durumunu yeniden değerlendirmek (aşama 8) için bir ego durum müdahalesini hedef olarak kullandık. Marina içe atımın sakin olduğunu ve artık "annemin kafamda olması gibi" hissetmediğini söyledi. Dört yaşındaki endişeli kendiliğin farkına vardığını bildirdi.

Marina ve bu ego durumu korkularını keşfettikçe, bunun daha önce eleştirel olan anne içe atımına tepki veren kendilik olduğu ortaya çıktı. Anne içe atımın ihtiyaç duyulan yatıştırıcılık ve güven vermeye dâhil olmak isteyebileceğini önerdim. İçe atım kabul etti ve seansın geri kalanı yetişkin kendilik, bir dizi başka adaptif kendilik halinden, dört yaşındaki kaygılı kendiliği

yatıştıran ve rahatlatan anneye ait içe atımdan oluşuyordu. Seansın sonunda dört yaşındaki kendilik artık endişeli hissetmiyordu. Oturumu yaklaşık on dakikalık kaynakla bitirdik.

Marina ve bu ego durumu korkularını araştırırken, Marina sonraki seansa daha iyi bir ruh hali içinde geri döndü ve ilk kez işinde kendinden emin ve güvende hissettiğini bildirdi. Bu seans için "sadece konuşmak istediğini" söyledi. Bu diyaloğu onun yansıtma ihtiyacının ortaya çıkması ve benim de arka planda kalmam gerektiği şeklinde anladım. Kendilik psikolojisi perspektifinden (Kohut, 1971, 1977) bunun, onun "büyüklüğünün" aynası gibi davranmamı gerektiren narsisist kendiliği ve kendisine ebeveynleri tarafından uygulanan narsisistik yaraları deneyimlemekten korumak için tasarlanmış bir mekanizma olduğunu anladım. Şimdi hâlâ arka planda olmam gerektiğini bilmesine rağmen, bir noktada bunun bir ego durumu seviyesinde ele alınması gerektiğini biliyordum. Böylece o konuştu ve ben dinledim.

Bir sonraki seansta Marina başka bir kendini-eleştiren ego durumunun farkına vardığını söyledi. Ego durumunu zamana, yere, yetişkin ego durumu ile olan ilişkisine ve önceki ego durum çalışmasında neler olduğunu yönlendirerek hazırlık aşamasına (2. aşama) tekrar girdik. Bu ego durumu değişmeye motive olduğundan ancak bunu yapamayacağına inandığından ego duruma özgü bir hedef formüle edildi. Değerlendirmeye yeniden girip (aşama 3) bir görüntü istediğimde, kendi kendini eleştiren ego durumu "Hiçbir şey görmüyorum." dedi. Negatif kognisyonu "Çok dikkatli olmalıyım, çünkü benimle ilgili bir sorun var." idi. Pozitif kognisyonu VOC: 3 ile "Olduğum gibi iyiyim." idi. Duygusal olarak SUD: 6 ile sinirli hissetti. Bedensel olarak midesinde rahatsızlık hissetti. Duyarsızlaştırmaya (4. aşama) ve işlemeye başladık. Affektini modüle edebilmek için bir dizi kaynak sarkacı kullanmak gerekiyordu. Yaklaşık altmış dakika sonra SUD 0'a

düşürüldü ve yerleştirmeye başladık (aşama 5). Beş dakika içinde VOC derecesi 7'ye yükseldi ve vücut taraması (Faz 6) temizdi. Oturumu kapatmak için birkaç dakika kaynaklara ayrıldı.

Bir sonraki seansta (aşama 7) Marina çalışmalarında iyileşme olduğunu bildirdi. Ego durum çalışmasından ego duruma özgü hedeflere, yansıtma oturumlarına kadar devam eden çalışmalarımız aynı şekilde devam etti. Son seanslarda ilişkiye odaklanan Marina başkalarını ve beni ya idealize edilmiş ya da değersizleştirilmiş bir şekilde deneyimleme eğilimini keşfedebildi. Bu keşif nihayetinde grandiöz kendiliklerin ve her şeye gücü yeten olarak deneyimlenen ebeveyn içe atımlarının ego durum çalışmasıyla işlemesine izin verecekti. Narsistik kişilik bozukluğunun benzersiz yönleri kapsamlı ve derinlemesine bir şekilde çalışılacaksa bu zorunludur (Kohut, 1971, 1977).

## Tartışma

Arnie ve Marina vakaları standart EMDR protokolündeki belirli bir varyasyonun iki farklı yönünü göstermektedir. Her biri teşhis kategorisinin kendisi kadar değerlendirilen disosiyasyon seviyesine göre de seçilmiştir.

Arnie vakasının seçilme nedeni, standart EMDR hedeflemesinden (bilişsel ve dinamik örüntüler kullanarak) ego durum çalışmasının standart protokole entegrasyonuna ve son olarak da ego duruma özgü hedefin kullanılmasına geçiş yapmamı gerektiren ilk durumdu. Ki bu daha sonra standart protokole entegre edildi. Buna ek olarak Arnie'nin yüksek düzeyde psişik işleyişi, tedavinin temel taşı olarak standart EMDR hedeflemesinin kullanımını ve ayrıca onu sağlam bir şekilde başarılı kılmak için gerekli olan disosiyasyonun varlığının gerektirdiği modifikasyonları göstermek için harika bir fırsat sundu.

Marina vakasının seçilme nedeni, yirmi dört yılı aşkın uygulama deneyimime göre, -açık psikopati ve sosyopati vakaları dışında- tedavisi en zor danışanların narsisistik kişilik bozukluğu olanlar olmasıydı. Sağlıklı narsisizmdeki yaraların ve sonuçta ortaya çıkan patolojik narsisizmin bir sonucu olaran ihtiyaçlar tarafından oluşturulan ayna aktarımına klinisyenin zarif bir şekilde uyum sağlaması gerekmektedir. Bu, klinisyenin başlangıçta arka planda empatik olarak kalmasını ve sadece dinleyerek ve anlayarak ayna olarak işlev görmesini gerektirir. Yanlışlıkla, bilgi eksikliğiyle veya bu talebi tatmin etmeyi reddederek bunu yapmamak her zaman duraksamaya veya erken sonlandırılmış tedavilere yol açar. Bu danışanların, terapisti gerçek bir nesne (bağımsız ve özerk) olarak algılayabilmeleri için öncelikle ilişkiyi kullanarak terapisti kendilik nesnesi olarak deneyimlemeleri ve gelişmek için ilişkiden yararlanmaları gerekir. Ek olarak, onların dinamikleri (ego durumları) kendilerini grandiöz kendilikler ve içe atılmış her şeye gücü yeten kendilikler olarak sunarlar. Bu da kendiliklerini ve başkalarını son derece mükemmelleştirilmiş veya çok değersizleştirilmiş bir şekilde algılamalarına neden olur.

Marina'yı örnek bir vaka olarak seçmenin bir başka nedeni de tanısal ve disosiyatif değerlendirmesiyidi. Benim gözlemim, çoğu klinisyenin Arnie'nin işlevselliği seviyesindeki danışanlarda standart protokolü sorunsuz kullanabileceğinin farkında olduğudur. Ayrıca çoğu klinisyen, resmî disosiyatif bozukluklar ve sınırda kişilik bozuklukları tanısı alan danışanların yoğun duygu geçişlerine eğilimli olduğunun ve bu nedenle disosiyasyonlarını ele almak için tasarlanmış resmî modifikasyonlar olmadan standart protokolü kullanamayacağının farkındadır. Ek olarak literatür tutarlı bir şekilde, bu gibi durumlarda EMDR hedeflerinin kullanıldığında bu hedefleri parçalara ayırmayı önermektedir (Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 1995; Twombly, 2000).

Narsistik kişilik bozukluklarının yukarıda belirtilen iki uç noktanın ortasında bir yere düştüğüne inanıyorum. Ancak bu danışanların doğuştan disosiyasyon düzeyi ve orta derecede şiddetli dinamikleri göz önüne alındığında, özel modifikasyonlar ve parça parça hedefler gerektirmeleri benim deneyimim oldu. Benim izlenimim bunun iyi bilinmediği veya yeterince takdir edilmediği yönünde.

Ayrıca, yukarıda sunulan her iki vaka da zorluklar, geçişler ve hatalar içerdiği için seçilmiştir. Sorunsuz ve kolay ilerleyen vakaları sunmak oldukça kolay ve caziptir. Bununla birlikte zorluklarla dolu vakaları sunmanın daha öğretici olduğuna inanıyorum.

## SONUÇ

Son olarak standart protokolde bu tür büyük değişiklikler yapma ihtiyacı hakkında bazı düşünceler akla geliyor. 1989 yılında San Francisco Körfez Bölgesi depremini takiben Francine Shapiro yakın tarihli bir olayın en travmatik kısmını yeniden işlemek için standart protokol kullanıldığında, danışanların olayın diğer bölümlerini gündeme getirirken hâlâ rahatsızlıklar yaşadığını keşfetti. Bu gözlemlere dayanarak belirli bir bilgi işleme düzeyinde, belleğin entegre bir bütün haline gelmek için yeterli zamana sahip olmadığı sonucuna vardı (Shapiro, 1995, 2001). Bu anıların tutarlı bir anlatıda birleştirilmesi (konsolide olabilme) için yaklaşık iki ila üç ay gerektiğini tahmin etti. Buna göre parçalanmış sinir ağının kapsamlı bir şekilde yeniden işlenmesini sağlamak için standart protokolün bir modifikasyonu olarak "Son Travmatik Olaylar Protokolünü" geliştirdi.

Daha önce de belirtildiği gibi normal bir gelişim fenomeni olarak disosiyasyon kavramı 1930'lardan beri ünlü klinisyenler

ve gelişim araştırmacıları tarafından önerilmiştir. Son yıllarda en ünlü sinirbilimciler de bunu açıkça önermeye başladılar. Bu bölümde önerilen modifikasyonlar sadece hafızayı ve normal kişilik parçalanmasını ve parçalanmış sinir ağlarını daha kapsamlı bir şekilde hedeflemek için tasarlanmıştır. Hazırlık aşaması yalnızca disosiyasyonu hedefleyen grafik kullanıcı arabirimi olan ego durum çalışmasını içerecek şekilde değiştirilir. Bu aynı zamanda ego durum çalışmasının tedavi boyunca bir müdahale yöntemi olarak kullanılmasına izin verir. EMDR hedeflerinin ve anılarının işlenemeyecek kadar parçalanmış olduğu Arnie örneğinde, ego duruma özgü hedeflerin kullanılması, bellek ve kişilik parçalarının işlenmesine izin verdi. Genel disosiyasyon seviyesinin zaten ılımlı olduğu Marina vakasında ego durumuna özgü hedeflerin kullanılması, parçalanma ve işlevsiz duygu geçişlerinin önlenmesine izin vermenin yanı sıra, doğal bellek ve kişilik parçalanmasının işlenmesine izin verdi.

## Kaynaklar

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Babiniotis, G. D. (1998). Lexicon of the new Hellenic language. Athens, Greece: Lexicology Centre. (Original work published 1882)

Beebe, B., & Lachmann, F. (1992). The contribution of mother-infant mutual infl uence to the origins of self and object representations. In N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (Eds.), Relational perspectives in psychoanalysis (pp. 83–117). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Berne, E. (1957a). Intuition v. The ego image. Psychiatric Quarterly, 31, 611–627.

Berne, E. (1957b). Ego states in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 11, 293–390.

Berne, E. (1961). Transactional analysis in psychotherapy: A syste-

matic individual and social psychiatry. New York: Grove Press.

Berne, E. (1964). Games people play: The psychology of human relationships. New York: Grove Press.

Berne, E. (1972). What do you say after you say hello? The psychology of human destiny. New York: Grove Press.

Bromberg, P. (1993). Shadow and substance. Psychoanalytic Psychology, 10, 147–168.

Bromberg, P. (1994). Speak! That I may see you. Psychoanalytic Dialogues, 4, 517–547.

Bromberg, P. (1996). Standing in the spaces. Contemporary Psychoanalysis, 32, 509–535.

Bromberg, P. (1998). Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma and dissociation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Broucek, F. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic developments. International Journal of Psychoanalysis, 63, 369–378.

Clarkin, J. (2004). Foreword. In J. Magnavita (Ed.), Handbook of personality disorders: Theory and practice (pp. viii–ix). New York: Wiley.

Clarkin, J., & Lentzenweger, M. (1996). Major theories of personality disorders. New York: Guilford Press.

Cooney, J. W., & Gazzaniga, M. S. (2003). Neurologic disorders and the structure of human consciousness. Trends in Cognitive Sciences, 7(4), 161–165.

Eichenbaum, H. (2002). The cognitive neuroscience of memory. New York: Oxford University Press.

Emde, R., Gaensbaure, T., & Harmon, R. (1976). Emotional expressions in infancy: A biobehavioral study. Psychological Issues, 10, Monograph 37. New York: International Universities Press.

Erdberg, P. (2004). Assessing the dimensions of personality disorder. In J. Magnavita (Ed.),

Handbook of personality disorders: Theory and practice (pp. 78–91). New York: Wiley.

Erskine, R. (1997). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissocia-

tion. In R. Erskine (Ed.), Theories and methods of an integrated transactional analysis: A volume of selected articles (pp. 37–45). California: TA Press.

Fairbairn, W. R. D. (1944). Endopsychic structure considered in terms of object-relationships. In Psychoanalytic studies of the personality (pp. 82–132). London: Routledge & Kegan Paul.

Fairbairn, W. R. D. (1952). Psychoanalytic studies of the personality. London: Routledge & Kegan Paul.

Federn, P. (1943). Psychoanalysis of psychosis. Psychoanalytic Quarterly, 17, 3–19, 246–257, 480–487.

Federn, P. (1947). Principles of psychotherapy in latent schizophrenics. American Journal of Psychotherapy, 1, 129–144.

Federn, P. (1952). In E. Weiss (Ed.), Ego psychology and the psychoses. New York: Basic Books.

Ferenczi, S. (1930). Notes and fragments II. In M. Balint (Ed.), Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis (pp. 219–231). New York: Brunner/Mazel.

Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the MPD patient. Psychiatric Clinics of North America, 14, 661–675.

Fraser, G. A. (1991). The Dissociative Table Technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. Dissociation, 4(4), 205–213.

Fraser, G. A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. Journal of Trauma and Dissociation, 4(4), 5–28.

Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. The psychoanalytic study of the child, 18, 245–265.

Freud, S. (1935). Instinets and their vicissitudes. In J. Riviere (Ed.), Collected papers (Vol. IV, pp. 60–83). London: Flogarth Press. (Original German version published 1915.)

Funnell, M. G., Johnson, S. H., & Gazzaniga, M. S. (2001, March). Hemispheric differences in egocentric and allocentric mental rotation: Evidence from fMRI and a split-brain patient. Paper presented at the 8th Annual Meeting of the Cognitive Neuroscience Society, New York.

Gazzaniga, M. S. (1970). The bisected brain. New York: Appleton-Century Crofts.

Gazzaniga, M. S. (1976). The biology of human memory. In M. Rosenzweig & M. Bennet

(Eds.), Neural mechanisms of learning and memory (pp. 57–66). Cambridge, MA: MIT Press.

Gazzaniga, M. S. (1985). The social brain. New York: Basic Books.

Gazzaniga, M. S. (1989). Organization of the human brain. Science, 245, 947–52.

Gazzaniga, M. S. (2000). Cerebral specialization and interhemispheric communication: Does the corpus callosum enable the human condition? Brain, 123, 1293–1326.

Gazzaniga, M. S., Bogen, J. E., & Sperry, R. W. (1963). Laterality effects in some thesis fol- lowing cerebral commissorotomy in man. Neurpsychologia, 1, 209–215.

Gazzaniga, M. S., Bogen, J. E., & Sperry, R. W. (1965). Observations on visual perception after disconnexion of the cerebral hemispheres in man. Brain, 88, 221.

Gazzaniga, M., & LeDoux, J. (1978). The integrated mind. New York: Plenum Press.

Gazzaniga, M. S., LeDoux, J., & Wilson, D. H. (1977). Language praxis and the right hemisphere: Clues to some mechanisms of consciousness. Neurology, 27, 1144–1147.

Gazzaniga, M. S., & Smylie, C. S. (1983). Facial recognition and brain asymmetries: Clues to underlying mechanisms. Annals of Neurology, 13, 536–540.

Glover, E. (1932). A psycho-analytical approach to the classifi cation of mental disorders. In On the early development of the mind (pp. 161–186). New York: International Universities Press.

Grand, D. (1998). Emerging from the coffi n: Treatment of a masochistic personality disorder. In P. Manfi eld (Ed.), Extending EMDR: A casebook of the innovative applications (pp. 65–90). New York: Norton.

Hartmann, H. (1958). Ego psychology and the problem of adaptation. New York: Interna tional Universities Press. (Original work published in German, 1939)

Hartmann, H. (1964). Essays on ego psychology: Selected problems in psychoanalytic theory. New York: International Universities Press.

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.

Jacobson, E. (1964). The self and the object world. New York: International Universities Press.

Janet, P. (1920). The major symptoms of hysteria. New York: Hafner. (Original work published 1907)

Janet, P. (1925). Psychological healing (Vols. 1–2). New York: Macmillan. (Original work published in 1919)

Janet, P. (1930). Autobiography. In C. A. Murchinson (Ed. & Trans.), A history of psychology in autobiography (Vol. 1, pp. 123–133). Worcester, MA: Clark University Press.

Keller, E. (1983). A feeling for the organism: The life and work of Barbara McClintock. New York: Freeman.

Knipe, J. (1998). "It was a golden time . . .": Treating narcissistic vulnerability. In P. Manfi eld

(Ed.), Extending EMDR: A casebook of the innovative applications (pp. 232–255). New York: Norton.

Kohut, H. (1971). The analysis of the self. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press.

Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of effi cacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology, 58(12), 1465–1487.

Kraepelin, E. (1907). Clinical psychiatry (A. R. Diefendorf, Trans.). New York: Macmillan.

Lampl-de-Groot, J. (1981). Notes on "multiple personality." Psychoanalytic Quarterly, 50, 614–624.

Lazrove, S., & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. Dissociation, 9, 289–299.

LeDoux, J. (2002). Synaptic self: How our brains become who we are. New York: Viking.

LeDoux, J. (2003). The self: Clues from the brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1001, 295–304.

LeDoux, J., Wilson, D. H., & Gazzaniga, M. S. (1977). Manipulospatial aspects of cerebral lateralization: Clues to the origin of lateralization. Neuropsychologia, 15, 743–749.

Leeds, A. M. (1998). Lifting the burden of shame: Using EMDR resource installation to resolve a therapeutic impasse. In P. Manfi eld (Ed.), Extending EMDR: A casebook of the innovative applications (pp. 256–282). New York: Norton.

Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In

J. Carlson & L. Sperry (Eds.), Brief therapy strategies with individuals and couples (pp. 469–534). Phoenix, AZ: Zeig & Tucker.

Levine, P. (1997). Waking the tiger. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Manfield, D. (1998). Treating a highly defended client: Reworking traditional approaches. In P. Manfi eld (Ed.), Extending EMDR: A casebook of the innovative applications (pp. 217–231). New York: Norton.

Manfield, P., & Shapiro, F. (2004). Application of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to personality disorders. In J. Magnavita (Ed.), Handbook of personality disorders: Theory and practice (pp. 304–330). New York: Wiley.

Metcalf, J., Funnell, M. K., & Gazzaniga, M. S. (1995). Right hemisphere memory superiority: Studies of a split-brain patient. Psychological Science, 6(3), 157–164.

Moss, H. (2003). Implicit selves: A review of the conference. Annals of the New York Academy of Sciences, 1001, 1–30.

Myers, C. S. (1940). Shell shock in France, 1914–1918. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004a). Strukturelle dissoziation der persönlichkeitsstruktur: Traumatischer ursprung, phobische residuen [Structural dissociation of the personality: Traumatic origins and phobic residues]. In L. Redemann,

A. Hoffmann, & U. Gast (Eds.), Psychotherapie der dissoziativen störungen [Psycho-therapy of dissociative disorders] (pp. 47–69). Stuttgart, Germany: Thieme.

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004b). Trauma-related structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance. Retrieved June 28, 2007, from http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm

Paulsen, S. (1995). EMDR: Its cautious use in the dissociative disorders. Dissociation, 8(1), 32–41.

Phelps, E. A., & Gazzaniga, M. S. (1992). Hemispheric differences in mnemonic processing: The effects of left hemisphere interpretation. Neuropsychologia, 30, 293–297.

Putnam, F. (1988). The switch processes in multiple personality disorder and other statechange disorders. Dissociation, 1, 24–32.

Ramachandran, V. S. (1995). Anosognosia in parietal lobe syndrome. Consciousness and Cognition, 4, 22–51.

Ramachandran, V. S., & Blakeslee, S. (1998). Phantoms in the brain. New York: Quill/HarperCollins.

Reich, W. (1933). Character analysis. New York: Orgone Institute.

Reik, T. (1936). Surprise and the psycho-analyst. London: Kegan Paul.

Ross, C., Heber, S., Norton, R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The

Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. Dissociation, 2(3), 169–189.

Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), Interaction, conservation, and the development of language (pp. 133–156). New York: Wiley.

Searles, H. F. (1977). Dual and multi-identity processes in borderline ego functioning. In P. Hartocollis (Ed.), Borderline personality disorders (pp. 441–455). New York: International Universities Press.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Squire, L. R., & Kandel, E. R. (1999). Memory from mind to molecules. New York: Scientifi c American Library.

Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependence in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. Journal of Trauma and Dissociation, 2(4), 79–116.

Steinberg, M. (1994). The Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders—revised (SCID-D). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stern, D. (1985). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books.

Sullivan, H. S. (1940). Conceptions of modern psychiatry. New York: Norton.

Trautmann, R., & Erskine, R. (1997). Ego state analysis: A comparative view. In R. Erskine (Ed.), Theories and methods of an integrated transactional analysis: A volume of selected articles (pp. 99–108). California: TA Press.

Turk, D. J., Heatherton, T., Kelley, W. M., Funnell, M. G., Gazzaniga, M. S., & Macrae,

C. N. (2002). Mike or me? Self-recognition in a split-brain patient. Nature Neuroscience, 5(9), 841–842.

Turk, D. J., Heatherton, T. F., Macrae, C. N., Kelly, W. M., & Gazzaniga, M. S. (2003). Out of contact, out of mind: The distributed nature of the self. Annals of the New York Academy of Sciences, 1001, 65–78.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. Journal of Trauma and Dissociation, 1(2), 61–81.

Tyson, P. (1998). Developmental theory and the postmodern psychoanalyst. Journal of the American Psychoanalytic Association, 46(1), 9–15.

Vaillant, G. E., & Perry, J. C. (1985). Personality disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (4th ed., Vol. 1, pp. 958–986). Baltimore: Williams & Wilkins.

Watkins, H. H. (1978). Ego states therapy. In J. G. Watkins (Ed.), The therapeutic self (pp. 360–398). New York: Human Sciences Press.

Watkins, J. G. (1949). Hypnotherapy of war neuroses. New York: Ronald Press.

Watkins, J. G. (1977). The psychodynamic manipulation of ego states in hypnotherapy. In F. Antonelli (Ed.), Therapy in Psychosomatic Medicine, 2, 389–403.

Watkins, J. G., & Johnson, R. (1982). We, the divided self. New York: Irvington.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979). The theory and practice of ego states therapy. In H. Grayson (Ed.), Short-term approaches to psychotherapy (pp. 176–220). New York: Human Sciences Press.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: Norton.

Winnicott, D. W. (1949). Mind and its relation to the psyche-soma. In Collected papers (pp. 243–254). London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1958). Primitive emotional development. In Collected papers (pp. 145–156). London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. In The maturational processes and the facilitating environment (pp. 37–55). New York: International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1971). Dreaming, fantasizing and living: A case history describing a primary dissociation. In playing and reality (pp. 26–37). New York: Basic Books.

Wolff, P. (1987). The development of behavioral states and the expression of emotion in early infancy. Chicago: University of Chicago Press.

Young, W. C. (1988). Psychodynamics and dissociation. Dissociation, 1, 33–38.

*Çev: Sueda Çankaya*

# BÖLÜM: 8

## ÇİFT TERAPİSİNDE EMDR

### Ego Durumu Yaklaşımı

**Barry K. Litt**

### Natalie ve Roger: Bir Çift, Çoklu Kendilik

Bezmiş bir şekilde "Kazanamam!" dedi Roger. "Onun istediğini yaparsam, ona fazlasıyla bağımlı olurum. Kendi fikrim varsa, onunla kavga ediyorum. Onunla aynı şeyi yapsam bile, yanlış. Asla tatmin olmuyor. Pes ediyorum!" Roger çaresizliğin göstergesi olarak, tamamen yılmış bir şekilde ellerini kaldırdı.

Benim ısrarımla Roger anlatmaya devam etti. "İlk olarak, projeleri yeterince hızlı yapmadığım için sürekli beni azarlıyor. Sonra bağırarak tek yaptığım şeyin proje olduğunu, ondan ve çocuklardan uzak durduğumu söylüyor." Roger gözlerini sildi ve devam etti. "Ben bir suçluyum, çünkü çocukların oturma odasında yemek yemesine izin verdim. Sonra ertesi gün geldiğimde Natalie orada, çocuklarla birlikte oturma odasında yemek yiyor!" Dalga geçerek onun sesini taklit etti: "Ama bu farklı!" Yenilmiş bir biçimde omuz silkerek "Vazgeçtim." diye tekrarladı.

Natalie'yi izledim. Başını sallayarak on altı yıllık kocasına küçümseyerek baktı, "Bu harika, Roger! Sen vazgeç. Zaten her şey hep seninle ilgili. Sen vazgeçerken ben ailemiz ve evliliğimiz için çabaladım. Seninle iletişim kurmaya çalışıyorum ve senin tek yapabildiğin şey ya bağırmak ya da kaçmak. Dün gece sana olabildiğince iyi yaklaştım ve dedim ki; 'Tatlım, yarın dışarıda çalışmak için çok sıcak olacak ve kasaba havuzu açılıyor, bu yüzden çocukları gün içinde yüzmeye götürelim, sonrasında hava soğuduğunda çalışırız.' Ve sonra bana 'Cehenneme git!' deyip öfkeyle çıkıp gittin. Buna 'iletişim' denir Roger. Neden Barry'ye dün gece hafta sonu hakkında konuşup konuşamayacağımızı sorduğumda iletişim kurmak için ne kadar müthiş bir iş yaptığını anlatmıyorsun?"

Natalie kocasını utandırmak için beni kullanma konusunda oldukça becerikliydi, ama onun ekmeğine yağ sürmekten daha iyisini biliyordum. Aynı şekilde, beni kendi tarafına çekerek iş birliği yapmayan kocasıyla denge kurma arzusunu da anlayabiliyordum. Roger nasıl böyle bir pislik olabilir?

Natalie'ye karşı sempatim ortaya çıkmaya başladığında, bir gerçekle yüzleştim. Tekrar yaptı, diye düşündüm kendi kendime. Natalie bir tür hileyle, deli kocasının kaçınılmaz öfkesinin iyi niyetli kurbanı olduğu bir tablo oluşturdu. Natalie, huzurlu ve bir zafer kazanmışçasına, havaya kaldırılmış elimin söylenmemiş isteği üzerine sessizce oturdu. Ben bir trafik polisiydim; Roger bir yanardağ idi. Karısının yüzüne vurduklarından dolayı etkilenmiş ve her an patlayabileceği görülüyordu.

Çok hızlı bir şekilde ortam kızışmaya başladı ve bu çiftin bilinçsiz dramının girdabına çekildiğime dair içimde bir his vardı; bir sonraki hamlemin zaten belirlendiğini ve o zaman beklenilen şeyin benim suç ortaklığım olduğunu hissettim. Onlarla birçok kez bu yerde bulundum, çaresizce bitmez tükenmez tartışma-

larının Gordion düğümünü (*zorluğun, görünürde imkânsızlığın simgesidir*) çözmeye çalışıyordum. Suçu saptamak veya nadiren tedavi edici olanı kimin başlattığını belirlemek! Ama en azından bu ikisi arasında gerçekte neler olduğunu ele almak istedim. Natalie'yi Roger'ın gördüğü gibi neden göremedim?

Sezgilerimden dolayı karşı aktarımla birlikte bütün açıklamanın Roger'la ilgili olduğunu düşündüm. Kışkırtmaya ve Natalie'nin tarafına çekmesine karşı koydum. Her şeyin Roger ile ilgili olduğunu belirterek aslında her şeyi kendisiyle ilgili yapıyordu. Dikkatimi yanlış bir şekilde yönlendirdi. Sihirbaz açık bir şekilde sırrını görmenizi istemez; bu çiftin dinamiğini sürdüren şeyin bu sır olduğunu düşündüm.

"Seninle bu şekilde konuştuğunda sana ne yapıyor?" diye sordum. Bu soru Natalie'nin Roger'a saldırmasına neden oldu, ancak sorularıma devam ettim. "İçinde hangi hisler ortaya çıkıyor? İçinde neler oluyor?" Sorularımdan dolayı önce rahatsız oldu, sonra kafası karıştı ve sonunda düşmanca tavrı kırıldı. Johnson, Makinen ve Milliken'in (2001) "yumuşatıcı olay" dediği şeyde, Natalie'nin acıları ortaya çıktıkça sesi de gittikçe değişiyordu: Baş belası olarak görülme, Roger'ın artık onu sevmediği korkusu ve son olarak gizli utancı olan şey 'kimsenin onu nasıl sevebileceğini anlayamıyordu.' Natalie ağlamaya başladı. Roger, karısının normalde kendisi için görünmez olan kırılganlığı karşısında etkilendi. Ona bir peçete uzattı ve sevgiyle kolunu okşadı. Natalie kendini sakinleştirdi ve gözlerini silerek "Şimdi sırada ne var?" diye sordu. İşte beklediğim an buydu. Şimdi gördüğüm, duyduğum ve hissettiğim şeyler arasındaki tutarsızlıkları giderebilirim. Natalie, daha önce görmediğim bir şekilde anlayışlıydı; savunması sonunda düştü. Sonra yumuşak bir şekilde ona dönüp dedim ki: "Sorun, Natalie, üçünüzün olması."1

## GİRİŞ: EGO DURUMLARI TEORİSİ, EMDR VE BAĞLAMSAL TERAPİ

John Watkins ve Helen Watkins'in (1997) ego durumları terapisi, hipnoterapistler (Toothman ve Phillips, 1998) ve bu kitapta da belirtildiği gibi EMDR uygulayıcıları arasında giderek daha fazla kullanılmaya başlandı. Psikodinamik yaklaşımda olduğu gibi, ego durumları terapisi de öncelikle bireysel psikoterapi için bir tedavi yaklaşımı olarak tanımlanmıştır. Çift terapisinde uygulanması hakkında çok az şey yazılmıştır. Çift terapisinde EMDR kullanımı hakkında yazılan literatür oldukça yenidir ve büyük kısmı Shapiro, Kaslow ve Maxfield (2007) tarafından düzenlenen metinde bulunabilir. Tartışmasız bir biçimde EMDR, intrapsişik süreçleri dönüştürmeyi amaçlayan bireysel bir müdahaledir.

Aile terapistleri, çiftlerin ve ailelerin dinamiklerinin, her bir aile üyesinin, psikolojik durumu göz önüne alarak toplanmasıyla doğru bir şekilde anlaşılamayacağını gözlemlemiştir. "Bütün, parçaların toplamından daha fazladır." düşüncesi çok kişili grupların işleyişini tanımlamak için sistemik yapıların ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Ego durumları teorisinin açıklayıcı gücünü aile ve çift tedavisinde EMDR'nin iyileştirici gücü ile birleştirmek için, ilişkiler için kapsayıcı bir teori gereklidir. Böyle bir teori, insan yaşamının içsel (intrapsişik), kişiler arası (çift) ve sistemik (aile) alanlarını birleştirmek için yeterince kapsayıcı olmalıdır. Bu kriteri karşılayan teorik bir yaklaşım, Ivan Boszormenyi-Nagy ve arkadaşlarının bağlamsal terapisidir (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Bağlamsal yaklaşımın ayrıntılı olarak tartışılması bu bölümün kapsamı dışında olmakla birlikte, çift tedavisinde ego

durumları terapisini ve EMDR'yi anlamaya yönelik bazı teorik dayanaklar açıklanacaktır. Ego durumları fenomenlerini ve bağlamsal ilkelerinin yansımalarını tanımlamak ve çift terapisinde EMDR uygulamasını göstermek için gerçek bir klinik vaka olan Natalie ve Roger'ı kullanacağım.

## (BAĞLAMSAL TEORİ: İLİŞKİSEL KENDİLİK)

Bağlamsal terapi tartışmaları sırasında Boszormenyi-Nagy ve Krasner (1986), terapötik araştırma ve müdahale spektrumunun ilgili parametrelerini oluşturan "ilişkisel gerçeklik"in dört boyutunu tanımlamaktadır. Bunlar *nesnel gerçekler*, *psikolojik süreçler*, *sistemik süreçler* ve *ilişkisel etiktir*.

Birinci boyut, nesnel gerçekler, her bireyin yaşam öyküsünü oluşturan tarihsel ve demografik faktörleri ifade eder. Bu, klinisyenlerin ayrıntılı bir geçmiş ve genogramda topladığı veri türüdür.

İkinci boyut, psikolojik süreçler, psikolojik dinamikleri ve süreçleri ifade eder: Bireysel psikoterapiye ait konulardır.

Üçüncü boyut, transaksiyonel patern sistemleri, homeostaz, izomorfizm, çifte açmazlar dâhil olmak üzere yaygın olarak bilinen ilişkisel işleyiş formülasyonlarını, tekrarlanan örüntüleri ve bağlamsal terapiye özgü olan yapıları içerir.

Dördüncü Boyut, ilişkisel etik, ilişkilerde alma ve verme dengesi ve bunun sonucunda zaman içinde gerçekleşen yükümlülük ve haklarla ilgilidir. İlişkisel etik, başkalarına karşı davranışlarımızın sonuçları olduğu ve bu sonuçların gelecekteki nesilleri etkilediği gerçeğine dayanan indirgenemez bir toplumsal gerçeklik alanını tanımlar. Bu boyut ilk üç boyutu kapsar ve onların yerini alarak bağlamsal terapiye özgün bir katkı oluşturur.

Bağlamsal terapinin bütünleştirici gücünü daha iyi anlamak için, önce ***ilişkinin diyalektik doğası***nı tanımlayacağım: Birbirimize neden ihtiyacımız var. Sonra ***ilişkinin etik boyutu***nu tartışacağım: Birbirimizi nasıl kullanıyoruz. Bu fikirler, gelişimin ve davranışın psikodinamik formülasyonları ile ilişkisel çıkmazın sistemik belirtileri arasındaki köprüyü oluşturur.

## İlişkilerin Diyalektiği

Birbirimize ihtiyacımız var. Herkesçe bilinen bu gerçek, işlevsel bağlılığımızdan veya biyolojik zorunluluğumuzdan daha fazlasını kapsar. Bağlamsal teorinin temeli, kendiliğin, öznenin diyalektik olarak nesne ile ilişkili olduğu transaksiyonel bir alana dayanır. Kendilik, yalnızca kendilik-dışı bir figüre dayanarak var olur (Boszormenyi-Nagy, 1965). Uterus duvarının fetüsün tekmesine karşı direnç göstermesi, kendilik-kendilik dışı bir sınırın en erken duyumsal deneyimlerinden biri olabilir. Ontik (varlıksal) bağlılığımız (kendi varlığının yapısına derinden dayanan bağlılık), güçlü bağlanmada ve ona eşlik eden duygularda, Natalie ve Roger gibi son derece çatışan çiftlerde bile ifade edilir. Peki, Natalie kime ya da neye bağlı?

Erken bağlanma figürleriyle ilgili deneyimler, kendilik ve diğerlerinin zihinsel temsillerinin bir simülasyonu olarak kodlanır veya içe atılır (Dicks, 1967; Horner, 1979). Framo (1965) bu temsilleri "bütün bir aile sisteminin (duygularının, kodlarının, tarzının) içe atımı" (s. 158) şeklinde tanımlar. Nesne değişmezliği, depersonalizasyonun yabancılaşma boşluğundan ziyade, bireyin yakın ilişkide olduğu kişinin yokluğunda, içselleşmiş ilişkiye kendilik-kendilik dışı bir kaynak olarak güvenme kapasitesini ifade eder (Boszormenyi-Nagy, 1965).

Boszormenyi-Nagy bu temsilleri "ilişkisel ihtiyaç şablonu" (1965, s. 46) şeklinde tanımlar. İhtiyaç şablonu, içgüdüsel ih-

tiyaçların, erken dönemdeki bağlanma figürlerinin ve aile etkileşimlerinden kaynaklanan ilişkisel yükümlülüklerin ve hak aramanın yapısal bir modelidir. Gereksinimi vurgulayan (dürtü yerine) Boszormenyi-Nagy, kişinin kendini tanımlamanın temeli olarak diğerine olan varlıksal (ontik) bağlılığını vurgular. İhtiyaç şablonunun dinamik yapısı, bağlanma ilişkisinde hangi davranışların ve niteliklerin aranacağını, kendisiyle tutarlı bir kendilik dışı referans gereksinimini tamamlayıcı olarak belirler. Bu nedenle ihtiyaç şablonu, kişinin eş seçimini ve gelişen etkileşimsel örüntülerini etkiler (Boszormenyi-Nagy, 1965). Ego durumları teorisi açısından (Watkins & Watkins, 1997), bu ihtiyaç şablonu bir ego durum sistemi olarak yorumlanabilir.

## İlişkinin Etik Boyutu

Birbirimizi kullanıyoruz. Kendi ihtiyaçlarımızı karşılamak için yakınımızda olan kişilerden faydalanmamız, karşılıklı olarak varlıksal bağlılığımızın tartışılmaz bir gerçeğidir. Başkalarını *nasıl* kullandığımız, ilişkisel gerçekliğin etik boyutunu tanımlar. Hem patoloji alanında bilgilenmeyi sağladığı hem de geliştirdiği için klinik açıdan çok önemlidir.

Martin Buber'in çalışmasından alıntı yapan Boszormenyi-Nagy, bir kişinin eşini, kişinin iç ihtiyaç şablonunu pekiştirmek veya tamamlamak için bir nesne olarak "kullanmanın" (örneğin, yansıtmalı özdeşim veya idealleştirme yoluyla) veya toksik ruhsal enerjiyi boşaltmanın (dışsallaştırma, bölünme) adaletsizlik ve istismara yol açacağını belirtti. Buna karşılık Boszormenyi-Nagy, sürdürülebilir bir ilişki için kendi faydasına hizmet eden varlıksal ihtiyacın, en iyi şekilde özne ve nesne rollerinin karşılıklı değişimi yoluyla elde edileceğini düşünmüştür (Boszormenyi-Nagy, 1965; Boszormenyi-Nagy ve Krasner, 1986). Genel olarak söylenecek olursa, nesne özneye cevap veren kişidir.

Eşimi, kendi iyilik halimi önemsemesine yönelik isteklendirmek (ve böylece mevcut bir nesne olarak kalmak) uzun vadede çıkarlarıma uygundur. Verebileceğim en sürdürülebilir teşvik, mevcut bir nesne olarak bulunmaktır. Böylece özne ve nesne rolleri karşılıklı memnuniyetle paylaşılır. Bu, güvenin etik temelidir. Kendi kendine devam eden güvene duyulan psikolojik ihtiyaç, güvenilir ilişkiden bağımsız olamaz.

Başka bir ifadeyle ben-sen iletişiminin yeterliliği, kişinin eylemlerinin ilişkisel sonuçları ve önemli ötekilerle (eş, arkadaş vs.) karşılıklı olarak tatmin edici şekilde verme alma ilişkisi sağlıklı bir ego yapısının olmazsa olmaz parçalarıdır (Litt, 2007). Boszormenyi-Nagy bu konuda ufuk açıcı katkılarını sunmuştur. Etik boyutun ilişkisel gerçeklikle bağdaştırılması, psikodinamik kavramları ilişkisel teorilerle birleştirir.

## ÇİFTLERİN KENDİ İÇ DÜNYALARINDAKİ YAŞAMI

Her bireysel macerayla birlikte Roger, Natalie için mükemmel bir hediye bulduğuna inandı ve hediyeden ötürü Natalie'nin şükran ve övgü duyacağını umarak onun yanına gitti. On altı yıl içinde nadiren övgü almasına rağmen şaşırtıcı bir şekilde hâlâ hevesliydi. Muhtemelen Natalie, Roger'ı düşüncesiz satın alma, dürtüsel harcamalar ve çocukça övülme ihtiyacı nedeniyle azarlardı. Natalie "Bu hediye gerçekten senin için!" diyerek reddedecekti ve bu konuda haklıydı da. Sonrasında Roger'ın küçük düşürülmesi, kızgın ego durumunu harekete geçirecek, birkaç gün boyunca esip gürleyecek ve öfke nöbeti geçirecekti. Her şey halledilirdi ve sonra ikisi daha önceden bu durumun üstesinden gelmiş gibi hayatlarına devam ederlerdi.

Roger ve Natalie'nin yaşadığı çıkmaz durum sağduyulu çö-

zümlerle çözülebilir. Ancak çoğu deneyimli çift terapistinin de söyleyebileceği gibi, buna direneceklerdir. Açıkçası, burada gözle görülenden daha fazlası var. İki akıllı yetişkinin aynı sorunları yıllarca çözüm olmadan tekrar tekrar yaşıyor olması bilişsel çözümün sınırlı olduğunun bir kanıtıdır. Bu durum, transaksiyonel alanda baskın olan birbirine bağlı ihtiyaçların derin yapısını vurgular. Bu bölüm temel olarak ilişkisel doğamızı ve erken ilişkisel deneyimin hem ruhsal yapımızı hem de transaksiyonel davranışımızı nasıl şekillendirdiğini inceleyecektir.

## Bireylerde Yasın Ertelenmesi

Son örnekte, Roger'ın görünür cömertliği daha derin bir etik gerçeği gizliyor. Bir özne olarak Natalie için kendi kendilik değerini ve onayını arttırmaya çalışmak yerine, Natalie'yi zorla iyi nesne rolüne yönlendiriyor. Natalie bunu seziyor ve onun ebeveynleştirme girişimini reddediyor. Tekrarlanan başarısız girişimlere rağmen Roger, evliliği, sevgi dolu bir eşin düşünceli kocası olarak onay alması şeklinde idealleştirmiştir. Dahası, bu "iyi çocuk" ego durumunda, Roger narsisizminin ödüllendirildiği erken gelişim döneminden beri bu ilişkisel biçimi zorlantılı olarak yeniden canlandırır.

Sağlıklı bireyleşme, koşulsuz ebeveyn sevgisini ve kabulünü deneyimlemek için bilinç dışı tepki gösterme dürtüsüne teslim olmayı gerektirir. Bu duruma karşılık olarak ebeveynlerimizin verme kapasitesini düzeltme isteği oluşur (Boszormenyi-Nagy, 1965). Bu durum idealleştirilmiş nesnelerin yas tutmasını (ve böylece bırakılmasını) içerir: İdealleştirilmiş aile, olmasını dilediğim gibi ailem.

Sorun, yas tutmanın acı verici olması ve insanların kayıp karşısındaki tutumlarının farklı olmasıdır. Yas tutmadıkça, sadece iç dünyamı başkalarına yansıtmakla kalmaz, aynı zamanda

başkalarını da yansıtmalı özdeşim yoluyla intrapsişik dramamda rollerini oynamaları için teşvik etmeye çalışırım (Dicks, 1967; Framo, 1982). Başka bir ifadeyle, kişiler arası bağlamda ruhsal çatışmamı dışsallaştırarak (Middleberg, 2001; Wynne, 1965), ilişkisel bir çözümle ruhsal bir sorunu çözmeye çalışmak için başarısız bir şekilde yine bu durumdan kaçınırım (Humphrey ve Stern, 1988).

## Ailelerde Yasın Ertelenmesi

Tamamlanmamış yas, sadece bireyin ilişkisel tutumlarını ve davranışını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireyin karşılıklı olarak yakın ilişkide olduğu kişileri, özellikle de çocukları etkiler. Boszormenyi-Nagy (1965), kendi başına büyümenin tüm aile üyelerini etkileyerek acı veren bir kayıp hissini deneyimleyeceğini ve aile bireylerinin farkında olmadan bu durumdan kaçınacaklarını düşündü. Örneğin, ebeveynler kendi bireyselleşmelerini benimsemek yerine, bağlılık ihtiyaçlarını çocuk üzerinden aktarabilirler, çocuğu yarı ebeveyn rolünü yerine getirecek bir biçimde yetiştirirler (Boszormenyi-Nagy ve Krasner, 1986). Çocuğun ebeveynleştirilmesi sadece tek tarafa kazanç sağlayan bir durum değil, aynı zamanda çocuğun da ebeveynlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışarak kendini doğrulama-onaylama (patolojik) kazandığı karşılıklı bir düzendir. Bağlamsal olarak, çocuk ebeveynlerine karşı "görünmez sadakat" sergiler (Boszormenyi-Nagy ve Spark, 1973). Ego durumu açısından çocuk, işlevsel olarak muhtaç ebeveynlerine karşı bakım, onaylama ve güvenlik sunan bir veya daha fazla ego durumu geliştirir. Bu tür ego durumları "özerkliğe karşı süperego"nun işlevini somutlaştırır (Boszormenyi-Nagy, 1962), yani ebeveynlerin iç ihtiyaç şablonunu tehdit edecek benlik arayışlarına -ego durumlarına- karşı çıkarlar.

## Özneler Arası Kaynaşma: Kendilik ve Sistemin Tek Hale Gelmesi

Yas tutmanın toplu olarak ertelenmesi; yansıtmalı özdeşime güvenme, mağdur rolü oynama, çift yönlü aktarım gibi durumlar "özneler arası kaynaşma" (Boszormenyi-Nagy, 1965), "ayrışmamış aile ego kütlesi" (Bowen, 1965) ve "sahte karşılıklılık" (Wynne, 1965) olarak adlandırılan sistemik yapılara neden olur. Bu yazarların her biri, zayıf ego sınırlarına sahip aile bireylerinin, tek bir kişilik yapısı yaratıyormuşçasına farkında olmaksızın birlikte çalışmasına dayanan bir aile sistemini tanımlamaktadır (Framo, 1982; Humphrey ve Stern, 1988). Bunu yaparken, aile üyeleri sistemdeki istenmeyen duyguları ve dürtüleri birbirinden ayrıştırmakla kalmaz (Wynne, 1965), aynı zamanda grup içindeki rolleri ve işlevleri üstlenirler. Bu nedenle, nesne ilişkileri yaklaşımı, özerk ego işlevlerini ilişkide bulunan bireylere yerleştirmenin tercih edilmesi durumunu, patolojik bağlılığın bir tanımı olarak yapar. Özerk ego işlevleri, çoğu evde ortaklaşa alınan kararlar ile karıştırılmamalıdır. Birçok özerk ego işlevi olabilir, ancak doğrudan EMDR kullanımı ile ilgili olan üç tanesinden bahsedeceğim.

***Süperego İşlevi.*** Süperego kendiliğin yönetici işlevidir. Vaka çalışmamızda Roger, süperego işlevini Natalie'ye aktardı. Bir düzeyde, Roger'ın itaatkârlığı, Natalie'nin onayını almak şeklinde doğrulanma arayışı için başarısız bir girişimdir: Geçmişinden gelen bir şeyle iyi (içselleştirilmiş) anneye iyi oğul rolünü oynayabilir. Başka bir düzeyde de, Roger'ın hareketleri kontrolcü ve endişeli karısını yatıştırma girişimi olarak anlaşılabilir. Aktive edilmiş kaygı durumunu kaldıramayan Roger, Natalie'nin kendini rahatlatabileceği bir ortam yaratamaz. Bunun yerine, kendi iç dünyasından yola çıkarak, Natalie'nin muhtaç çocuk ego durumuna karşı uyumlu ama etkisiz bir baba rolünü oynar. Her

iki rolde de -iyi oğul veya etkisiz baba- Roger'ın kendiliğinin eylemleri merkezcildir, yani bakımı sağlamaya (özne olmaya) yöneliktir. Farklı bir ifadeyle Roger, Natalie'nin bağlanmaya aç ego durumuna karşı muhtaç ve endişeli bir özne sunmaktadır.

Natalie'nin bakış açısına göre, Natalie'nin talepkâr davranışı, kendi annesinden dolayı oluşan içe atılmış eleştirel ego durumundan ve ebeveynlerinin evliliğini yansıtan ilişkisel bir kalıptan kaynaklanır. Bu ego durumunun eleştirel taleplerini yansıtarak, Nataelie kendi içindeki eleştirmeninden geçici bir rahatlama alır. Ancak bunu yaparken, Roger'da endişe, öfke ve geri çekilme durumlarının ortaya çıkmasına neden olur. Roger'ın tepkileri, içten içe kendisini sevilmez olarak görmesini doğrular ve bu duruma karşı Natalie kontrolünü daha çok arttırarak tepki gösterir.

Kollektif olarak bakıldığında, çiftler bir kaçan-kovalayan modeline uygun görülebilir. Bununla birlikte, bu şekilde tanımlanan ilişki biçimi transaksiyonları, kesişen dinamikler ve karşılanmamış ihtiyaçlar arasında dengeyi sağlayamaz. Bu durum geçmişteki başarısız olan ilişkilerin tekrarlanması zorlantısına yol açar. İlişkideki "içsel paradoksları" (Schnarch, 1991) incelemek gizli (örtük) çatışmaları ortaya çıkarır. Bilinçli olarak, Natalie kendi fikirleri olmayan bir adama saygı gösteremez ve yetersiz olmayı kaldıramaz. Daha derin bir şekilde bakılırsa Natalie'nin çaresizce onaylayıcı, uyumlu bir bağlanma içeren ilişki ihtiyacı, ironik bir şekilde Roger'ı iten davranışa yol açar. Yine de Roger'ın öfkeli ego durumunu kışkırtır, gitmesinin yalnızlığına katlanmaktan ziyade olumsuzlukla dikkat çeker. Natalie için evlilik çatışmasını kışkırtmak, yalnız hissetmenin depersonalizasyon etkilerinden kaynaklanmaktadır.

Benzer şekilde paradoksal olarak, Roger'ın boyun eğiciliği gösterilebilir. Uyumlu ve çok seven biri olarak görünmesi aslında

kendi güvensizliğine dayanmaktadır. Roger'ın davranışları, karısı için gerçek bir endişeyle değil, Natalie'nin öfkesini zaptetmek ya da onun övgüsünü kazanmak için yapılan girişimlerdir. Natalie'yle samimi bir iletişime geçemeyen Roger, "mış gibi" ilişki kurmaya razı olur. Roger'ın "Yeterince iyi değilim." şeması, Natalie'nin "Ben sevilesi değilim." şemasını tetikler ve bunun tersi de doğrudur. Bağlamsal yaklaşımın kaynak yönelimi, çiftlerin zıt düşen hak arayışlarına işaret eder. Natalie ve Roger, her biri kendi ebeveynleri tarafından eksik bırakılmış ve huzura ihtiyaç duymaktadırlar, aynı zamanda telafi edici ebeveynlikleri için birbirlerine bakmaktadırlar.

Bu döngüdeki EMDR müdahalelerinin sonuçları, altta yatan şemalar ve bunların ilgili kökenleri açığa çıkarıldığında belli olur. Shapiro'nun (2001) üç aşamalı protokolüne uygun olarak, Roger'ın "yeterince iyi değil" negatif kognisyonu mevcut evlilik etkileşiminden ayrılabilir. Kökeni aile bağlamında tanımlanabilir ve hedeflenilebilir. Ardından şimdiki yansımaları ve son olarak aynı tetikleyici durumun gelecekteki bir modeline göre yol izlenebilir. Aynısı Natalie'nin "Ben sevilesi değilim." negatif kognisyonu için de söylenebilir.

***Kendini Sakinleştirme İşlevi.*** En genel anlamda kendini sakinleştirme, kendi kendini yatıştırma becerisidir. Bu tanım, duygulanım düzenleme kapasitesinin uygulanabilir fonksiyonun merkezinde olduğu görüşü ile çelişir. Bu, kesinlikle bir önkoşuldur. Steele, van der Hart ve Nijenhuis (2001) "bütünleştirici kapasite" kavramı ile nedenini açıklarlar:

> Yüksek düzeyde bütünleştirici kapasite, yansıtıcı düşünce ve eylem üretmek için mevcut zihinsel enerji düzeyinin kullanılmasını sağlar, bu da adaptasyona ve bütünleşmeye... ve modüle edilmiş bağımlılık seviyelerine... yol açar. Düşük seviyeler,

> duygusal ve dürtüsellik, kaçınma ve eleştirel düşünme eksikliğine dayanan refleksif eylemle birlikte kişinin hayatındaki entegrasyon eksikliği ("klasik" sınırda veya çoklu kişilik bozukluğu yansıması) ile günlük yaşamdaki duygusal sistemlerin zayıf ve tutarsız etkinleşmesiyle sonuçlanır. (s. 90)

Duygu düzenleyememe olgusu, neokorteksi kısıtlamaya çalışan limbik sistemin göstergesidir. Bu durumdaki bireyler, otonomik (bilinç dışı) davranışlara geri dönme eğilimindedir (Steele ve ark., 2001). Bu nedenle kendini sakinleştirme duygulanım veya rahatsızlığı tolere etme ve bilinçli olarak kendini yansıtan neokortikal işlevselliğini sürdürme yeteneğidir.

Nesne ilişkileri açısından bakıldığında, "Bir ebeveynin (veya partnerin) aynı anda, sevme [libidinal] ve sinir bozucu [antilibidinal] yönlerini tolere etme yeteneği, kendi kendini sakinleştirmenin özüdür." (Schnarch, 1991, s. 192). Kurulan bağlara yönelik algılanan tehditlerle (örneğin, evlilik çatışması) karşı karşıya kalan kaygılı birey, çocuklukta oluşan savunmalarıyla eskide kalmış ilişkisel modlara geri dönecektir. Natalie vakasında, annesiyle olan çözülmemiş güvensiz bağlanmasından getirdiği kaygı, içe yansıtılmış ego durumlarını ortaya çıkarır. Natalie'nin kendini sakinleştirme işlevi, karısının mutluluğundan sorumlu hisseden Roger'ın üzerine yerleşir.

***Kendini Yatıştırma İşlevi.*** Kendi kendini yatıştırma, yaşanan sorunlara, reddedilmelere veya bağlanmadaki yetersizliklere karşı olumlu kendilik saygısını sürdürme becerisidir. Psikodinamik teoride bu, sağlıklı bir süper egonun rolüdür ve kesinlikle hem nörofizyolojik hem de kendini sakinleştirmenin nesne bütünleşmesi özelliklerini gerektirir. Psikoterapideki önemi nedeniyle, onu kendi başına bir işlev olarak ayrı tutmayı seçtim.

Bu ego işlevini, normalde çocuklukta ilgili birincil bakıcı-

dan gelen kendilik değerinin onaylanmasının, farklılaştırılmış yetişkinin kendisinden geldiğini vurgulamak için "kendini yatıştırma" olarak adlandırıyorum. Kendi kendini yatıştırma yas tutmayı gerektirdiği için bariz avantajlarına rağmen, insanlar ona karşı direnirler. Yas tutmayı erteleme eğilimi, bireyleri aktarım temelli ilişki kurma yoluyla dışarıdan gelen onayı (Schnarch, 1991) istemeye yönlendirir.

## TEORİDE VE UYGULAMADA EGO DURUM ÇATIŞMASI

### Temel Ego Durumu Yapısı

Natalie'nin erken bağlanma dönemindeki problemleri "klasik" veya "temel" ego durum yapısına neden olmuştur. Fairbairn (1954), bağlanmadaki zorluklar ve yaşanan aksaklıkların acısını içeren kendilik temsillerini tanımlamak için "libidinal ego" ve "antilibidinal ego" terimlerini ortaya atmıştır. Birçoğu için, bu temsiller farklı, genellikle örtük ego durumları özelliklerine sahiptir. Natalie'nin bu ego durumlarının her birini, sırayla eyleme vuruyor ve bunlara ek bir şey daha fark ettim. Fairbairn'in "merkezî ego" gibi, üçüncü ego durumu ev sahibi kişilik veya bir parçası olarak kabul edilebilir -Steele ve arkadaşları (2001), "yapısal disosiasyon modeli"nde buna "görünüşte normal kişilik" (GNK) adını vermektedir. GNK, geçmiş travma veya ilişkisel başarısızlıklarla ilgili acılı, düzensiz duygulardan kaçınmak için disosiyasyon mekanizması yoluyla zihinsel dengeyi korur. Bununla birlikte GNK, göreceli olarak dar bir duygusal alanda çalışır ve bu, kişinin bağlanma yaralanmaları tetiklendiğinde "duygusal kişiliklere" (ego durumlarına) yol açar (Steele ve ark., 2001).

Natalie'ye şöyle söyledim: "Roger'la umutsuzca yakınlık arayan, yalnız ve görünmez hisseden, aynı zamanda sevilemez

olduğundan korkan genç bir parçan var. Bu parçan birlikte bir şeyler yapmak isterken, Roger uzaklaştığında ve tutulmak istediğinde kaygılanan kısımdır. Bu aynı zamanda annen tarafından terk edilmiş, ebeveynleriniz için yeterince iyi olmayan ve sürekli olarak kabul ve onay ihtiyacı duyan kısımdır."

"Kötü muamele gördüğün veya sevilmediğin zaman annene veya Roger'a kızgın olan başka bir parçan daha var. Bu, 'Sana ihtiyacım yok!' diyen sert bir koruyucu kısım. Bu, Roger uzak durduğu zaman cezalandırmak için Roger'ın pestilini çıkaran kısım. Bu, Roger'ın yalnızlığın acısını hissetmenin nasıl bir şey olduğunu bilmesini isteyen parçadır. Ne yazık ki bu da, şüphelendiğin için, muhtaç olduğun için seni hırpalayan kısım. Bu parça muhtemelen diğer parçanın enayi olduğunu düşünüyor. Ve elbette, işe giden, arkadaşlarıyla konuşan ve çoğu zaman burada görünen yetişkin kendiliğin var."

Söylediklerimin sindirilmesi için bekledim. Şimdi konuşma sırasının onda olduğunu belirtmek için Natalie'ye baktım. Natalie'nin cevap vermesi uzun sürmedi: "Tuhaf olan şey," dedi, "her zaman kendimle ilgili bunu biliyordum. Bunu bilmen beni çıldırttı!"

Bir sonraki bölümde, ego durumlarının çatışmasına katkıda bulunan aile süreçlerini anlatacağım. Okuyucuları hem değerlendirme hem de tedavide değerli olan sistemik aile modelleri ve ego yapısının birbirine bağlılığı üzerine düşünmeye davet ediyorum. Birlikte yapılan çalışmalarda bu örüntülere tanık olmak, bir veya daha fazla aile üyesinde ego durum çatışmasından şüphelenmek ve bireysel psikoterapide ego durum çatışmasını gözlemlemek danışanın ailesinde aşağıda açıklananlar gibi patojenik aile süreçlerinden şüphelenmektir. EMDR uygulayıcıları için, bu aile dinamiklerinin anlaşılması hedef oluşturma sürecini

belirler. Yani ayrı travmatik olayların aksine patojenik işlemlerin hedeflenmesine yol açabilir.

## Ego Durum Çatışmasının Patogenezi

Bazı kuşaklararası aile süreçleri, çatışan ve sıklıkla örtük (bilinç dışı) ego durumlarına ve ego bölünmesine yol açacak kadar patojeniktir (Watkins ve Watkins, 1997). Disosiyasyon ve ego bölünmesi genellikle uzun süreli çocukluk istismarı ile ilişkilidir (van der Kolk, van der Hart ve Marmar, 1996). Bununla birlikte, patojenik aile süreçlerinin, üçüncül disosiyasyon etiyolojisinde travma kadar önemli ve hatta daha da etkili olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir (Gold ve ark., 2001). Varsayılan bu mekanizmaların eksik kalan kısımları vardır: Nesiller arası ortaklıklar, ebeveynlik (Boszormenyi-Nagy ve Krasner, 1986), yansıtmalı özdeşim, aile sırları veya kolektif inkâr, bölünmüş sadakat (Boszormenyi-Nagy ve Spark, 1973) ve çifte açmaz (Watzlawick, Beavin ve Jackson, 1967). Son ikisini ele alacağım.

*Bölünmüş sadakat* yapısında, çocuk diğer ebeveynine ihanet etmek pahasına bir ebeveynle olan ilişkisini seçmek zorunda kalır. Çocuk, ayrı ego durumları oluşturarak ve her bir ebeveynine ayrı ayrı bağlanarak bağlanma sorununu çözebilir. Ebeveyn çatışması, ego durumlarının çatışması şeklinde içselleştirilir. Bölünmüş sadakat travması, ebeveynler sonunda uzlaşsa bile ego durumlarını sürekli bir nefret durumuna sabitlemek için yeterli olabilir. Bölünmüş sadakat kurbanı, çatışmayı ilişkideki eşine karşı dışsallaştırarak intrapsişik bölünmeye bağlı oluşan kaygı durumundan kurtulmaya çalışabilir.

Birbirinden bağımsız eşler arasında, birisi, çatışan durumları engellemek, diğeri de çelişkileri uzlaştırmak için uğraştığında *çifte açmaz* ortaya çıkar (Watzlawick ve ark., 1967). İletişimsel paradoksun ötesinde, çifte açmazın başlattığı daha derin bir etik çatışma

vardır. Oğluna "İyi bir baba olduğumu düşünüyor musun?" diye soran adamı düşünün. Bu duruma örnek olması için, babanın oğlundan onay arayışında olduğunu varsayalım. Muhtemelen, iyi bir baba çocuğu ebeveynleştireceği için bunu yapmazdı. Etik açıdan soru şudur: Çocuk kendi gerçekliğini inkâr ederek babasının ihtiyaçlarını karşılamak zorunda mıdır (yani, babasının muhtaç öznesi için iyi bir nesne haline gelmek), yoksa kendi gerçeğini söyleme hakkına sahip midir (babasının isteğine karşı bir özne olarak kalmaya devam etmek ve ebeveynleştirme davranışına karşı durmak)?

Bu transaksiyonel örüntü, çocuk ve ebeveyn arasındaki bağlanma ilişkisinin baskın bir özelliği haline gelirse, çocuğun egosu örtük ego durumlarına bölünerek bu paradoksu çözebilir. Örneğin, babanın başarısızlığı hakkında bilgi içeren bir ego durumu, sürekli bir doyurulma ve onaylanma çabası durumunda kalabilir. Başka bir özerklik karşıtı ego durumu, babanın kendini iyi algılama ihtiyacı ile uyuşmak için oluşacaktı. Kendisi eşyapılı olan çifte açmaz ilişkisi, ilk olarak libidinal ego durumu, tıpkı ailenin babanın ihtiyacını reddettiği gibi reddedilecek veya bastırılacaktı. Buna zıt olarak, yıpratıcı ego durumu, çocuğun aileye yönelik bilişsel yorumuna "iyi" olarak hâkim olur. Çocuk, çaresizliğini ve öfkesini kendi karakterinde bağlamsızlaştırılmış kusurlar olarak yorumlayacaktı.

Soru şu: Natalie kime ya da neye bağlı? Natalie'nin adanmışlığının ardındaki gerçeklik, Roger ve çocuklar ayrı özerk özneler olduğundan, kendi içselleştirilmiş ihtiyaç şablonuyla daha fazla ilgilenmesidir. Deneyimlerime göre çoğu insan, bilinçli olarak düşünülmüş bir komployla eşlerine işkence yapmak veya sorumluluktan kaçınmak için gerçekten etkili bir çifte açmaz yaratabilecek şeytani akla sahip değildir. Başka bir deyişle, ayrı ego durumları, ayrı ama bağlanmadaki çelişik çözülmemiş durumların göstergesi olarak çelişen istekler yaratır.

## ENTEGRATİF BİR TEDAVİ YAKLAŞIMI

Yardımım için Natalie, kendi ego durumu sistemini değerlendirmeme açıktı. Kendisi çifte açmaz ilişkilerinin bir sonucu olarak, karşılanmayan bağımlılık ihtiyaçlarını reddetmeye yatkındı. Şöyle söyledim: "Kendinle savaş halindesin, Natalie. İçindeki çatışmayı düzeltinceye kadar Roger'la ve ayrıca çocuklarınla oynamaya mahkûm oldun." Bu noktada, Natalie telaşlandı. "Çocukların bununla ne ilgisi var? Ben iyi bir anneyim!"

Ebeveynlerin çocuğa düşkünlüğü ve ona karşı sorumlulukları, terapinin iyileştiriciliğini güçlendiren kaynaklardır. Bağlamsal bir terapist olarak, onları incilemesem bile onları tedaviye dâhil etmem aksiyomatiktir (doğruluğu kabul edilir).

Her iki ebeveyne de açıklamamı yaptım, "Bu, senin için de geçerli Roger, çünkü sen de Natalie gibisin. Siz ikiniz kozlarınızı paylaşırken, ikiniz de çocuksu duygusal durumlara tetiklenirsiniz. Bu bir refleks gibi otomatiktir. Natalie sen, Roger'ın sana sevilebilir olduğunu hissettirmesini istiyorsun ve Roger, Natalie'nin sana iyi bir çocuk olduğunu söylemesini istiyorsun. Gerçek anlamda, ikiniz de küçük gibi davranıyorsunuz; hatta çocuklarınızdan daha küçüksünüz. Yani ikiniz diğerinin ebeveyni olmak için yarışırken, o anda ailede gerçek ebeveynliği kim yapıyor?"

Bunu düşünerek, Roger hemfikir oldu. "Bu mantıklı." diye kabul etti. "Oğlum tartıştığımızda arabuluculuk yapmaya başladı." Natalie de "Bu doğru." diyerek bu duruma katıldı. Daha dün bana dedi ki, "Anne, neden büyüklük gösterip babamın gönlünü almıyorsun?"

Seans sona ermişti ve bu anı bir tedavi sözleşmesi olarak aldım. "Tamam," dedim, "bazı konularda anlaşmaya varabilir miyiz: (a) Sonuçta bir partner seçerken kötü bir iş yapmadığınızı ve sorunun tamamen diğer kişiye ait olmadığı; (b) konuların

geçmişle bugünden daha fazla ilgisi olduğu; ve (c) zorlukla karşılaştığınızda yıllar içinde biriktirdiğiniz bilgeliğe ve bütünlüğe dayanabilmeniz için her birinizin bu meseleler üzerinde bazı çalışmalar yapması gerektiği konusunda".

Çift bu konuda hemfikirdi ve böylece tedavi odağı artık eşlerin eski ilişki kalıplarına olan bağlılıklarının üstesinden gelmek için ihtiyaç duyduğu intrapsişik çalışmaya geçebiliyordu. Bu, terapinin kısa süreli semptom azaltmasının ("evlilik çatışmasını azaltma") veya yüzeysel etkileşim modellerinin değiştirilmesinin ("iletişimi iyileştirme") ötesine doğru önemli bir geçiştir. Her biri yaşanan sorundaki şu ana kadar bilinç dışı oynadıkları rolün sorumluluğunu kabul etmeye başladıkça, şimdi ve burada etkileşim odaklı bir çift terapisini uygulamaya doğru geçiş yapıyorum. Aynı zamanda psikolojik değerlendirme ve müdahale stratejileri ekliyorum. Yani, arabuluculuktan terapistliğe geçiyorum.

Açıkladığım yaklaşım, çift terapisinin tersine bireysel terapinin geleneksel sınırlarını aşıyor. Bağlamsal terapist, intrapsişik, kişiler arası ve sistemik âlemler arasında akıcı bir şekilde değerlendirme yapabilmeli ve müdahale edebilmelidir. Aşağıdaki bölümlerde genel tedavi hedefleri, tedavinin genel yapısı ve spesifik terapötik yöntemler açıklanacaktır.

## Çift Terapisinde Bağlamsal Hedefler

Her şeyden önce, bağlamsal terapi ilişkisel davranışın uzun vadeli sonuçlarıyla ilgilidir. Kişinin davranışı için sorumluluk kabul etmesi, karşılıklı sadakat ve güven kurmak için iletişime güvenmek, olgunlaşmış ve farklılaşmış ilişkilerin altın standartlarındandır.

Bu ilişkisel hedefler hem sağlıklı bir ego yapısını gerektirir hem de destekler. Bu nedenle terapiyle yapılabilecekleri fark

etmek için, terapiye psikolojik (intrapsişik) hedefler dâhil edilmelidir. Travma ve bağlanma yaralanmalarından kaynaklanan ruhsal yaralar iyileştirilmeli, duygu düzenleme iyileştirilmeli, bütünleştirici kapasite (örneğin, ego durum çatışmalarının iyileştirilmesi) pekiştirilmeli ve yas süreci kolaylaştırılmalıdır. Bu hedefler, özerk ego işlevlerinin geliştirilmesinde etkilidir. Örneğin danışan, kendini onaylayan davranışlarına güvenmesiyle ve ilişkideki yüklenmeyi hafifletmesiyle, ruhsal çatışmalarına bir çözüm bulur.

## Terapiyi Yapılandırma

Çift terapisine başvuran bireylerin gündemleri ve tedaviye hazır olmalarında farklılıklar olsa da, psikolojik ve ilişkisel tedavi alanlarının uygulamalara entegrasyonunu gösteren genel bir yapı tanımlanabilir. Önerilen model üç aşamalı tedaviyi tavsiye eder: İttifak ve değerlendirme, sözleşme ve terapötik müdahale. Son aşama için, EMDR'yi çift terapisine dâhil etmek için bir yapı sunacağım. Aşağıdakiler değişmez bir sırayla değil, temel bir taslak olarak sunulur, çünkü bu evrelerin kesişmesi, hatta çakışması muhtemeldir.

***Aşama 1: İttifak ve Değerlendirme.*** Çiftle ilk görüşmeden başlayarak ve tipik olarak üç ila beş seansı kapsayan bu aşamanın hedefleri: (1) Her bir eşle terapötik bir ittifak oluşturmak, (2) bireysel ve kişiler arası dinamiklerin ilk değerlendirmesi ve (3) her danışanın bireysel olarak ve bir bütün olarak ilişkideki durumunu saptamak. Bir ittifak oluşturmak, "çok yönlü taraf tutma" uygulamasıyla yapılır. Bu konsept Boszormenyi-Nagy ve Krasner tarafından, sırasıyla, bir aile üyesinden sonra diğer üyenin tarafında olmak ve sonrasında ona karşı durmak olarak tanımlanmıştır ve bağlamsal terapinin temel ilkesidir. Terapist, özünde herkesin güveni hakettiği varsayımı ile herkesle empati kurmaya

ve herkese güvenmeye çalışır. (1986, s. 149). Bu, terapötik nötrlükle çelişebilir.

Bir genogram hazırlayarak, gelişimsel sorunları, küçük ve büyük travmaları, kuşaklar arası mirasları ve ailedeki patojenik etkileşimlerin tarihini anlamak, etkili ve yapılandırılmış bir yoldur. Genellikle bir ila üç oturumda tamamlanan bu süreç, negatif kognisyonlar ve ego durum çatışmalarının etiyolojisini tespit etmek için çok önemlidir. Terapistin her bir eşin ilişkisel dinamiğe katkısını anlamasına yardımcı olur. Önemli derecede, her bir eşin bireysel sorunlarını tanımasına ve sorumluluğu almasına yardımcı olmak için bir araçtır. Bu durum, aşağıda tartışıldığı gibi değişim için yapılan sözleşmede hayati önem taşımaktadır.

Her eşin ve bir bütün olarak çift ilişkisinin stabilitesinin sağlanması, herhangi bir terapi uygulamasında uygulanan olağan bir durumdur. Bu tartışmayla ilgili olarak, çiftin ilişkisel hedeflerini korurken, birlikte yapılan seanslardan bireysel terapi seanslarına geçme esnekliği vardır. Bazen eşlerden birinin veya her ikisinin de birlikte yapılan seanslarda çok tepkisel olduğunu düşündüğümde, birlikte terapiye devam etmeden önce eşlerle belirli bir süre boyunca bireysel olarak çalışmayı seçerim. Ayrıca eşlerin ilişkiye, terapinin iyileştiriciliğinden daha hızlı bir oranda zarar verdiği açık olduğunda terapilerini ayırmayı öneririm.

***Aşama 2: Sözleşme.*** Benim görüşüme göre, sözleşme (yani değişime yönelik motivasyon ve isteklilik için gayret gösterme) terapistin tüm kişiler arası becerilerini gösteren bir sanattır. Roger ve Natalie'nin son durumu bunun lezzetini taşıyor; Aşağıda "Metodoloji" başlığı altında daha fazla şey söylenecektir. Terapistler, ego durum çatışmaları olan danışanlarının değişim istekliliği konusunda kararsızlıklarını görebilirler. Bazıları için, bir veya daha fazla ego durumlarının semptom üzerinde güçlü

bir etkisi olabilir. Bu durumda iyileşme ve değişime hazır olmak için özel ego durum teknikleri kullanılmalıdır (örneğin, Fraser'ın Disosiyatif Tablo Tekniği; Fraser, 2003).

Bağlamsal hedefler hem psikolojik hem de kişiler arası olduğundan, değerlendirme her bir eş için ayrı ayrı ve çift olarak yapılacak (ve muhtemelen aile ve çocuklar) hedefler verir. Genel olarak, her bir eş için bazı kilit konuları belirlerim ve bu konuların ilişkiyi (ve aileyi) nasıl etkilediğini tanımlarım.

Buna göre, her eşe ayrı bir tedavi planı ve her ikisine de ilişkisel bir plan öneririm. Bu aşamada EMDR'yi yoğun olarak kullandığım için anlatacağım. Eşler değerlendirmeye katılırsa ve değişmeye motive olursa, bir sonraki adım terapötik müdahale için kim, ne ve ne zaman konusunda anlaşmaktır. Örneğin, eşlerden biri EMDR veya köken aile çalışması da dâhil olmak üzere bireysel konular üzerinde çalışmaya başlamak isterken, diğer eş ilişki üzerinde birlikte çalışmak isteyebilir. Her eş benimle istenen hizmetler için bireysel olarak sözleşme yapar.

***Aşama 3: Terapötik Müdahale.*** Müdahaleler kişiler arası (ilişkisel) veya intrapsişik (bireysel) olarak sınıflandırılabilir, ancak bu alanlar açıkça birbiri içine geçmiş şekilde bulunur. Klinik yargı ve danışan motivasyonu, müdahalelerin önceliğini ve zamanlamasını belirlemek için birleştirilir. Bununla birlikte, ilişkisel çalışma negatif kognisyonları ve ego durum çatışmalarını tetikleyebileceğinden, bazı ön bireysel terapi hazırlıkları yapmak daha etkili olabilir. Yapılan bu bireysel seanslar, danışanı eş, ebeveyn veya kardeşle birlikte yapılacak olan seanslara hazırlar. Geliştirilen ego gücü ve bütünleştirici kapasitesi ile ilişkisel çalışma çok daha yararlı olur.

Her iki eş de (benim uygulamamda olduğu gibi) bireysel hedeflere ulaşmak için EMDR'yi kullanmak için sözleşme yaparsa, bir sonraki husus, önce kimin gideceği ve diğer partnerin nasıl ve

ne zaman dâhil edileceğidir. EMDR'yi her seferinde bir kişiyle kullanırım. Ters bir etkisi olmadıkça, EMDR'yi bir eşle (çalışılan eş) kullanmayı tercih ederim. Diğer eş (*gözlemci eş*) duygusal deneyimine tanıklık eder, içgörü kazanır ve empati kurar (Litt, 2000).

Gözlemci eşle bağıntılı dışsallaştırılmış ve ayrıştırılmış materyal genellikle geri alınır ve uygun yerine konur. Bu durum gözlemci eşe artık diğerinin yansıtmalarında olmadığı için rahatlama hissi verir. EMDR'nin danışanlarda teşvik ettiği hızlı içgörü her iki eş için de açıklayıcı olabilir ve daha fazla samimiyete kapı açar (bk. Protinsky, Sparks ve Flemke, 2001). Çalışılan eş EMDR aracılığıyla bazen yoğun duygusal dışavurum gösterdiğinde, gözlemci eş tarafından gösterilen şefkat beni sık sık etkiledi. Bu durumlarda, gözlemcinin gerektiğinde çalışılan eşi rahatlatmak ve eve götürmek için hazır olduğunda da rahatlarım.

EMDR'yi birlikte yapmak aşağıdaki durumlarda uygun değildir:

1. Çalışılan eş, diğer eşin önünde kendini özgürce ifade edemez.

2. Çalışılan eş, kişisel geçmişi veya sorunları eşine açıklamaya hazır değildir.

3. Gözlemci eşin, misilleme için çalışılan eşin açıklamalarını kullanması muhtemeldir.

4. Gözlemci eş, çalışılan eşin duygularını veya açıklamalarını tolere edebilecek durumda değildir.

5. Gözlemci eş, çalışılan eşin terapistin tüm dikkatini çekmesine izin vermez veya istemez (örneğin, yorum veya sorularla işlemi böler).

İkili seanslar bir eş için uygun olabilir, ancak diğeri için uygun olmayabilir. Bir erkek karısının önünde duygularını sergi-

lemekten rahatsız olabilir ya da bir kadının kocasına duyduğu korkunun özel olarak işlenmesi gerekebilir. Bununla birlikte eşler EMDR'yi birlikte yapmayı da tercih edebilir. Bireylerin isteklerine saygı duymak onların olgunlaşması konusunda örnek oldu ve uygulamamda iyi işledi.

Eşlerin her ikisi de EMDR için adaysa, hangi eşin önce başlaması gerektiğine karşılıklı karar verilmelidir. Bir eşin harekete geçmesi ilişkiyi bozuyorsa, önce o kişiyle EMDR uygulamayı öneririm. EMDR, bir diğer eş olmadan yapılacaksa, dâhil olmayan eşin terapistle iletişim kurması ve tedaviye dâhil olması için seçenekler tartışılmalıdır. Eğer aynı terapisti paylaşmaktan rahatsızlık duyduğunu ifade ederse, ikili yapılan EMDR seçeneği gözden geçirilmelidir.

## Metodoloji

Bağlamsal terapi ilkeleri tarafından yönlendirilen tedavi, kişiler arası ve intrapsişik müdahaleleri birleştirir. Yapılan ikili oturumlarla iç içe geçmiş ihtiyaç şablonları birbirinden ayrılır, köken ailesinden gelen sadakat beklentileri ortaya çıkar ve mevcut ilişkisel bağlamdaki haklar geçmişten ayrışır. Bu durum hiçbir yerde böyle değildir. EMDR ve ego durum terapisi gibi intrapsişik müdahaleler, ister birlikte isterse bireysel oturumlarla gerçekleştirilsin, birleşik çalışma ile zenginleştirilir ve test edilir.

***Birleşik Kişiler Arası Müdahaleler***: Modelin Belirlenmesi. Çiftlerin ilişkilerini gözlemlerken, hem endişelerinin içeriğini hem de sorunlarının işlenme sürecini takip ederim. İçeriği dinlerken, ego işlevlerinin yer değiştirmesini, partnerin ebeveynleştirilmesi ve suçlamalarını ortaya koyan ifadeleri tararım. "Biz" ve "siz" ifadelerine dikkat ederim (örneğin, "Ne yapacağımıza karar vermemiz gerekiyor." veya "Beni aptal hissettiriyorsun."); zamirlerin

kullanımı, kişisel sorumluluğun ve ego fonksiyonunun dağılmasını veya yer değiştirmesini gösterir. Ayrıca ego durum çatışmasını ima eden ilişkisel tutumlardaki çelişkilere de dikkat ediyorum.

Bu bölümün giriş kısmında, Roger'ın Natalie'yi ebeveynleştirerek kendisini ilişkiden geri çekmesini ve Natalie'nin onayını alma ihtiyacını görebiliyordum. Ayrıca Natalie'nin, Roger'ın meydan okumasına karşılık çifte açmaz yaratarak Roger'ı cezalandırdığını gözlemledim. Yıkıcı bir etkileşim örüntüsünün kendisini tekrarladığını gördüğümde (örneğin Roger, Natalie'ye sadece reddedilmek için bir hediye verir), olası bir tekrarlama zorlantısını (Gleiser, 2003) veya eşlerin erken aile hayatından gelen eşlerdeki yeniden sahnelemeyi anlamaya çalışırım.

Her danışanın diğerine uyum sağlama yeteneğini, özellikle de eleştiriler karşısındaki (ego gücünün bir göstergesi) durumunu gözlemlerim. Sözlü ve sözel olmayan davranışların ilişkide verme ve alma dengesini yapılandırmasında nasıl bir işleve sahip olduğunu değerlendiririm. Ayrıca, duygu toleransına ve her danışanın diğerinin artan duygusal uyarımına nasıl tepki verdiğine de dikkat ederim.

Natalie'nin Roger'ın onaylanma isteğine iyi bir nesne olmaya karşı olmasına rağmen, bir şekilde karşıladığını fark ettim: Ebeveynlik için eş zamanlı bir rekabet. Ayrıca Natalie'nin çifte açmaz operasyonlarını ve çatışan ego durumlarını düşündüren, karakterindeki değişiklikleri gözlemledim. Her bir eşin davranış ve ilişkisel tutumunun, aile ve çift sisteminin yapısındaki duygusal duruma etkisini düşündüm. Tanıdık bir tekrarlanan örüntü ortaya çıkmaya başladı: Natalie isteklerini yaptırmak için Roger'ı takibe aldı ve Roger, Natalie'yi daha fazla talepte bulunmaya teşvik edecek şekilde kaçınarak kendisini ilişkiden uzaklaştırdı.

***Negatif Kognisyonun Ortaya Çıkarılması.*** İkili seanstan

önce Roger ile üç kez bireysel olarak görüştüm. Aile geçmişi, özellikle Roger için açıklayıcıydı. Alkolik annesine duygusal açıdan göz kulak olduğunu ve eleştirel babasını etkilemek için sürekli çaba gösterdiğini anlattı. Bu durumun Natalie ile olan davranışları üstünde nasıl bir etkiye sahip olduğunu açıklamaya çalışıyordu: Natalie'yi sakinleştirmeye ve anlaşmazlıktan kaçınmaya çalışıyordu. Natalie "Bu senin fikrin." diye sertçe karşılık verdi. "Ben farklı görüyorum." diye ekledi.

"İşte demek istediğim bu!" diye bağırdı. Bana, sonra da yalvarırcasına Natalie'ye baktı. Konuşurken duraksıyordu, sanki hem umutsuzca karşı çıkmak istiyordu hem de konuşmak bile istemiyordu. Natalie duruma müdahale etmek istedi, ama Roger'a devam etmesi için işaret verdim. İttifakımızın daha güçlü olduğunu ve bu yüzden risk aldığını hissedebiliyordum. Dedi ki, "Onun 'Bu senin fikrin.' deyişini duymak bana sıkıştırılmış hisettirdi. Ne dersem diyeyim yanlış olacağımı biliyorum. Normalde sadece uzaklaşıyorum. Tartışmak istemiyorum."

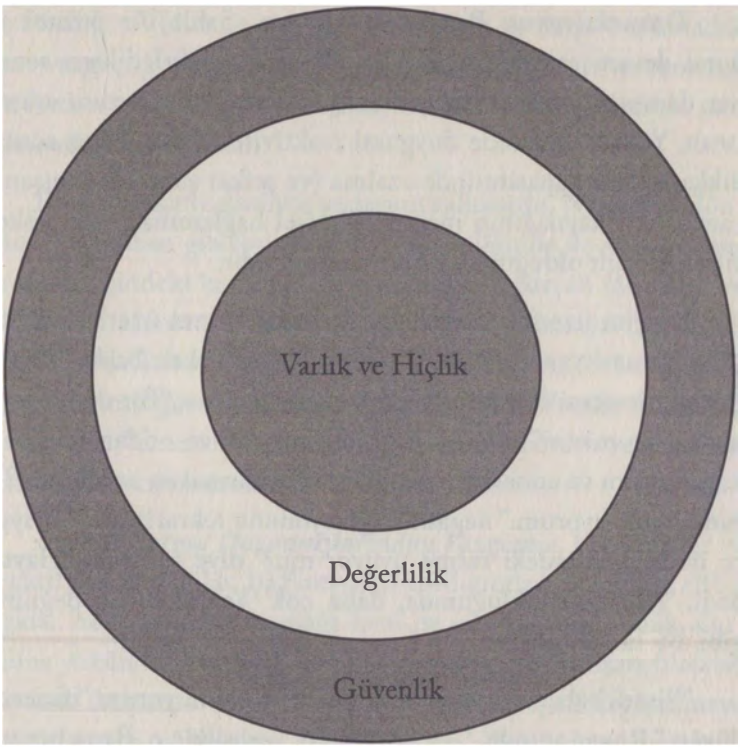
Natalie kendini savunmak istedi ve kendini açıklayıp açıklayamayacağını sordu. Ama gerek yoktu ve ona bu konuda güvence verdim. Roger'la devam ettim: "Bu durumu seninle şimdi keşfedelim mi? Bu yaşadığın acaba bir reaksiyon mu?" Roger kabul etti ve sorularıma yanıt olarak midesinde düğümlenme gibi bir şey hissetiğini açıkladı. Bu duruma 10 üzerinden yaklaşık 7'lik bir SUD değeri verdi. "Ben her zaman yanılıyorum." Bu, bağırsağındaki hislere uyuyor mu, diye sordum, Roger onayladı.

Yüksek derecede duygusal uyarılma ve bununla ilişkili olarak duygusal intolerans, kendilik hakkındaki temel negatif kognisyonlara dair ipuçlarıdır. "Eşiniz bunu yaptığında, bu size kendiniz hakkında ne düşündürür?" gibi iyi zamanlanmış bir soru genellikle negatif bir kognisyonu ortaya çıkarabilir. Yukarıdaki

vaka çalışmasında görüldüğü gibi, negatif kognisyonlar patolojik etkileşimlere gömülü olarak bulunur. Bir danışanın negatif kognisyonu, diğerinin negatif kognisyonunu tetikleyen bir davranışı başlatır. Klinisyen, negatif kognisyonların kendini tekrarlayan akışını ve bunlara karşılık gelen davranışları haritalayarak bilinç dışı ihtiyaç şablonlarını belirlemeye ve nasıl birbirine geçtiklerini algılamaya başlayabilir. Negatif kognisyonların tanımlanması ve etiketlenmesi, danışanların kendi tetikleyicilerini anlamasını sağlar ve EMDR için zemin hazırlar.

Deneyimlerime göre, çoğu negatif kognisyon, ego bütünlüğüne yönelik tehdidi bildirdiği için Şekil 8.1'de tasvir edilen üç kişisel deneyim alanından birine girmektedir.

Her alan için kendi kategorilerine özgü negatif kognisyonlar sıraladım. En merkezî etki alanı olarak "Varlık ve Yokluk" ile ilişkili derealizasyon (çevreye yabancılaşma) ve depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) göstergesi olan negatif kognisyonları tanımladım. Aynı zamanda tutarsız bir kendilik-kendilikdışı ilişkisel biçimi, erken dönem bağlanma sorunlarını tutarlı bir şekilde yansıtır. Bazı okuyucuların, ego stabilizasyonunun önemi açısından "Güvenlik"i, "Değerlilik" veya "Varlık"tan daha az merkezî olarak görmesi şaşırtıcı olabilir. Bununla birlikte yaşanılanlar, danışanların bir başkası için önem taşımak amacıyla kendi güvenliğini feda edeceğinin göstergesidir (örneğin, hırpalanmış eşler (kadınlar)); bu durum insanların hiç olmamasındansa kötü olanı tercih edeceklerini gösterir. Sonuç olarak, deneyimlerime göre, kişilik yapısının çekirdeğine en yakın negatif kognisyonla çalışmaya başlarsam ve dışa doğru çalışırsam (yani Varlık ve Hiçlik'ten Değerlilik ve Güvenlik'e doğru), birden fazla negatif kognisyona sahip birey için hedefi işlemek daha başarılı olacaktır.




| Varlık ve Hiçlik | Değerlilik | Güvenlik |
|---|---|---|
| Ben yokum<br>Ben görünmezim<br>Ben gerçek değilim | Ben önemsizim<br>Yeterince iyi değilim<br>Ben bir hayal kırıklığıyım<br>İstenilen şeylere uygun değilim | Güvende değilim<br>Öleceğim<br>Hapsedilmiş gibiyim |

ŞEKİL 8.1 Negatif kognisyonlar ve kendilikle olan ilişkisi. Varlık ve Hiçlik, kişisel deneyimin özüdür. Güvenli bağlanma sonucunda, "gerçek" olma deneyimi, birbirini izleyen adımların dayandığı temeldir. Değerlilik (veya ilişkide bulunan bireylerin değerli olması) kişisel deneyimin güvenliğinden daha merkezîdir: Birçok kişi başka bir kişiye, aileye veya gruba ait olmak için risk alacaktır. Listelenenler, her bir kişisel deneyim katmanına karşılık gelen temsîlî negatif kognisyonlardır.

***Transaksiyonun Bağlamlaştırılması.*** Sabit bir örüntü ve bunu devam ettiren negatif kognisyonları belirledikten sonra, her danışan için tranasksiyonun geçmişini ve anlamını araştırırım. Yüksek derecede duygusal reaktivite ve eşin bakış açısını dikkate alma kapasitesinde azalma (ve şefkat sunma), danışanın yaralarının kaynağının mevcut ilişkisel bağlamına değil, köken ailesine bağlı olduğunu gösteren işaretlerdir.

İsteğim üzerine Roger elini bağırsaklarının üzerinde tuttu. "Her zaman yanılıyorum." ifadesini tekrarlarken başka bir yoğunluk derecesi istedim. "Hâlâ beş." dedi. Ona, "Bir deney yapmak ister misin?" diye sordum. Kabul etti ve ondan gözlerini kapatmasını ve annesini zihninde canlandırmasını istedim. "Her zaman yanılıyorum." negatif kognisyonunu tekrarladım. "Duygu ve ifade, zihnindeki resme uyuyor mu?" diye sordum. "Hayır." dedi. "Annemle olduğumda, daha çok 'Yeterince iyi değilim.' gibi. Bu farklı hissettiriyor."

"Şimdi babanı hayal et ve 'Her zaman yanılıyorum.' ifadesini düşün." Roger anında. "Ah evet, bu o; kesinlikle o. Bana her zaman aptal olduğumu düşündüren bir şeyler söyledi." diye karşılık verdi. "Şimdi bana bir sayı ver." dedim. Roger tekrar gözlerini kapadı. "Altı." dedi. Natalie, Roger'ın babası hakkındaki deneyimini heyecanla doğruladı. "O bir pislik." diye onayladı. "Sizi kırmak istemiyorum tatlım." dedi Roger'a dönerek, "Ama ne kadar çok denersen dene, baban daima hata bulmak zorundaydı."

Bu çok kıymetli bir andı ve bunu çift için özetledim: "Roger'a söylediğin çok sevgi dolu bir şeydi, Natalie. Roger'ın babasını nasıl memnun etmeye çalıştığını gerçekten anlıyor gibisin, ama bunun işe yaramadığını anladın. Hepimiz aile meselelerimizi ilişkilerimize taşıyoruz ve bu parçanın Roger, senin Natalie ile ilişkin üzerinde etkisi var. Çatışmayı hissettiğin anda, "işe

yaramadığını" bilen o parçan etkinleşiyor ve daha başlamadan önce vazgeçtiğin açıkça görülüyor. Şimdi Natalie ile tartışmanın bir faydası olup olmadığını bilmiyorum, ama ona çok fazla şans tanımadığını biliyorum."

Roger dikkatle dinliyor ve başını sallıyordu. Natalie'ye döndüm. "Ve bahse girerim, Roger içeri girdiğinde ve yürüdüğünde, senin içindeki kendini yalnız hisseden o parçan tetiklenir ve çıldırırsın. Hemen Roger'ı arkasından kovalamaya başlarsın!" Her ikisi de kıkırdadı. Bu açıklamalarla birlikte, örüntülerinin saçmalıklarını görebiliyorlardı. "Doğru." dedi Natalie düşünceli bir şekilde. "Önemli değilmişim gibi hissediyorum ve onun da hissettiğim acıyı hissetmesini istiyorum."

***Eyleme Vurma Davranışlarından Vazgeçme.*** Davranışlar ve negatif kognisyonlar bağlamsallaştırıldığında genellikle çiftin ilişkisi, hem sorunun kaynağı hem de çözüm yolu olarak algılanma yükünden kurtulur. Potansiyel olarak her danışan, bireysel büyüme ihtiyacını daha fazla kabul eder ve eşini değiştirmeye olan inancına güvenmez. Terapideki bu adım, odağı aynı anda bireysel intrapsişik tedaviye taşımak ve ilişkiyi olumsuz yönde etkileyen eyleme vurma davranışlarından vazgeçmek için zemin hazırlar.

Bu durumda Natalie, Roger'ın belirlediği soruna olası çözümleri seve seve sunuyordu. "Belki de sana katılmadığım konularda daha nazik olabilirim." dedi. Bireysel bir çözümün gerektiği bu noktada, bu çözüm ilişkisel bir çözüm oldu. Roger bu fikri sevmesine rağmen burada araya girdim. "Bu çok düşünceli," dedim, "ama uzun vadede etkili olmayacak. Bu sadece Roger'ın doğru şeyi doğru şekilde söylemesine bağımlı olduğu anlamına gelir. Şöyle düşün, senin için her şeyin kötü gittiği bir gün oluyor ve Roger bu durumda sadece senden kaçıyor. Bu durumda

daha sürdürülebilir bir çözüm olarak Roger için EMDR'yi, Natalie'nin aklındaki her şeyi söyleyebileceği ve Roger'ın bundan bunalmayacağı hale getirmek için kullanmamızdır."

Hem Roger hem de Natalie bu fikri seviyor gibi göründüler, bu yüzden devam ettim. "Bu süre içinde Roger, bir çatışma olduğunda kaçma arzuna direnmek iyi olur. Söylemenin kolay olduğunu biliyorum, ama olduğun yerde kalabilir ve sadece birkaç dakika nefes alabilirsen, muhtemelen sakinleşirsin. Böylelikle belki de çatışılan durumu çözebilirsin. "Roger kuşkulu görünüyordu ve onu bunun için suçlayamam. Bir anın etkisiyle karşılaştırıldığında ömür boyu güçsüz hissediyordu. Olayın zorluğunu kabullenerek vakit alacağını söyledim, ama yapılabilirdi. "Ayrıca," diye ekledim, "alternatifi de şöyle: Küskünlüğün gittikçe artıyor, seninle bir ömür boyu geçirmeyi kabul eden kadın için duygusal olarak yoksun ve çocuklar ikinize de ebeveynlik yapıyor."

Roger anlamaya başlamıştı, sonra Natalie'ye döndüm. "Yok sayıldığında veya reddedildiğinde hissettiğin acıyı onun da hissetmesini istediğini söyledin değil mi?" Başını salladı ve kendini savunmaya başladı, ama kızgın savunucu ego durumu tekrar gücünü toplamadan devam ettim. "Bu, yalnız parçan her tetiklendiğinde ortaya çıkan kızgın yönündür." Bir anlığına kendine geldi, daha sakinleşti, sonra aynı fikirde oldu. Devam ettim, "Roger acını hissediyor ve bundan kaçınmak için senden kaçıyor. Şimdi Roger'a, bunalmış hissettiğinde bile, yerinde olduğu gibi kalmasını söyledim. Belki bazen dediğimi yapacak belki de yapmayacak. Ancak yalnız ve sevilemez hissetmenin acısı, Roger'ın belirli bir şekilde davranması ile çözülemez. Bu sorun sol kulağın ile sağ kulağın arasında ve çözümü bulman gereken yer de burası."

Natalie bu durumdan huzursuzlandı ve kabul etmesinin de zor olacağını söyleyebilirim. Sezgisel olarak, kendi kendisine

ebeveynlik yapması gerektiğini söylediğimi biliyordu ve henüz bu fikri gerçekten seven herhangi biriyle tanışmadım. Ayrıca Natalie'nin konuşulanları dinleyen genç ego durumu, mesajımı 'ya hep ya hiç' ifadesinde duymaya meyilliydi. Uzaklaşan bir eş karşısında yalnızlık ya da teslimiyetçi bir hayat oluşturmadağım konusunda güvenceye ihtiyaçları olacaktı. Beklemeye hakkı olduğu sağlıklı, sorumlu yetişkinden yetişkine ilişki ile kendinde olmayan Roger'daki yatıştırıcı ego arasında ayrım yapan kısa bir diyalog yaptık.

Huzursuzca koltuğuna geçti, ancak ego durumları üzerinde yönetici kontrolünü sürdürdüğü için algıları açıktı. İlk olarak daha önce Roger'la yaptığım gibi eyleme vurma belirtisinden vazgeçmesi için onunla bir anlaşma yaptım.

"Natalie," diye başladım, "Bu öneriyi teklif ettiğimde yetişkin kendiliğinle konuşuyorum. Kızgın ve yalnız parçaların genç ve çocuk parçalarının evliliğini kontrol etmesine izin vermek sizin için hiç de iyi olmaz. Sürdürülebilir bir ilişkiye sahip olmak istiyorsan, Roger ne yaparsa yapsın, bir şey talep etme, kontrol etme veya sözlü olarak kötü konuşma olmayacak bir plan yapmalısın. Bunların yerine kendini sakinleştir ve sonunda neye ihtiyacın olduğunu sor. Bu durum, genç parçanla çok daha fazla konuşman ve kontrolü ele geçirmesine izin vermemen gerektiği anlamına geliyor." Natalie'ninki zorlu bir sorundu ve anlayışlı bakışım ona bunu bildiğimi söyledi, ama iyi bir başlangıç yaptık.

Dışavurum davranışları, köken ailesiyle ilgili sorunları maskeleyerek ve dışsallaştırma yoluyla ruhsal çatışmayı azaltır. Bu kadar önemli bir ruhsal işleve hizmet ettiğinden, klinisyenler semptomların işlevine dikkat etmelidir. Bu davranışlardan vazgeçmek, davranışsal ve ilişkisel iyileşmeyi sağlasa da, kaygı ve depresyon belirtilerini artırabilir. Yoğun kaygı, regresyona ve eski

dinamikleri hareketlendirmeye sebep olabilir. Klinisyenler bunu önceden tahmin eder ve danışanlarına bu durumun gerçekleşme olasılığı hakkında bilgi verir. Danışanlar, ilişkiyi bir kaynak olarak kullanmak için kendini sakinleştiren adaptif sağlıklı yöntemlere ihtiyaç duyarlar.

***İntrapsişik Müdahaleler.*** EMDR ve ego durum terapisi. Gözden geçirecek olursak, bireysel terapi bileşeni için bağlamsal hedefler: Travma tedavisi ve bağlanma yaralanmaları, reaktivitenin azaltılması (duygu düzenlemesini geliştirmek), bütünleştirici kapasitenin artırılması ve yas sürecinin kolaylaştırılmasını içerir. Tanımladığım ilişkisel temelli kişilik gelişimi teorisi tutarlı olarak, EMDR'yi yapılandırmak için gelişimsel temelli bir yöntemdir.

Patojenik aile etkileşimlerini işlemek ve çözmek (örneğin, bölünmüş sadakat ve çifte açmaz), danışanların kendilerini değerli, bütün ve güvenli olarak deneyimlemesi üzerinde derin bir iyileştirici etkiye sahip olabilir. Kişinin ebeveynleri karşısında ego bütünlüğünün bir alanı olan "Değerlilik"in iyileştirilmesi, ebeveynlerini yeniden ebeveynleştiren bir süreç sağlar. Böylece, yas süreci hızlandıkça, danışanlar eski ilişki biçimlerini bırakabilirler.

Danışan ve ben EMDR'yi başlatmaya hazır olduğumuzda, çiftin ilişkisel dinamiklerini gözlemledim ve hem aile geçmişi hem de küçük ve büyük travmaların kronolojik bir geçmişini edindim. Shapiro'nun (2001) eski hedeflerle başlamak önerisine uygun olarak, hedefleri işlemek için kronolojik bir dizilim geliştiririm. Maureen Kitchur'dan (2005) etkili ve etkin bir dizilim öğrendim. Tipik olarak, önce ebeveynlerin evliliklerindeki çatışmayı hedeflerim, ardından her ebeveynle olan ilişkiden devam ederim. Daha sonra belirli aile çatışmaları, rahatsız edici dina-

mikler ve düğümlenmiş olaylar da kronolojik sırada hedeflenebilir.

Sırayı değiştirme ve dizilime başka travmaların (örneğin, aile dışı istismar) ne zaman dâhil edileceğiyle ilgili olarak klinik gözlemimi kullanırım. Aynı zamanda partnerle olan güncel çatışmaları hedeflemek için "geçmişin üzerine çalışma" protokolünü (Shapiro, 2001) kullanmayı seçerim. Bu hedefler genellikle köken aile deneyimleriyle beslenir, bu nedenle erken hedeflerle başlamak daha etkilidir. Bununla birlikte, eşi hedef görüntü olarak seçmenin veya yakın zamanda eşle yaşanan çatışmanın en az iki avantajı vardır: Mevcut durumda rahatlama sağlayabilir ve danışanlara reaktivitelerinin geçmişle gerçekten bağlantılı olduğunu kanıtlar.

Daha önce de belirtildiği gibi bazı negatif kognisyonlar, travmatik deneyimlerin aksine, tekrarlayan patojenik aile süreçlerinin bir sonucudur. Bu tür süreçsel travmalarda danışanlar, hedefler için ilk veya en kötü örneği belirleyemeyebilir. Danışanlar, bu dinamiği hatırlamak ağır olacağı için özellikle hafızaya almamış olabilirler. Bu durumda hem danışan hem de klinisyen, seçilen aile dinamiğinin EMDR için kötü bir seçim olduğuna inanabilir.

Bununla birlikte deneyimlerim bana, burada açıklanan teorilere göre klinik olarak göze çarpan şeyin, EMDR'ye en iyi şekilde yanıt verdiğini ve önemli sonuçları olduğunu gösterdi. Klinisyenler, aileleri yukarıda açıklanan patojenik süreçler sergileyen danışanların, materyale erişimi engelleyebilecek ego durum çatışması yaşayabileceğini düşünmelidir. Ego durum teknikleri, direncin üstesinden gelmek ve tam çözüme kadar işlemede çok değerli olabilir.

Shapiro (2001) EMDR'de, danışanların geçmişi, şimdiki zamanı ve geleceğiyle ilgili hedeflerin ("gelecek şablonu") işlen-

diği üç yönlü bir protokol tanımlamaktadır. Buna göre, ilişkisel terapiye uygulanan EMDR, bu modeli takip eder. Kendini sakinleştirmeyi, anlaşmayı ve uyumu arttırmak için gelecek şablonu çalışması hayâlî bir uygulama oturumu olarak yapılır. Bütünleştirici kapasiteyi artırmayı amaçlayan EMDR ve ego durum teknikleri, danışanları tetikleyen durumlar karşısında kendi ego durum sistemlerinin farkında olmaları ve onları kontrol etmeleri için bu imajinatif uygulamadan faydalanmalıdır.

Ego durum terapisi teknikleriyle zenginleştirilen EMDR, bağlanma yaralanmalarını iyileştirmek için kullanılabilir, bu da ego durumları arasında iş birliğine veya en sonunda bütünleşmesine yol açar. Gelişimsel olarak yapılandırılmış işleme, yas tutmayı kolaylaştırır ve mevcut ilişkisel alana zarar veren negatif kognisyonları etkili bir şekilde çözer. Duygu toleransı arttıkça, eşler diyalog kurmayı, anlaşmayı ve birbirlerinin bireyselliği karşısında uyum içinde kalmayı öğrenmek için birleşik ilişkisel terapiden daha iyi yararlanabilirler.

## SONUÇ

Bağlamsal terapi, psikolojik ve sistemik anlayışı bir ilişki teorisi olarak bütünleştiren, kuşaklar arası ve farklılaşmaya dayalı bir modeldir. Bu yaklaşım, kişiler arası deneyim ve kişiler arası etkileşimin tekrarlayan birleşmesini tanımlamak için etik, sistemik ve psikodinamik unsurları içerir.

Kendiliğin diyalektik doğasından ebeveynden çocuğa geçen üretkenliğin yolunu izleyen bağlamsal teori, temel insani sürdürülebilir ilişki ihtiyacımızı savunur ve elde edilmesi için bir model sunar. Boszormenyi-Nagy ve meslektaşları bize, özne ve nesne roller arasındaki verme ve alma dengesine bağlılığın karşılıklı olmasından kaynaklanan gerçek diyaloğun, insani gelişmede

zirve bir başarı olduğunu göstermektedir.

Ego durum teorisi ve terapisi, nesne ilişkileri teorisinin gelişimi, tanıda netlik ve zengin bir klinik müdahale açısından önemli katkılar yapmıştır. Bir dereceye kadar ego durumu ayrılığı evrensel olabilir, ancak ego durum çatışması sorunlu kişilik bozukluğuna ve tedavisi zor semptom ve davranışlara yol açabilir. Ego durum dinamikleri hakkında bir farkındalık, danışanın sürekli değişen davranışlarını anlamlandırabilir ve tüm ego durum sistemi iş birliği yapmadıkça iyi terapinin hiçbir yere gidemeyeceğini açıklar. Ego durumları özellikle bağlanma ilişkilerinde aktive olduğundan bu durum çift terapisi için oldukça doğrudur.

EMDR tek başına, travmaya dayalı bir psikoterapi modelidir. Hâlâ tam olarak anlaşılamayan nedenlerden dolayı, EMDR beynin bilgiyi adaptif olarak işlemesine ve duygusal yaraları daha önce görülmemiş derecede iyileştirmesine izin verir. Travmayı çözmek ve bağlanma yaralarının iyileşmesini kolaylaştırmak için EMDR'nin gücünü kullanarak ve burada tarif edildiği gibi ego durum ve bağlamsal teoriler tarafından aydınlatılan gelişimsel sorunların bilgisi ile yapılandırılan terapi, travma ve semptom çözümlemesinin ötesine geçerek olgun, sürdürülebilir ilişkileri teşvik eder.

Natalie ve Roger'ın tedavisi psikodinamik ve ilişkisel teorilerin birleşmesini göstermektedir. Patojenik aile süreçlerinin her bir eşin köken ailesindeki etkisi, mevcut ilişkilerini açık bir şekilde etkilemektedir. Her eşin ilişkisel ihtiyaç şablonunun iç içe geçmesi, çiftin çatışmasının inatçılığı hakkında bilgi verir. Yüzeysel değişimden daha fazlasını hedefleyen terapi, köken ailesine bilinç dışı sadakati yöneltmeli ve ego durum çatışmasını sürdüren yaraları iyileştirmelidir.

Danışanları hem bireysel hem de birlikte tedavi eden tera-

pistler, gözlem yoluyla hem danışanlarının değerlendirmelerini derinleştirmek hem de tedavinin etkinliğini değerlendirmek için zengin fırsattan yararlanırlar. Danışanlar tarafından bildirilen ilerleme, durağanlık ve zorluklar, birleşik oturumlarda doğrudan davranış yoluyla gözlemlenir. Danışanlar genellikle "tek duraktan alışveriş"in avantajlarından çok memnundurlar; ve yirmi yılı aşkın süredir pratikte çok az yan etkisini gördüm. EMDR ve ego durum terapisi araçlarını bağlamsal çalışmalarıma dâhil ederek çiftler ve aileler ile daha hızlı ve derin bir değişime öncülük ettim. Son olarak, henüz doğmamış nesillerin, nesiller içinde ve arasında sorumlu bir bakım etiğine dayanan terapinin faydalarından yararlanacağını bilmekten memnuniyet duyuyorum.

Not 1: Bu vaka örneği, birkaç farklı klinik vakanın bir bileşimidir.

## Kaynaklar

Boszormenyi-Nagy, I. (1962). Concept of schizophrenia from the point of view of family treatment. *Family Process, 1,* 103–113.

Boszormenyi-Nagy, I. (1965). A theory of relationships: Experience and transaction. In I. Boszormenyi-Nagy & J. Framo (Eds.), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects* (pp. 33–86). New York: Harper & Row.

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Invisible loyalties.* New York: Brunner/Mazel. Bowen, M. (1965). Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital and in private practice. In I. Boszormenyi-Nagy & J. Framo (Eds.), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects* (pp. 213–243). New York: Harper & Row.

Dicks, H. V. (1967). *Marital tensions: Clinical studies toward a psychoanalytic theory of interaction.* New York: Basic Books.

Fairbairn, W. R. D. (1954). *An object-relations theory of the personality.*

New York: Basic Books.

Framo, J. L. (1965). Rationale and techniques of intensive family therapy. In I. Boszormenyi-Nagy & J. Framo (Eds.), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects* (pp. 143–212). New York: Harper & Row.

Framo, J. L. (1982). Symptoms from a family transactional viewpoint (1970). In J. L. Framo (Ed.), *Explorations in marital and family therapy: Selected papers of James L. Framo* (pp. 11–57). New York: Springer Publishing.

Fraser, G. A. (2003). The Dissociative Table Technique revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*(4), 5–28.

Gleiser, K. A. (2003). Psychoanalytic perspectives on traumatic repetition. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*(2), 27–47.

Gold, S. N., Elhai, J. D., Rea, B. D., Weiss, D. Masino, T., Morris, S. L., et al. (2001). Contextual treatment of dissociative identity disorder: Three case studies. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 5–36.

Horner, A. J. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy.* New York: Aronson.

Humphrey, L. L., & Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: A theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy, 14*(4), 337–350.

Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Milliken, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 27,* 145–155.

Kitchur, M. (2005). The strategic developmental model for EMDR. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 8–56). New York: Norton.

Litt, B. (2000). *Trust, intimacy, and sex.* Symposium conducted at the EMDR International Association Conference, Toronto, Canada.

Litt, B. (2007). The child as identified patient: Integrating contextual therapy and EMDR. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 306–324). Hoboken, NJ: Wiley.

Middleberg, C. V. (2001). Projective identification in common couple dances. *Journal of Marital and Family Therapy, 17,* 341–352.

Protinsky, H., Sparks, J., & Flemke, K. (2001). Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 27,* 157–164.

Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy.* New York: Norton.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfi eld, L. (Eds.) *Handbook of EMDR and family therapy processes.* Hoboken, NJ: Wiley.

Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation, 2*(4), 79–116.

Toothman, D., & Phillips, M. (1998). Coming together: Working with couples from an ego state perspective. *American Journal of Clinical Hypnosis, 41*(2), 175–189.

van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303–327). New York: Guilford Press.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy.* New York:Norton.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New York: Norton.

Wynne, L. (1965). Some indications and contraindications for exploratory family therapy. In I. Boszormenyi-Nagy & J. Framo (Eds.), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects* (pp. 289–322). New York: Harper & Row.

*Çev: Sueda Çankaya*

# BÖLÜM 9

## İÇSEL AİLE SİSTEMLERİ MODELİNİN VE EMDR'NİN ENTEGRASYONU

**Joanne H. Twombly & Richard C. Schwartz**

EMDR, danışanların çoğunluğu ile başarılı bir şekilde kullanılabilse de, bazı danışanlarda işe yaramayabilir. Genellikle bu, duyguya kısmen veya tamamen ulaşılamadığında ve işlemenin akışı kısmen veya tamamen engellendiğinde meydana gelir. İçsel Aile Sistemleri Modeli (İAS; Schwartz, 1995), EMDR ile kullanıldığında etkililiği arttıran zarif, etkili ve güçlü bir ego durum tedavi yöntemidir. Bu bölüm ile İAS'ye giriş yapılacak ve EMDR uygulamasını geliştirmek için kullanılabilecek yöntemler açıklanacaktır.

## ZARAR GÖRMEMİŞ İYİLEŞTİRİCİ KENDİLİK

İçsel Aile Sistemleri Modeli, Richard Schwartz tarafından geliştirilmiştir ve aile sistemleri teorisi ve uygulamasına dayanmaktadır. İAS'nin odağı, her bir ego durumunun veya parçasının ait olduğu içsel ilişkiler ağı içinde çalışmaktır. Bu, aile terapistlerinin, herkesin değişmesi için tüm aile sisteminin değişmesi gerektiği farkındalığına dayanarak aile sistemini anlamak ve müdahale etmek için çalışma şekline paraleldir.

Diğer ego durumları uygulamaları gibi İAS da normal zihinsel çeşitliliği vurgular. Herkeste var olan hasarsız bir Kendiliğin varlığına olan inançla onlardan ayırt edilebilir. İAS'ın Kendilik kavramı manevi kavramlarla benzerlik gösterir. Dünyadaki dinlerin çoğunda olduğu gibi, ruhun, bilinç sınırlarını aşan merhamet ve sakinlik durumu gibi görülebilir.

Schwartz, birçoğu şiddetli istismar vakası olan yüzlerce danışanla yaptığı çalışmalarında, birçok insanın başlangıçta çok az erişime sahip olmasına rağmen herkesin lekelenmemiş, iyileştirici bir Kendiliğe sahip olduğuna inanmaya başladı. Kendilik, bir insanın en özgün, gerçek özüdür; kişinin en güçlü, en becerikli ve en akıllı çekirdeğidir ve bireyin en önemli değerlerini içerir. Bu Kendilik; şefkat, güven, merak ve derinlik niteliklerini, yani herhangi bir insan sisteminde iyi liderlik niteliklerini içerir. Bu da onu aile sistemine liderlik etmesi için donanımlı hale getirir.

Kendiliğin varlığına inanmak, birçok terapist için zordur. Çünkü danışanlarda, hatta şiddetli semptomları olanlarda bile içten gelen şifalı bir şeyin varlığına güvenmeyi gerektirir. Terapistler genellikle bu tür bir güveni ancak danışanın Kendiliğinin iyileştirici gücüne tekrar tekrar şahit olduktan sonra öğrenirler. Bununla birlikte gözlemlerimiz, EMDR tecrübesi ile İAS eğitimlerine gelen terapistlerin, danışanların özünden gelen iyileştirme yeteneklerine zaten tanık olduklarıdır. Shapiro'nun da (2001) belirttiği gibi;

> Doğal olarak gerçekleşen beynin bilgi işleme sistemi ruh sağlığı alanına doğru geçmektedir. Bununla birlikte sistem, bir travmanın etkisiyle bloke olursa veya dengesiz hale gelirse uyumsuz tepkiler gözlenir. Blok kaldırılırsa (burada, EMDR kullanılarak), işleme devam eder ve bilgileri alıp adaptif çözüm ve işlevsel entegrasyon durumuna doğru getirir.

Doğuştan gelen iyileşme kavramı EMDR terapistleri tarafından iyi bilinir, bu nedenle onlar için danışanların kendilerini iyileştirme kapasitesine sahip olduğu fikri tanıdıktır. Kendiliğin varlığının daha kolay kabul edilmesine yol açar.

## İÇSEL EKOLOJİ: KENDİLİK DİNAMİKLERİ VE İAS'DEKİ PARÇALARI

İAS'nin merkezi, Kendiliğe erişim sağlamak ve ardından zihnin bölümlerini iyileştirmek için Kendilik aracılığıyla çalışmaktır. Bu da danışanların kendi kendini yönetme durumunda daha eksiksiz yaşayabilmelerine neden olur. IFS terapisti, Kendiliği gizlenmiş ve parçalarla harmanlanmış bir danışan ile çalışmaktan veya doğrudan danışanın parçalarıyla ilgilenmekten ziyade, danışanın Kendiliğinin ortağı olarak çalışır ve danışanın Kendiliği, şefkatli bir terapist veya parçalarla lider haline gelir. Bu durum, terapistin danışan ile ebeveyn benzeri veya hiyerarşik bir ilişki geliştirme olasılığını azaltır.

Kendilik fikrinin yanı sıra, İAS parçaların çok boyutlu olduğuna, her birinin duygu ve inançları olduğunu inanır. Diğer bir deyişle her parça farklı duygu, arzu, mizaç ve yeteneğe, farklı yaş ve cinsiyete sahip ayrı bir kişiliktir. Örneğin, üzgün parça sadece melankolik duygu ve olumsuz düşünceler kümesi olarak kavramsallaştırılmaz, aynı zamanda çözülmemiş travmatik çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan üzüntü yükünü taşıdığı için üzgün olan çocuksu bir parça olarak görülür. Üzüntü ile birlikte bu parça aynı zamanda normal duygular aralığını deneyimleme kapasitesine sahiptir. Aynı zamanda bu parça, var olduğu kişiden bağımsız olarak bir şeyleri düşünme, söyleme ve hissetme anlamında büyük bir özerkliğe sahiptir.

Çoğu parça, suçlanmış veya travmatik olaylar sırasında ki-

şinin dünyasına dış dünyadan giren ve parçalara yerleştirilen aşırı inançlar, duygular veya yükler taşır. Daha sonra bu yükler, bilgisayara virüs girmiş gibi düşünülürse, hisleri ve davranışları yönetir. Sorunlara neden olan parçaların kendisi değil parçaların taşıdığı yüktür. İyileşmenin başlaması için bu yüklerin danışanın iç sisteminden atılması gerekir.

İAS, sistem düşüncesi ve aile terapisinden geldiği için, odak noktası her bir parçayı ayrı ayrı tanımak ve değiştirmek değildir. Her parçanın gömülü olduğu iç ilişkiler ağı içinde çalışmaktır. Bu, bir aile terapistinin çocukla çalışmasına benzer niteliktedir. Çocuğun ailesini bağlam dışında tutarak çocuğu anlamayı ve onunla çalışmayı denemenin aksine çocuğun değişmesi için diğer aile üyelerinin önce veya aynı anda değişmesi gerekebileceğini gösterir. İAS'de semptomlar, Kendiliğin travmatik yaşam deneyimlerinin oluşturduğu yükü veya etkisini taşıyan parçalarla karışmasının bir sonucu olarak görülür.

İçsel ailelerle çalışırken, parçaların içinde geliştiği dış aileler kadar yüksek oranda kutuplaşmış olduğu hemen anlaşılmaktadır. Birçok parça asla doğrudan birbiriyle ilişkili değildir ve diğer parçaların neye benzediğine dair görüşlere sahip değildir. Örneğin, birçok bulimia hastasının onları aşırı yemeye yönlendiren parçası, onları sert bir şekilde azarlayan bir içsel eleştirmenle kutuplaşır. İçsel eleştirmen, aşırı yeme parçasına ne kadar çok saldırırsa, o kadar çok aşırıya kaçar ve bu durumun tersi de geçerlidir.

Aileler gibi, parçalar da ittifaklar oluşturur, birlikte hareket ederler. Aile terapisinde de olduğu gibi, uzun süredir devam eden kutuplaşmalar, iki parça doğrudan ve diğer parçalardan müdahale olmadan iletişim kurmaya teşvik edildiğinde genellikle erir. Son olarak, tıpkı ailelerdeki ebeveynleştirilen çocuklar gibi, bazı parçalar, daha savunmasız olan parçaları veya genel olarak iç-

sel sistemi korur. Bu koruyucular, terapistler tarafından yapılan müdahalelere karşı koyacaktır. Bu olay, EMDR işleminin zaman zaman engellenmesine neden olur.

Bu nedenle İAS bir kişiyi bir Kendilik ve her biri içinde değerli bir rol oynamak isteyen niteliklere sahip nispeten ayrı, özerk parçalardan oluşan bir ekoloji olarak görür. İAS'nin amacı insanların, parçaların Kendilik tarafından bilgilendirildiği ve yönlendirildiği içsel liderlikle faaliyet göstermesini sağlamaktır. Olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisiyle sistem hayatta kalmak ve işlevselliğe devam etmek için yeniden düzenlenir. Bu düzenlemeler parçaların kendine has değerli rollerinden farklı davranmasına neden olabilir. Bu yeniden yapılanma yüzünden Kendilik, Kendiliğe olan güvenini yitiren ve kendi başına öğrenme ve gelişme yeteneklerini yitiren parçalara batırılır ve harmanlanır.

Bu durum alkolik ailelerin çocuklarının, ailenin dinamikleri tarafından koruyucu ve stereotipik rollere zorlanmasıyla benzeşir. Her ne kadar alkolik ailelerde benzer roller bulunsa da (günah keçisi, ebeveynleştirilmiş çocuk, kayıp çocuk vb.), bu roller çocukların özünü temsil etmez. Tüm çocuklar benzersiz bireylerdir ve terapinin başlamasıyla birlikte kaotik ailelerinin taleplerinden farklı olarak kim olduklarını bulabilirler. Aynı süreç, parçaların dış etkenlerden dolayı aşırı rollere zorlandığı içsel aileler için de geçerlidir. Sonrasında dış etkenler geçtiğinde bile sistem bu şekilde çalışmaya devam eder. İAS, içteki ekolojiyi öğrenerek ve onlara saygı duyarak, koruyucu parçalarla güç mücadelesinden kaçınır. Rolleri içindeki parçaları zorlayan kısıtlamaları ortadan kaldırır ve parçaların değerli içsel aile üyelerine dönüşmesini sağlar.

Terapistin görevi, danışanların kendini iyileştirebileceği bir öz-liderlik durumuna ulaşmasına ve bu durumu sürdürebilme-

sine yardımcı olmaktır. Birey incindiğinde, parçalar Kendiliğin liderliğine olan güveni ve saygıyı kaybeder, ebeveynleştirilmiş çocuklar gibi, sistemi korumak için yönetimi üstlenmeleri gerektiğine inanırlar.

İAS terapisinde ilk adım, parçaları Kendilik'ten ayırmaktır. Kendiliğe erişim genellikle İAS teknikleri kullanılarak dikkate değer bir hızla ve verimlilikle sağlanabilir. Bu, tüm danışanlar için, hatta kompleks kötüye kullanım veya ihmal yaşamış olanlar için bile geçerlidir. Ancak bu danışanların bazıları için, Kendiliğe erişimi kolaylaştırmak için parçalara doğrudan erişilmelidir.

## PARÇALARIN ÜÇ TEMEL KATEGORİSİ

Danışanların parçalarının Kendilik'ten ayrılmasına yardım etme görevlerini anlamak için, terapist öncelikle parçaların işlevlerini anlamalıdır. Parçalar üç kategoriye ayrılır (Schwartz, 1995): Travmayı veya ihmali doğrudan deneyimleyen, çözülmemiş olumsuz duyguların yükünü elinde tutan *sürgünler*; koruyucu kapı bekçileri olarak hareket eden ve sistemi sadece sürgünlerin taşıdığı yüklerden dolayı boğulmaktan korumakla kalmayıp sürgünleri yüklerinin artmasına neden olabilecek durumlardan da koruyan *yöneticiler*; ve yöneticiler bunalmış haldeyken sistemi gerçek dengesine geri döndürmek için refleks olarak tepki veren ve sürgünlerin duygularının yüzeyde yaşanmasını sağlayan *itfaiyeciler*. Bu olduğunda, itfaiyeciler dengeyi mümkün olan en kısa sürede geri kazanmak için ne gerekiyorsa yaparlar.

Sürgünler duyguları, duyuları, hatıraları ve inançları taşıyan çoğunlukla savunmasız çocuk parçalardır (yani istismar edilmekten, utanmaktan, ihmal edilmekten veya terörize edilmekten kaynaklanan yüklerin). Bu, sistemi ele geçirmeleri halinde kişinin bu yüklerin bir kısmını veya tamamını yeniden deneyimle-

yeceği anlamına gelir. Sürgünlerin varlığını gösteren semptomlar arasında geçmişe dönüşler (flashback), kaygı, depresyon, somatik ağrı ve duygulanım fırtınaları vardır.

Yöneticiler bilinen birkaç biçimle gelir. Zaman zaman, engellemek veya motive etmek için eleştiriyi kullanarak koruyan içsel eleştirmenlerdir. Çevrelerindeki herkese yardım ederek ve onları memnun ederek terk edilme olasılığını azaltan birbirine bağlı parçalardır. Aşırı çalışarak içsel ağrıya olan odağı dağıtan işkolik parçalar; künt duygulanımları, uyuşmuş veya tıkayıcı bir kafa karışıklığı ve benzeri örüntüleri sağlayan parçalar gibi.

EMDR hedeflerinin ve tedavinin başarısız olması, çoğu zaman terapistin danışanın yöneticilerini tanımaması ve "direnç" olarak gördüğü için ve yanlış bir şekilde bunlarla uğraşması sonucunda ortaya çıkar. Yöneticiler sürgünleri koruma görevlerinden dolayı sık sık yorgun düşerler ve sistemin iyileşmesini çokça isterler. Bununla birlikte, mevcut durumu korumak için çalışacaklardır ve endişeleri tam olarak anlaşılmadan ve ele alınmadan önce yapılan tüm müdahalelere karşı koyacaklardır. Olumsuz görünen bazı belirtiler, danışanları daha kötü semptomlardan veya sistemin dengesiz hale gelmesinden korur. Dolayısıyla terapistlerin yöneticilerin endişelerini geçersiz kılmasının danışanın krize girmesine neden olabileceğini belirtmek önemlidir. Yönetici müdahalesinin göstergeleri, yüzeysel işleme, çözümsüz kalan yoğun işleme sürecini veya EMDR'nin başarısızlığını içerir. Yöneticilerin rollerini değiştirmeye istekli olmaları için, Kendiliğe, terapiste ve önerilen tedavi sürecine yeterince güvenmeleri gerekir.

Yöneticiler bunalıp işlevlerini yerine getiremez hale geldiklerinde, sürgünler tetiklenir ve itfaiyeciler harekete geçer. İtfaiyeciler, sürgünün duygularının ezici tehlikesini engelleyecek

veya ondan disosiye olmasına yardımcı olacak uyarım bulmak için genellikle dürtüsel, telaşlı veya refleksle hareket ederler. Aşırı uyuşturucu, alkol, yiyecek tüketimi veya seks ve kendine zarar verme davranışları itfaiyeci faaliyetlerinin yaygın örnekleridir. Bir danışanın tehlikeli itfaiyeci faaliyeti geçmişi olduğunda, terapistin sürgünlerle çalışmaya başlamadan önce itfaiyecilerle anlaşma yapması ve iş birliği geliştirmesi gerekir. Bu parçalar genellikle zorla getirildikleri kısıtlayıcı rollerden bıkarlar ve sürgünlerin yüksüz kalmasına yardımcı olan ve onlara diğer davranış seçenekleri, daha sağlıklı bir varlık moduna geçme şansı veren tedaviyi memnuniyetle karşılarlar.

## İAS İLE İYİLEŞME ADIMLARI

İAS terapisinde danışanın Kendiliğine erişilir ve parçalarla sevgiyle ilişki kurulur. Bu da olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklanan duygu ve inançları yüklerinden kurtarır. Böyle olunca içsel aile sistemi yeni, daha uyumlu ve adaptif bir şekilde yeniden yapılandırılır. İAS terapisi aşağıdaki yedi adımdan oluşur:

*1. Adım: Kendiliğe Erişim.* Kendiliğe veya en azından kendiliğin önemli bir bölümüne erişmek, onun parçalardan arındırılmasıyla gerçekleştirilir. Kendiliğin varlığı, parçalara karşı şefkat ve merak gibi nitelikler sergilediğinde fark edilir. Kendilik var gibi görünüyorsa, ancak, örneğin bir parçaya karşı hiçbir duygusu yoksa ya da bir parçadan öfkeli ya da korkmuş hissediyorsa, bu, "Kendiliğe benzeyen" bir parçanın mevcut olduğunu ve Kendilikten ayrılması gerektiğini gösteren bir işarettir.

*2. Adım: Tanıklık.* Kendiliğe erişildiğinde ve Kendilik ile çalışmak isteyen bir parça belirlendiğinde, diğer parçalara, herhangi bir itirazları olup olmadığı sorulur. İtirazlar (varsa)

ele alındıktan sonra tanıklık olur. Amaç, bu parçanın, Kendiliğin bilmesini istediği şeyleri rahatça ifade edebilmesi için Kendiliğe güven duymasını sağlamaktır. Bu, parçanın sahip olduğu yükler, acı çektiği duygular, Kendiliğe karşı duyduğu hisler, sahip olduğu inançlar vb. hakkında bilgileri içerebilir.

*3. Adım: Geri Alma.* Zaman zaman, çalışmaya başlamadan önce parçanın geri getirilmesi gerekir. Çoğu parça hâlâ geçmişte yaşadığına inandığı için, onları geçmişten almak ve iyileştirme çalışmaları yapılmadan önce bugüne getirmek gerekebilir. Parçalar geçmişte yaşadıkları sürece, geçmişteki koşullar hâlâ mevcutmuş gibi tepki verme eğilimindedirler. Kendilik bunun gerekli olup olmadığını görmek için, ilk olarak parçayı kontrol eder, ve eğer öyleyse Kendilik, parçanın olduğu yere gider (genellikle geçmişe), sonra onu şimdiki zamana getirir. Bazen geri almanın yük boşaltma aşamasından sonra yapıldığını unutmayın.

*4. Adım: Yükten Kurtarma.* İlk adımlar tamamlandıktan sonra parçalara, taşıdıkları duyguları veya inançları boşaltmaya istekli olup olmadıkları sorulur. Twombly, danışanların yüklerini karışık enerji ağları olarak tanımlar. Yükün önündeki engeller giderildiğinde, yük serbest bırakılır ve enerji normal durumuna döner, yani toksik malzeme dönüştürülür. Parçaların bu süreçle ilgili endişeleri öncelikle ele alınmalıdır. Endişeler genellikle, parçanın kendisini bir yük olarak düşünmesi ve onsuz kaybolacağı, ya da yükün, serbest bırakıldıktan sonra dünyayı kirleteceği korkusunu içerir. Parçalara yükleri nasıl serbest bırakabilecekleri konusunda öneriler verilir; örneğin havaya, rüzgâra, ışığa, suya, ateşe veya toprağa. Bazen bu önerilerden biri, parçaya doğruymuş gibi hissettirir veya öneriler parçaların kendi fikirlerini ortaya çıkarmasını sağlar. Zaman zaman, parçalar güvenli ve hazır

hissettikçe, işlemin küçük artışlarla yapılması gerekebileceğini unutmayın.

*5. Adım: Yüklerin pozitif niteliklerle değiştirilmesi.* Yükler azaldıkça alan açılır ve parça bu alana hangi olumlu niteliklerin geldiğini fark etmesi için davet edilir. Fark edilen özellikler arasında sıklıkla enerji, huzur, umut ve güven bulunur.

*6. Adım: Sistemin entegrasyonu ve yeniden yapılandırılması.* Yükten kurtulmuş parçalar diğer parçalarla birleşebilir, sistemde yeni bir konum geliştirebilir veya yeni bir işleve ihtiyaç duyabilirler.

*7. Adım: Soruları ve endişeleri kontrol etme.* Bir İAS seansının sonunda terapist, Kendilikten, endişeleri veya yorumları olan herhangi bir parçanın olup olmadığını kontrol etmesini ister. Her endişenin ve yorumun duyulması ve ele alınması gerekir.

## TERAPİSTİN KENDİLİĞE ERİŞİMİNİ UYGUN HALE GETİRMEK

İAS uygulamasının önemli bir yönü, terapistlerin Kendiliğe, kendi erişimlerini geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Richard Schwartz, terapistlere, danışanlarla çalışırken kendi Kendiliklerinde olmalarını şiddetle tavsiye eder. Bu öneri aslında herhangi bir tedavi yöntemiyle çalışırken yararlıdır. Tüm terapistler, danışanların işlev bozukluğu veya kişilik tarzlarından ötürü karşı aktarım ile karşılaşabilir. Bu durum tanısal olabilir, önemli bilgiler sağlayabilir aynı zamanda da tedavi sürecine potansiyel olarak zarar verebilir. Terapistlere her seanstan önce ilk olarak bir sonraki danışanları tarafından hangi parçaların aktifleştirildiğini ve ikinci olarak, terapistin, danışanın etkinleştirmiş olduğu parçalarla bağlantı kurmayan parçalarını fark etmelerini öneriyorum.

Üçüncü adım, terapistin (Kendiliğiyle) oturumu ele alması için parçalarla geri adım atmaları için anlaşmasıdır. Kendilik, Kendiliği ortaya çıkarır. Böylece kendi Kendiliği ile çalışan terapistin, danışandaki Kendiliğe erişimi kolaylaşacaktır.

Aşağıdaki vaka çalışması, İAS tedavisinin yedi adımının nasıl uygulandığını gösterecektir. Bu vakada içsel aile sisteminin dinamikleriyle çalışma vurgulanmaktadır. Bölümün ilerleyen kısımlarında yapılacak bir başka örnek olay, İAS tedavisi ve EMDR'nin birlikte nasıl kullanılabileceğini gösterecektir.

## JACK: RICHARD SCHWARTZ'IN ÖFKESİNİ ÇÖZMEK İÇİN İAS KULLANMASI

Jack, birkaç işten kovulmasına neden olan hiddetiyle başa çıkabilmek için tedaviye geldi. İAS sürecinin ilk adımına başlamak için Jack'ten vücudunda öfke hissettiği yere odaklanmasını istedim ve bu da öfkeyi tutan bölümle bağlantı kurmasına yardımcı oldu. Bu noktada, Jack'in Kendiliği bu bölümle karışmıştı. Kendiliği ortaya çıkarmak için (1. adım) Jack'ten, parçasına kendisinden ayrılmasını rica etmesini istedim. Parçalarla iletişimin -neredeyse her zaman- Kendiliğe erişimi desteklemek için danışan aracılığıyla yapıldığını unutmayın. Bazen bu süreç, parçanın Kendiliğin önünde gerçekten geriye veya dışa doğru adım atması olarak görselleştirilir. Jack'e parçaya karşı ne hissettiğini sorarak Kendiliğin varlığını doğruladım. Jack'in "merhamet ve merak" cevabı Kendiliğin varlığını gösterdi. Öfke tutan parça, Kendiliğin merhamet ve merakını hissettiği için iyileşme süreci iyi gidiyordu.

Tanık olma kısmının başlaması için (2. adım) Jack, parçasından Jack'e Jack'in onun hakkında bilmesini istediği her şeyi anlatmasını istedi. Jack, parçanın Jack'i çocuk parçalarını hare-

kete geçirecek durumlardan, çocukluğundan gelen büyük korku ve üzüntü yüklerini taşıyan sürgünlerden korumak için çalıştığını öğrendi. Başka bir deyişle öfkeyi tutan kısım, Jack'i sürgünler veya çocuk parçaları tarafından taşınan eski korku ve üzüntü ile boğulmaya karşı koruyan koruyucu bir kısımdı. İş yerinde Jack'in öfkeleri, patronları ve meslektaşları tarafından kullanıldığını hissettiğinde ortaya çıktı. Jack koruyucu kısmı dinlerken, yönetici diye başka bir parçasının daha olduğunu öğrendi. Onay alma arayışıyla çatışmadan kaçınan yönetici, Jack'in başkalarının normalde yapacağı görevler için sorumluluk almasına yol açtı. Sürgünler, Jack kullanıldığını hissettiği ve kendi ihtiyaçları karşılanmadığı için tetiklendi ve harekete geçti. Sürgünler tetiklendiğinde, sistem eskiden gelen kötüye kullanılma, korku ve üzüntü duygularıyla dolup taştı ve itfaiyeci koruyucu kısım adaletsizliği düzeltmek için öfkelenecekti. Jack, itfaiyecinin nasıl ve neden çalıştığı hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukça, bu parçaya minnettarlığı ve saygısı arttı. Jack, itfaiyecinin öfkeden yorulduğunu ve tetikte olmaya ihtiyacı olduğunu öğrendiğinde şaşırdı ve Jack'in, rahatlaması için yöneticileri onay arama davranışlarından alıkoymasını istedi.

Jack tanıklığa devam ederken, itfaiyecinin Jack'in okula giderken her gün zorbalığa uğrayan bir çocuk olduğu zaman bu aşırı rolü üstlendiğini keşfetti. İtfaiyeci, Jack'in bununla başa çıkmasına her biri kendine özgü şekilde yardımcı olan birkaç parçasından biriydi. Onay arayan yönetici, zorbaların onaylarını almak için elinden geleni yaptı. Bu işe yaramadığında, itfaiyeci korkusuz, savaşçı bir öfkeyle üstesinden geldi ve zorbaların saygısını ondan çok daha fazla kazandı. Çocuk/*sürgün* parçaları gerçek aşağılanma, kırılganlık ve korku duygularını taşıdı.

Eski roller ve çözülmemiş travmalarla yüklenen tüm parçalar gibi bu parçalar da, şimdiki zamanda, geçmiştelermiş gibi

davranırlar. Onay arayan yönetici onay istedi, çünkü başka bir şey yapmanın Jack'i tehlikeye atacağını düşündü; savunmasız çocuk parçaları/*sürgünler* travma geçirdi; koruyucu itfaiyeci küplere bindi, hepsi de Jack'i korumak ve geçmişten gelen çözülmemiş duyguları yönetmek için hizmet etti.

Bu, İAS'nin her bir parçasının önemli bir rol oynadığını ve parçaların ruhsal açıdan önemli bir unsur olduğu temel varsayımını göstermektedir. Jack (Kendiliğinde) itfaiyeciye tanık olduktan sonra, her zaman bir lanet olarak düşündüğü bu parçanın, aslında onu çocuk parçalarının çözülmemiş korku ve üzüntüsünden korumak için çok çalıştığını keşfetti. Onay arayan parçalar, kendilerini aşırı güç ve risk altında hissettikleri durumları yönetmek için farklı bir şekilde de olsa çok çalışıyorlardı.

Geri alma aşamasında (3.adım), Jack'ten koruyucu itfaiyeciyi kontrol etmesini istedim ve gerçekten de geçmişte yaşadığını öğrendik. İtfaiyeciyi geri almak ve onu şimdiki zamana getirmek ona biraz ihtiyatlı bir rahatlama getirdi ve sonrasında geçmişte mevcut olmayan şimdiki olasılıkları görmeye başlayabildi. İtfaiyeciye artık çocuk parçalarını korumak için öfkelenmek zorunda kalmazsa ne yapmak istediği soruldu ve o da Jack'e kime güvenilip güvenilmeyeceğine karar vermesine yardım etmek istediğini söyledi.

İtfaiyeci eskiden gelen öfke ile yüklendi, bu da Jack'in şu anda aşırı derecede sinirlenmesine neden oldu. Herhangi bir parçanın yükten kurtarılması için (4. adım), o parçanın tamamen anlaşılması için gerekli olan her durumda Kendilikle bağlantılı hissetmesi ve Kendiliğin tanık olması gerekir. Bazı parçalar için bu, Kendiliğin, yükleri yaratan olayların duygulanımlarının bir kısmını veya tamamının deneyimlemesini ve öğrenmesini içerir. Diğer parçaların buna çok daha az ihtiyacı olabilir ve yükten hızla kurtulabilir.

İtfaiyeci, Jack'in tamamen tanık olduğunu hissetti, ancak eski öfkenin yükünü hafifletmek ve olmak istediği iç danışman haline gelmek için yeterince güvende hissetmeden önce, onay arayan yönetici Jack'i sömürüldüğü pozisyonlara yerleştirmeyi bırakmak zorunda kaldı. Jack'i onay arayan yöneticiyle kontrol ettiğimde, yöneticinin durmak istemediğini gördü. Çünkü çocuk parçaların eski korku ve üzüntü yükleri sistemi etkileyebileceğinden çatışmaları önlemek için onay arama davranışını kullandı. Çoğu zaman olduğu gibi, sistem çapında değişiklik yapılmadan önce sürgünlerle birlikte çalışılması gerekir.

Jack başlangıçta dikkatini sürgünlere çevirdiğinde, çok zayıf oldukları için onları küçük gördüğünü söyledi. Bu, hor gören bir parçanın Jack ile karıştığını gösterdi. Jack'ten bu parçayı tanımlamasını ve Jack'in (Kendilikte) sürgünlerle uğraşabilmesi için Jack'e bu parçaya geriye çekilmesini söylemesini istedim. Küçümseyen parça geri adım attıktan sonra, Jack kendiliğinden sürgünlere karşı merhamet hissettiğini ve onları merak ettiğini bildirdi.

Jack sürgünlere tanıklık ederken sessiz kaldı. Bu parçalar, çocukluğunda Jack'in okula giderken korkutulduğu sahneleri gösterdi. Tamamen tanık olduklarını hissettiklerinde, Jack'in şimdi, çocukluğunda olmayan pek çok kaynağa sahip olduğunu fark ettiler. Jack'in onları şimdiki zamana getirmesine izin verdiler ve yükü boşaltmaya istekliydiler. Jack, "siyah korku ve üzüntü topları"nın karın bölgesini terk ettiğini ve bir ışık akışına doğru yüzdüğünü gözlemledi.

Yükler ışık akışına doğru süzülürken, sürgünlerden boşaltılan alan ve enerjiyi fark etmeleri istenerek önemli nitelikleri almalarına izin verildi (5. adım). Jack, süreç boyunca sürgünlerin şimdi gidip oynamak isteyen canlanmış büyük çocuklar gibi ol-

duğunu belirtti. Jack de daha hafif ve daha olumlu hissettiğini fark etti.

Parçaların artık eskisi gibi işlev görmesi gerekmediği için, farkındalık kazanırlar ve rolleri değişir (6. adım, Entegrasyon ve yeniden yapılandırma). Jack'in durumunda, sürgünler yüksüz hale geldiğinde, rahatlayıp oynayabilecek büyük çocuklar oldular. Bu gerçekleştiğinde onay arayan yönetici, işinin daha kolay olduğunu hissetti ve işteki çatışmaların zorbalığa uğramasıyla aynı olmadığını fark etti. İtfaiyeci, eski öfkenin çoğunu bıraktı, ancak Jack'in işteki durumu nasıl yönettiğini izlemek istedi. Bir sonraki oturumda onunla görüşmek için bir plan yapıldı.

7. adımda (Soru ve endişelerin kontrol edilmesi) itfaiyeci, eskisi kadar önemli olup olmadığını ve Jack'in (Kendiliğin) tanıştığı insanlar hakkında bir şeyler fark ettiğinde dikkat edip etmeyeceğini merak etti. Jack bunun olacağını garanti etti ve Jack'in bir sonraki seansa kadar günde en az iki kez onunla görüşmesine karar verildi.

Jack'in katettiği mesafe İAS sürecinin bir kesitini göstermektedir. Parçalara tanık olunduğu ve yüklerinden kurtuldukları için, Jack artık rahatsız olduğu öfkeyi deneyimlemedi. Kendisini savunabildi ve kendini genel olarak daha mutlu buldu.

## İAS'NİN EMDR İLE KULLANILMASI

İAS ve EMDR'nin entegrasyonuna daha yakından bakmadan önce, önemli bir nokta aktaracağım. Aile terapisi deneyimimiz sayesinde, terapistlerin dikkatli ve saygıyla girmesi gereken hassas bir ekolojiye sahip içsel aileye dair bir görüş geliştirdik. Diğer güçlü psikoterapi teknikleri gibi EMDR de bazen sistem, onları işlemeye hazır olmadan yöneticileri etkisiz kılarak sürgüne erişebilir. Bu, İAS'nin "ters tepki" dediği, yöneticilerin veya itfaiye-

cilerin kuralları ihlal edildiği için danışanı veya terapistle olan ilişkiyi cezalandırmasıyla sonuçlanır. Ters tepki terapistten uzaklaşan, terapiyi durdurma, duygusuzlaştırma ya da ayrılmakla tehdit eden yöneticilerden, kendini tahrip etme davranışları, intihar düşüncesi, madde ya da alışkanlık bozuklukları ile tepki veren itfaiyecilere kadar değişen tepkilerden oluşabilir. Bize göre bu durum, EMDR işlemesinin bazen işe yaramamasının nedenlerinden biridir ve görünüşte başarılı işlemenin bir tür kendini tahrip etme davranışını izlediği durumları açıklar. Deneyimlerimiz, danışanların parçaları arasındaki ilişki ağını anlayan ve bu içsel ekosistemlerle saygılı ve hassas bir şekilde nasıl çalışacağını bilen EMDR terapistlerinin, EMDR'yi kullanırken, EMDR'yi içsel bölgelerin çeşitliliğine önem vermeden kullananlardan daha büyük başarı ve daha az komplikasyona sahip olacağıdır (Twombly, 2000).

EMDR'nin, geçmişlerinden sahnelere tanık olunan ve parçaların kendiliğinden yükten kurtulduğu birçok danışanda çok benzer bir iyileşme sürecini aktive ettiği görülmektedir. Özellikle, Shapiro'nun (2001) Adaptif Bilgi İşleme Hipotezi "doğuştan fizyolojik olarak bilginin adaptif çözüme dönüştürülmesini ve bilgiyi ruh sağlığı seviyesinde işleme sisteminin var olmasını (s. 54)" belirtir. Böylece EMDR terapistleri, EMDR sürecinin serbest bıraktığı doğuştan gelen fizyolojik şifa sistemine inanır. Benzer şekilde İAS terapistleri, Kendiliğin varlığına ve danışanların içsel sistemlerinin doğuştan gelen iyileştirici bilgeliğine güvenmeyi öğrenirler. Danışanların içsel kaynaklarına güvenmesi ve iyileşme olasılığı, EMDR'nin İAS ile temel bir ortak noktasıdır.

Etkili ve kapsamlı iyileştirici arayışı, birçok klinisyeni EMDR'ye yönlendirmiş ve aynı zamanda birçok klinisyenin İAS'yi öğrenmesine de neden olmuştur. Joanne Twombly, EMDR'yi ego durumu ve disosiyatif bozuklukları olan danışanlarla yoğun bir şekilde çalıştıktan sonra İAS'yi öğrenmeye karar verdi. "Çok sa-

yıda püf nokta bilmesine" ragmen (bir danışanın söylediği gibi), EMDR'nin işe yaramadığı ve işlemenin durduğu ya da işlemenin yüzeysel bir düzeyde kaldığı birkaç danışanla karşılaştı. Ayrıca, her şeyi işlemesine rağmen hâlâ semptomları olan birkaç danışanla çalıştı. EMDR sürecine İAS eklenmesinin son derece yararlı olduğu, bu danışanlarla birlikte kanıtlanmıştır.

İçsel Aile Sistemleri Modeli, EMDR ile ortaklaşa birçok şekilde kullanılabilir. Bazı terapistler her zaman birleştirmeyi seçerken bazıları sadece EMDR ile işlemede bir sorun olduğunda kullanır. İAS, EMDR ile aşağıdaki şekillerde kullanılmıştır:

1. EMDR kullanımına herhangi bir itiraz olup olmadığını kontrol etmek gerekir. EMDR başlatılmadan önce, danışanlara EMDR yapmak için içsel bir itirazları olup olmadığı sorulabilir. Böylece İAS, itirazın nedenlerini ve işlemeye izin vermesi için ne yapılması gerektiğini belirleyebilir. Bu işlem, gerekli kaynakları tanımlamak ve başarısız işleme olasılığını azaltmak için kullanılabilir.

2. İşleme başlamadan önce Kendiliğe erişilir. Kendiliğin nitelikleri (merhamet, merak, vb.) ile başlayarak ikiliğin korunmasını sağlamak avantajlı bir durumdur (Harper, Ortiz ve Radke, 2003). Kendiliğe erişildikten sonra, Kendiliğin varlığı çift yönlü (bilateral) uyarım (BLS) ile güçlendirilebilir ve pekiştirilebilir. Örneğin, bir danışan Kendiliğinde daha net düşünüp daha iyi anlayabildiğini belirtti ve hissettiği şeyi "temizlik" olarak tanımladı. Danışanı EMDR tedavisine hazırlamak için İAS'yi kullanmak, Kendilik ve parçalar arasındaki ilişkiyi güçlendirebilir ve EMDR tedavisini daha sorunsuz hale getirebilir (J. Britta, personal communication, September 26, 2005 ).

3. Sürgünün travmaları ve sürgünün yükleri EMDR ile

işlenirken, bazen Kendiliğin ve bir veya daha fazla yöneticinin gözlemlenmesini sağlamak faydalı olabilir. Eğer yönetici materyal veya hislerden çok rahatsız olursa, Kendilik yöneticiden normalde İAS'de olduğu gibi biraz daha geri çekilmesini ister (N. Robinson, LICSW, personal communication to J. Twombly, September 26, 2005).

4. Parçaların tanımlanmasında zorluk varsa BLS, disosiyatif bozuklukları olan danışanlarda parçalar arasında özdeşimi ve iletişimi kolaylaştırabilir (Twombly, 2005).

5. Çıkmaz bir döngüye girildiğinde, İAS ile bilgilendirme ve bilişsel birleşim sıklıkla kullanılabilir. Danışanı, "İşlemi engelleyen parçaya geri adım atmasını isteyin." diye yönlendirerek müdahale etmek etkili bir şekilde kullanılabilir. İAS, bazı endişeleri olan ve işleme izin vermeyen yöneticileri tanımlamak için de kullanılabilir (D. Korn, personal communication, September 9, 2005).

6. Sonrasında dışa vurumu gerçekleşen başarılı bir EMDR seansı gerçekleştirildiğinde, itfaiyecinin çalışmasının altında yatan nedeni araştırın. Örneğin Joanne Twombly'nin, iyi gittiğini düşündüğü bir seanstan sonra danışan sonraki üç günü internette sörf yaparak ve aşırı yemek yiyerek geçirdiğini bildirdi. İAS kullanarak işlenen hedefin bir yöneticinin rahatlamasına neden olduğu ve bu noktada iki sürgünün etkinleştirildiği keşfedildi. Başka bir yönetici sürgünleri sakinleştirmenin bir yolu olarak internette sörfü ve yemeği kullandı.

7. Görünüşte belirgin olmayan hedefleri belirlemek. Örneğin çok başarılı EMDR işlemelerinden sonra, bir kadın tedaviyi tamamladığını hissetti, fakat bazı somatik semptomları mevcuttu. İAS başlatıldı ve sürgünü tutmak için somatik belirtileri kullanan bir yönetici bulundu. Bu sürgün,

erken dönem ihmali ve terk edilmenin etkisiyle yüklendi. Yöneticinin endişeleri duyulduğunda ve yönetici geçmişten alındığında, terk edilme ve ihmali işleme için EMDR kullanıldı. Bu durum somatik semptomların önemli ölçüde azalmasına neden oldu.

8. Yük boşaltma işlemi, EMDR travma işlemesi ile birlikte kullanılabilir. Örneğin, kronik ve şiddetli çocuk istismarı öyküsü olan bir erkek, EMDR'yi özellikle kötü bir travmayı hedefleyene kadar başarıyla kullandı. Yöneticiler, travma bir mahzene kapatılana kadar işleme izin vermeyi reddetti ve tek seferde travmanın sadece yüzde 10'una erişilebiliyordu. Bu küçük bölüm bile EMDR ile işlemenin, İAS'de yük boşaltma ile birleştirileceği kararlaştırılana kadar yöneticilere çok büyük görünüyordu.

9. Tamamlanmamış bir oturumu tamamlamak için İAS, işlenmemiş travmatik materyali kontrol altına almaya yardımcı olabilecek parçaları tanımlamak ve kendini güvende hissetmeyen veya ekstra desteğe ihtiyaç duyan diğerlerine yardım etmeye istekli olan parçaları belirlemek için kullanılabilir (Harper ve ark. 2003). Örneğin, parçalara bir sonraki seansa kadar işlenmemiş malzeme içermek isteyip istemedikleri sorulabilir. Ayrıca oturumlar arasında hangi parçaların Kendiliğe ihtiyaç duyduğunu sormak da yardımcı olur. Çoğu zaman Kendiliğin her gün parçaları kontrol etmeyi, sorularını cevaplamayı veya sadece ilgi göstermeyi kabul etmesi yardımcı olur.

10. Tamamlanmış bir EMDR işlemesinden sonra, parçaların kaygılarını ve sorularını kontrol etmek. İAS oturumlarının sonunda, sürgünlerle çalışma izni veren yöneticilere ve itfaiyecilere süreçle ilgili herhangi bir endişeleri veya soruları

olup olmadığı sorulur (Schwartz, 1995). İAS ve EMDR'yi birleştiren terapistler, endişeleri ve soruları olup olmadığını görmek için parçaları tekrardan kontrol edebilirler. Parçalar bazen yeni işlere ihtiyaç duyar ya da işleme eski ilişkiyi değiştirirken şimdiki dünyayla nasıl bağlantı kuracakları ile ilgili soruları olabilir. Örneğin, başarılı EMDR işleminden sonraki gün bir danışan, seansından bu yana iyi ama tamamen verimsiz olduğunu bildirdi. Bir sürgünün çok daha iyi hissettiği ve onu korumak için çok çalışan yöneticinin artık bir işten çıktığı için ne yapacağını bilmediği ortaya çıktı. Seans bitmeden önce bu yöneticiyle görüşmek bu sorunu önleyecektir.

11. EMDR'nin çalışmadığı, ancak İAS'yi etkin bir şekilde kullanabilen bir danışan alt kümesi var gibi görünüyor. Bu danışanlar genellikle, danışanın korunması için hizmet veren birçok yöneticiye sahiptir. Bu yöneticiler tüm girişimleri etkin bir şekilde durdurur. Yöneticilerle bağlantı kurmak ve müzakere etmek için İAS kullanıldıktan sonra kalan hedefleri temizlemek için EMDR kullanılabilir.

Aşağıdaki karmaşık vaka çalışması, EMDR işlemeyi kolaylaştırmak için İAS kullanımını açıklığa kavuşturacaktır.

## LUCY: JOANNE TWOMBLY'NİN KÖTÜYE KULLANILMA VE İHMAL ANILARINI ÇÖZMEK İÇİN İAS VE EMDR'Yİ KULLANMASI

Lucy, uzun süreli ihmal, duygusal ve cinsel istismar öyküsü olan otuz yedi yaşında bir kadındı. On beş yıllık terapisti onu EMDR için bana yönlendirerek danışanın çok ilerleme kaydettiğini, ancak ilişki sorunları, işteki zorluklar ve kısa süreli madde kötüye kullanımı da dâhil olmak üzere çeşitli konularda takılı kaldığını bildirdi. Lucy terapistin değerlendirmesine katıldı.

Güvenli alan kaynağı geliştirildi (Twombly, 2001, 2005) ve hedefler belirlendi.

Lucy ilk EMDR hedefini işlemeye başladığında, mevcut olan duygulanımlar ortadan kayboldu ve işleme hemen durdu. Kognitif müdahaleler, engellenen inançları keşfetme ve hedefe geri dönme de dâhil olmak üzere bir dizi stratejiyi denedim. İAS'nin basitleştirilmiş bir açıklamasını yaptım: "Herkesin parçaları var ve parçalarımız hem bizi korumak hem de çözülmemiş duyguları tutmak için kurulu. Görünüşe göre bir parçanız, EMDR yaparken bizimle aynı fikirde değil. Sizin için uygunsa bunun bedeninizin neresinde olduğunu hissetmenizi istiyorum. Duygularınızın engellendiğini hissedin ve o kısmınıza rahatlamak ve yanınızda olmasını isteyip istemediğini sorun; böylece ne olduğunu anlayabiliriz."

Lucy kafasındaki her şeyin yüksek sesle "Hayır!" dediğini söyledi. Lucy'den o parçaya, parçanın rahatlatması halinde ne olacağını düşündüğünü söylemesini istedim. Parça, herhangi bir duygudan kurtulursa, kimsenin onun ne kadar yaralandığını hatırlayamayacağını veya ona inanmayacağını açıkladı. Parçanın işlevi, duygulara sıkı sıkıya sarılmaktı, bu da işlemeyi durdurdu. Lucy'den, parçaya, izni olmadan herhangi bir EMDR işlemi yapamayacağımızı söylemesini istedim. Bu koşul sağlandığında, parçanın tekrar rahatlayıp birkaç dakika boyunca ondan uzaklaşıp uzaklaşamayacağı soruldu, bu da bir şeyleri çözmemize yardımcı olacaktı. Parçaya, tehlikeli bir şey olacağını hissederse, hemen içeri girebileceğine dair güvence verildi. Bu anlayışla, parça Lucy'nin yanında olmaya istekliydi ve Lucy'nin Kendiliğine erişmeye başlamasına izin verdi.

Sonra Lucy'ye bu parçayı nasıl gördüğünü sordum. Parçayı, ne olursa olsun pes etmeyecek inatçı küçük bir kız olarak gör-

düğünü söyledi. Lucy'ye, parçaya karşı nasıl hissettiğini sordum, "Engellenmiş, çünkü yapmam gerekeni yapmama izin vermeyecek!" dedi. Lucy'den dikkatini vücudunda engellendiğini hissettiği yere çevirmesini istedim ve o kısma geri çekilip engelleme yapan parçayla çalışmasına izin verip vermeyeceğini sordum. Engellenen parça geri adım attığında Lucy parçaya doğru dönüp ona dayanıklılığından dolayı minnettar olduğunu ve çok çalışmak zorunda olduğu için de üzgün olduğunu belirtti. Danışanın üzüntü ve merhamet hissetmesi ve engelleyici parçasına minnettar olması Kendiliğin varlığını gösterdi. Daha sonra Lucy'den parçanın ne kadar çok çalıştığının farkında olduğunu ve ona ne kadar minnettar olduğunu parçanın da bilmesine izin vermesini istedim. Bunu yaparken, parça rahatlamaya başladı.

Tanıklık, Lucy'nin parçasından, geçmiş hakkında bilmesini istediği her şeyi ona söylemesini isteyerek başlatıldı. Parça, Lucy'ye her zaman kötü şeylerin olduğunu hatırlattı. Ebeveynlerinin "tamamen unuttuğunu" ve ona bir şeyler uyduruyormuş gibi davrandıklarını söyledi. Küçük bir kız olarak bunları asla unutmayacağına dair söz verdi ve engelleyici parça, işinin duygularını korumak olduğunu söyledi, çünkü onları kaybederse kanıt olmayacaktı. Lucy'ye, eğer onun için de mantıklıysa, engelleyici parçanın eski duyguların kaybını engellemeye devam edebileceğini söyledim. Mantıklı olduğunu kabul etti ve parçanın bunu bilmesine izin verdi, ancak kaygılı ve depresif hissetmekten bıktığını itiraf etti.

Parçaya, istediğimiz tek şeyin acı veren depolanmış duyguların yüklerinin boşaltılması olduğunu fark etmesi için, danışan/*Kendilik* yoluyla psikoeğitim sağlandı. Onlardan kurtulmak onun daha fazla enerjiye sahip olmasına ve daha iyi hissetmesine yardımcı olacaktı. Yaşananlarla ilgili olarak neler olduğu ve ne kadar korkunç olduğu hakkında önemli bilgilerden kesinlikle

kurtulmayacağız. Parça, duygularını tutmaktan yorulduğunu ve hepsi olmadan biraz dinlenebileceğini ve işinin daha kolay olacağını kabul etti.

Parça, bu güvence ile EMDR işlemesini kabul etti. Sonra Lucy'den EMDR yapılması için başka itiraz olup olmadığını parçalara sormasını istedim. İtiraz olmadı ve EMDR işleme başladı. Bu kez işleme devam etti ve ilk hedef temizlendi.

Birkaç seanstan sonra, Lucy'nin, annesi tarafından fiziksel istismara uğramasıyla ilgili hedefler üzerinde çalışırken işleme tekrar durdu. Lucy'den işlemeyi engelleyen parçayı ayarlamasını istedim. Hiçbir işleme yapılmayacağına dair güvence ile, parça "onun yanında durmaya" istekliydi. Böylece Lucy bu engelleyici parça hakkında daha fazla bilgi edinebildi. Ona, parçaya karşı ne hissettiği soruldu ve ondan korktuğunu söyledi. Bu korku, Kendiliğin korkuyu tutan en az bir başka parçayla karıştığını gösterdi. Lucy'den vücudundaki korkuyu nerede hissettiğini düşünmesini ve bu parçaya, geri çekilip engelleyen parçayla çalışmasına izin verip vermeyeceğini sormasını istedim Korku parçası, Kendiliğin onunla çalışmayı kabul etmesine kadar reddetti. Korku parçası rahatladığında ve Lucy'den ayrıldıktan sonra, ona karşı şefkat hissedebilirdi (Kendiliğin varlığını gösterir). Bunu parçayla konuştu ve parça rahatlamaya başladı.

Parça, travmatik malzemeye erişilip üzerinde çalışılırsa, onunla ilgilenen tek ebeveyn olan annesine karşı olan sevgisini ve bağını kaybedeceğinden korktuğunu açıkladı. Bu parça geçmişte yaşıyordu ve annesine olan sevgi ve bağlantı olmadan ölebileceğini hissetti. Yine bu bilgi Lucy için anlamlıydı. Parça için anlayış ve merhametinin yanı sıra dinlemek için istekli olması, Lucy'nin onu geçmişten almasına ve bugüne getirmesine izin vermek için gerekli olan güven ve bağlantıyı yarattı. Parçanın

geri getirilmesi parçanın şimdiki zamanda Lucy'ye bağlanmasına izin verdi. Bu, parçanın annesiyle olan geçmiş disfonksiyonel ilişkisinden ayrılmasını sağladı.

Parça geri getirildikten sonra, Lucy'ye kendisinin veya başka herhangi bir parçanın EMDR işlemine devam etme konusunda endişeleri olup olmadığını sordum. İki endişe dile getirildi. Birincisi, duygulanımların çoğunu engelleyen parçanın, tüm materyalin işlenmesi durumunda yok olacağından kaygı duymasıydı. İkincisi, travmatik materyalin yükünü taşıyan parçanın sürecin çok yoğun ve ezici olacağından korkmasıydı. Lucy aracılığıyla, hiç kimsenin travmatik bir materyalle doğmadığı, bazı parçaların ve insanların koşulların bir sonucu olarak ona sıkışıp kaldığı söylendi. Bazen bir parça, parça için olan her şeyin travmatik bir materyal olduğunu düşünebilir, ancak bu doğru değildir! Bu açıklama, işleme izin vermesi için yeterli olmamasına rağmen parçayı kısmen rahatlattı. Travmatik materyalin bir mahzene yerleştirilmesi ve tek seferde yüzde 10 işlenmesi üzerine anlaştıktan sonra işleme devam edildi.

Lucy, madde kullanımının arttığını bildiren bir seansa geldiğinde, İAS tekrar kullanıldı. Bu durumda, EMDR yapılırken acı verici duygulanımlara erişimi açtığından dolayı bir itfaiyeci aktif hale gelmişti. Bu parça, alkolü "bir şeyleri hissizleştirmek" için kullandı ve dengenin bozulmasına izin verdiği için terapiste kızgındı. Bu oturumdan sonra İAS, her oturumun sonunda herhangi bir soru, endişe veya yorum olup olmadığını görmek için, parçaları kontrol amacıyla kullanıldı. Bu, seans sonrası sorunları önlemek için, hem tamamlanmamış hem de tamamlanmış işlemeden sonra yapıldı.

Bu vaka, bir yöneticinin endişeleri giderilene kadar EMDR işlemeyi nasıl engellediğine iyi bir örnektir. İAS'nin EMDR'ye

eklenmesi danışanın, tedavisini başarıyla tamamlamasını sağladı.

EMDR ve İAS'nin her birinin, birçok danışanın iyileşmesine yardımcı olan güçlü, kapsamlı bir tedavi yöntemi olduğu açıktır. Birçok EMDR terapisti, İAS'nin dâhil edilmesinin EMDR işlemeyi kolaylaştırabileceğini düşünürken, bazı İAS terapistleri EMDR'nin İAS ile yapılan çalışmalarına yardım ettiğini bildirmiştir. Zihinsel çeşitlilik, karmaşık bir nakıştaki dokuma ipliklerine benzemektedir. Terapistler için zorluk, tüm sistemi iyileştirebilecek çok boyutlu parçaları açıklayabilecek bu nakışın birbirinden ayrılmasıdır. Bunu yapmanın bir yolu, EMDR ve İAS'nin birlikte kullanılmasıdır.

Birçok soru hâlâ cevaplandırılmaya devam ediyor. Örneğin, EMDR veya İAS'nin tek tedavi yöntemi olacağı durumlar veya danışan popülasyonları var mı? Eğer öyleyse bunlar ne? Bir yöntem diğerinin yapmadığı bir şey mi yapıyor, yoksa ideal olan ikisinin kombinasyonu mu? Bu sorular, her iki yöntemde de çalışan terapistler için odak olmaya devam edecektir.

İçsel Aile Sistemleri Psikoterapi Modeli hakkında daha fazla bilgi için şu adresteki Özliderlik Merkezini ziyaret edin: http://www.selfleader ship.org/

## Kaynaklar

Harper, J., Ortiz, T., & Radke, M. (2003, August). *Expanding the IFS frontier through EMDR.* Workshop presented at the Internal Family Systems Twelfth Annual Confer-ence, Mundelein, IL.

Schwartz, R. C. (1995). *Internal Family Systems therapy.* New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptati-

ons into the treat-ment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissocia-tion, 1*(2), 61–81.

Twombly, J. H. (2001, December). Safe place imagery: Handling intrusive thoughts and feelings. *EMDRIA Newsletter* [Special edition] 35–38.

Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 88–120). New York: Norton.

*Çev: Ece Büşra Ziya*

# BÖLÜM 10

# EMDR VE EGO DURUM TERAPİLERİNİN İŞ BİRLİKÇİ TEDAVİDE UYGULANMASI

**Carol Forgash**

## GİRİŞ: İLERLEME GÖSTERMEYEN TEDAVİLERİ İŞ BİRLİKÇİ TERAPİ İLE DEVAM ETTİRME

Birçok terapist terapinin olumlu gidişatını engelleyen, ilerleme göstermeyen tedavilere aşinadır. Bu tedaviler, terapiyi çıkmaza sokar ve görülebilir düzeyde olumsuz terapötik etkilere yol açar. Danışanlarının terapi sürecindeki ilerlemesine ve iyi hallerini sürdürmesine hassasiyetle dikkat gösteren terapistler, terapi sürecinde danışanlarının duygusal ve fonksiyonel değişimlerine karşı dikkatlidirler. Bu değişimler terapi sürecinde yeni ihtiyaçların ve bu ihtiyaçlara dayalı yeni metotların kullanılmasını gerektirebilir. Bu durum özellikle travma tedavilerinde oldukça sık görülür. Travma tedavisi sürecinde danışan geçmiş travmalarına dair farkındalık geliştirir ve bu farkındalık da yeni semptomlarım ortaya çıkmasına ve dolayısıyla hem terapist hem de danışan için var olan terapi düzeninin bozulmasına sebep olabilir. Bu

süreç doğru ve etkili şekilde ele alınmadığı takdirde terapötik ilişkinin bozulmasına neden olabilir.

Bu süreçte, gerekli olan özelleşmiş travma tedavisi eğitimi almamış bir terapist, yeni semptomlar karşısında ve travmadan kaynaklı olarak bozulan sabit düzeni kontrol etmede kendini yetersiz hissedebilir. Terapistin iç görüsünü ve teknik becerilerini zorlayan bu süreç, günümüz toplumunda travmanın birçok yerde ve sık sık görülmesinden kaynaklı olarak beklenenden daha sık gerçekleşebilir.

Dolayısıyla, bütün bu sebeplerden ötürü terapist, danışanın özelleşen ve terapistin uzmanlık alanı dışında kalan ihtiyaçlarını karşılamak için iş birlikçi terapiye yönelebilir. İş birlikçi terapi danışanın eş zamanlı olarak iki terapist tarafından tedavi edilmesidir. Bu terapistler ana terapist ve belli bir alanda uzmanlaşmış, terapinin özel durumlarına tamamlayıcı tedavi sunan bir diğer terapisttir. Tamamlayıcı terapi belirli bir zaman ile sınırlıdır ve danışan ana terapistiyle çalışmaya, tamamlayıcı terapi sürecinde ve sonrasında da devam eder.

Kitabın bu bölümünde iş birlikçi terapi modelinin, bir uzman tarafından, kendi terapilerine ek olarak EMDR ve ego durum terapisi alan danışanlarda uygulanma süreci açıklanmaktadır. EMDR ve ego durum terapi uzmanları ana terapistlere yerinde sayan, ilerlemeyen terapilerinde yardımcı olmayı ve ana terapist tarafından verilen terapinin verimliliğini arttırmayı amaçlamaktadırlar.

Bu bölümde, terapi sürecinde probleme sebep olabilecek durumları ve EMDR-ego durum terapilerinin iş birlikçi terapi içerisinde nasıl uygulandığını örnek danışanlar üzerinden inceleyeceğiz. Ana terapist ile etkili çalışma ilişkisi kurabilme ve ikili ilişkilerden kaynaklanabilecek problemlerden uzak durabilme

üzerine de örnekler üzerinden detaylı incelemeler yapılacaktır. Burada yer alan vaka analizi terapinin her aşamasını, ana terapistle ilk tanışmadan ek terapinin sonuna kadar olan süreci detaylıca incelemektedir.

## SARA: YERİNDE SAYAN, DÜZELTİLME İHTİYACI OLAN TEDAVİ

Laurel Roberts, Suffolk ülkesi, Long Island'da madde kullanımı ve depresyon alanlarında uzmanlaşmış bir psikoterapisttir. Laurel kendisini 35 yaşında, depresyon teşhisi almış olan danışanı Doktor Sara ile olan terapisinde çıkmaza girmiş bulur. Bir buçuk yıldır başarıyla devam etmekte olan terapileri son zamanlarda eski etkinliğini kaybetmektedir. Sara'nın depresyonu ve anksiyetesi son zamanlarda gittikçe kötüleşmiştir ve Sara çocukluk travmasına dair anılardan oluşan kâbuslardan acı çekmekte; bir doktor, bir eş ve bir anne olarak sahip olduğu sorumluluklarla başa çıkmakta zorlanmaktadır. Laurel danışanının fonksiyonelliğindeki düşüşü anlamakta ve bu süreci tersine çevirmek için uygulaması gereken stratejileri bulmakta güçlük çekmektedir. Sonraki süreçte, Laurel katıldığı EMDR konferansı sonrasında benimle EMDR tedavisinin Sara'ya yardımcı olup olmayacağını anlamak için iletişime geçti ve danışanının kısa hayat öyküsünü ve terapi sürecini benimle paylaştı.

Sara altı ve üç yaşlarında ve 18 aylık üç çocuk annesidir. Son çocuğunun doğumundan sonra doğum sonrası depresyonu ve yaygın kaygı bozukluğu tedavisi için terapiye başlamıştır. Terapisinin ilk bir senesinde oldukça iyi gelişme kaydetmesine rağmen EMDR terapisine yönlendirilmesinden önceki son 3 ayda Sara, terapiye başlamasına sebep olan semptomları tekrar yaşamaya başlamış ve bu süreçte genel olarak yorgun ve durgun görülmek-

le birlikte önceki enerjik tutumundan tamamen farklı olarak çok az duygu göstermeye başlamıştır.

Sara, kaotik bir aile ortamında büyümüş ve sıklıkla ebeveynlerinin sözel ve fiziksel olarak tartışmalarına maruz kalmıştı. Aile içinde devam eden yüzleşmeler uzun süreli ve dramatik bir özellik göstermekte ve Sara babasının öfkesiyle ve yerici eleştirileriyle baş etmek durumunda kalmaktaydı. Çocukluğuna dair bu olumsuz anıları yetişkin hayatında yer yer hatırlamasına rağmen onların çok da önemli olduğunu düşünmeyen Sara, aynı zamanda eski aile ilişkilerinin yetişkin yaşamındaki ilişkilerinde yaşadığı zorlukları etkilediğine dair bir farkındalık içinde değildi. Ancak her ne kadar Sara farkında olmasa da bu olumsuz çocukluk anıları şimdiki ilişkileri üzerinde tartışmasız bir etki sahibiydi. Sara'nın kâbusları onu bir çocuk olarak çok korkutmuş olan aile içi şiddete dair görüntüler içermekteydi. Kâbuslardan kaynaklı bozulan uyku düzeni Sara'yı yorgun düşürmekte ve günlük hayatında devamlı aklına gelen bu görüntüler işine odaklanmasına engel olmaktaydı.

Kâbusların devam ettiği süre boyunca Laurel Sara'nın kendilik algısında bir değişiklik olduğunu fark etmişti. Sara, değersizlik hissi içinde bulunduğunu ifade ediyor ve çocukluk zamanına dönüşü ifade eden cümleler kuruyordu: "Kendimi ufacık hissediyorum." ve "Kendimi bazen küçük bir çocuk gibi hissediyorum." cümleleri bu duruma örnektir. Benim bu durumdaki hipotezim; Sara'nın travmatik anılarında yer alan, ona kötü davranan babasının ve aile içinde süregelen şiddete dayalı ilişkinin onun çocukluk ego durumunda yarattığı korku, çaresizlik ve düşük özdeğer yargılarını tekrar tekrar yaşamasıdır. Sara, bu anıları nötralize etmekte ve o anda (ve çocukluğunda) parçalanmış, anlamlı bir bütün haline gelememiş anıları birleştirmekte güçlük çektiği için disosiyasyon gibi travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermekteydi. Ay-

rıca rüyalarında tekrar tekrar geçmişe dönmenin ağırlığı altında ezilen Sara, kendini duygusal olarak kapatmaya başlamıştı. Sara, yıkılmaktan, çökmekten korkmaktaydı ve bu korkusu bu şartlar altında gayet anlaşılabilir bir özellikteydi.

Laurel Roberts, çocukluk travmalarından kaynaklanan travma sonrası stres bozukluğu üzerine deneyim sahibi olmadığı için bu süreçte Sara'ya yardımcı olamadığını hissetmekteydi. Travmatik materyal üzerinde çalışmaya başlamadan önce danışanına sağlaması gerekli olan duygu sınırlama ve stres yönetimi tekniklerine aşina değildi. Ayrıca disosiyasyon fenomenini anlamada, ego durumlarını fark edip bunlara etkin cevaplar vermekte yetersiz kalmaktaydı.

Laurel, Sara'nın majör travmalarını çözebilecek bir tedavi almadığı müddetçe danışanının şu an içinde bulunduğu gerilemiş durumda kalmasından korkuyordu. Bu sebeple benimle iletişime geçip Sara'nın bir yandan kendisiyle, yani ana terapistiyle terapisine devam ederken bir yandan da benimle EMDR ve ego durum terapisi görerek travmaları üzerine çalışacağı bir iş birlikçi terapiden fayda görüp görmeyeceğini öğrenmek istedi.

## ÖZELLEŞTİRİLMİŞ EMDR TEDAVİSİNİN İŞ BİRLİKÇİ TERAPİDE KULLANILMASI

Sara Laurel ile köklü bir terepötik ilişki kurmuştu ve bu ilişki 15 aylık bir süreç içinde başarılı bir ilerleme kaydetmelerini sağlamıştı. Açıkça görülmektedir ki Laurel Sara ile etkin bir şekilde çalışmaya ve danışanın iyi halini sürdürmeye kendisini adamaktadır, ancak Sara'nın son zamanlarda baş etmek durumunda kaldığı güçlükler özel bir tedavi yöntemi gerektirmekte ve bu tedavi ana terapistinin aldığı eğitimi aşmaktadır. Böyle vakalarda iş birliği içeren tedavi modeli özelleşmiş bir terapi olan

EMDR gibi terapileri danışana sunarak son derece güçlü bir terapi modelini ortaya koymaktadır. Böylelikle danışan güvenli bir ilişki kurduğu ana terapistiyle çalışmaya devam ederken EMDR uygulayıcısından da ek bir terapi alabilir.

Eş zamanlı tedaviler uzun zamandan beri psikoterapistler tarafından danışanlarını psikiyatristlere değerlendirme için yönlendirmede, özel grup terapilerine ve çift terapilerine yönlendirmelerde kullanılmaktadır (Bradley, 1990; Lustig, Smrz, Sladen, Sellers, & Hellman, 2000). EMDR terapisi içeren iş birlikçi terapi diğerlerine göre daha yeni bir yaklaşım olsa da yakın zamandaki araştırmalar tarafından etkinliği desteklenmektedir (Forgash, 1997; Lovett, 1999).

EMDR ve ego durum terapisi üzerine eğitim almış ve yirmi yılı aşkın süre boyunca TSSB, disosiyasyon ve II. Axis bozuklukları yaşayan danışanları tedavi etmiş bir klinik tedavi uzmanı olarak, sık sık Sara gibi danışanlar bana danışma ve bir iş birliği içeren olası tedavi için yönlendirilmektedir. Klinisyenler genellikle geleneksel tedaviden fayda görmeyen veya terapistin uzmanlığı dışında kalan semptomlar gösteren danışanlarını yönlendirmeyi tercih etmektedirler. Ana terapistler, EMDR uzmanlarının yardımını problemli buldukları birçok durumda tercih edebilirler: Panik bozukluklar, erken veya yakın zamanda gerçekleşmiş travmalar, çocuklukta yaşanan suistimal gibi durumlar, madde kullanımı ve diğer kompulsif bozukluklar, uzun süreli depresyon, psiko-somatik bozukluklar, kişilik bozuklukları, TSSB, disosiyasyon bozuklukları, performans anksiyetesi ve fobiler bunlara örnek teşkil edebilir (Forgash, 1997). Birçok terapist aynı zamanda kanser, AIDS, lupus, parkinson hastalığı ve ölümcül hastalıklar gibi ciddi tıbbi hastalığı olan kişileri tedavi etmekte yeterli eğitim sahibi değildir. Bu hastalıklar danışan için travmatik bir özellik taşır ve bu sebeple terapi sürecinde danışa-

na hastalıkla başa çıkabilme konusunda ve hastalığın yarattığı kısıtlamalardan kaynaklanan korkularla ve ölüm korkusuyla çalışabilmesinde yardımcı olunmalıdır.

Travmatoloji alanı çocuklukta yaşanan cinsel istismar, savaş, yangın, hortum gibi doğal afetler, erken yaşta birincil bakıcıyı kaybetme ve kazalar gibi hayatımızda derin etkiler bırakan olayları anlamada etkili olmuştur. Bu majör travmalar, büyük-T travmalar olarak da bilinir (Shapiro, 2001), genellikle TSSB ve disosiyasyon bozukluklarına neden olabilmektedirler (Herman, 1992; Shapiro &Forrest, 1997; van der Kolk & van der Hart, 1991). Ayrıca, klinik uygulama sürecinde popülasyonun büyük bir kısmının da "küçük-t" travmalar olarak geçen (Shapiro,2001) travmaların birikmesinden kaynaklanan ve kişinin fonksiyonelliğini olumsuz etkileyen daha küçük travmalardan problem yaşadığı aşikârdır. Bu travmalara örnek olarak çocuklukta aralıklı olarak tekrarlanmış duygusal ilgisizlik veya duygusal istismar, okulda yaşıtları tarafından uygulanan zorbalığa maruz kalma gibi olumsuz çocukluk deneyimleri, kronik iş problemleri ve süregelen maddi sıkıntılar verilebilir. Büyük-T travmaları gibi bu küçük travmalar da olumsuz anılar olarak zihinde depolanır ve olumsuz duygusal ve fiziksel bağlantıları vardır.

Travma terapisine ihtiyaç duyan çok sayıda danışan olmasına rağmen EMDR ve ego durum terapisi eğitimi alan uzman sayısı oldukça azdır. Iş birlikçi terapi modeli az sayıdaki EMDR eğitimli klinisyenin etkili bir şekilde daha çok danışana ulaşabilmesini sağlar. Ana klinisyen danışanın o anki problemlerini tedavi etmede etkili olurken, EMDR ve ego durum terapilerinin sürece eklenmesi ile de terapide var olan yöntemlerle ulaşılamayacak veya çok daha uzun sürede ulaşılabilecek travma çözümlenmesi başarılı bir şekilde gerçekleştirilir. EMDR ile tedavi edilen danışan duygularını kontrol etmede ve üzerinde ezici bir

etkisi olan geçmiş imgelerle baş etmede kendini geliştirir. Strese sebep olan bu ve bunun gibi durumların azalması ile danışanın var olan terapiden aldığı fayda artarken tedavinin süresi de kısalabilir (Forgash, 1997,2005).

## DANIŞANLAR İÇİN YENİ BİR DENEYİM: İŞ BİRLİKÇİ TERAPİNİN FAYDALARI VE SONUÇLARI

EMDR ve ego durum terapilerinin entegresi ile iş birlikçi tedavi modeli içerisinde tedavi ettiğim ortalama 20 danışanımın birçoğu bu yaklaşımın kendileri için yeni bir deneyim olduğunu, bu yaklaşımın belirgin bir şekilde daha önceden aldıkları terapiden farklı olduğunu ve bakış açılarını, inançlarını ve ilişki anlayışlarını değiştirdiğini ifade etmiştir.

Değişen bakış açıları özellikle ana terapistlerini farklı bir açıdan değerlendirmelerinden kaynaklanmaktaydı. Terapistin, danışanın tüm ihtiyaçlarını karşılayan tek kişi veya danışana yardımcı olacak tek kaynak olmadığı anlaşıldığında terapistin insani yönü daha çok ortaya çıkmış bulunmaktadır. Terapist tarafından terk edilmiş hissetmek yerine danışan, kendi özel ihtiyaçlarına gösterilen özen ile ekstra, özelleşmiş bir terapi önerisi aldığını ve kendisine uyumlu olacak bu teklifin, içinde büyüdüğü, fonksiyonel olmayan aile ortamında daha önce deneyimlemediği bir durum olduğunu fark etmektedir. Terapötik üçgen modeli danışan için, sırlar olmayan açık iletişime dayalı, gücün taraflar tarafından paylaşıldığı ve danışana karşı ilgi gösterilen iş birliğine dayalı bir ilişkidir. Bu deneyim danışanın fonksiyonel olmayan aile ilişkilerinden oldukça farklı bir deneyimdir. Ebeveynlerin sahip olduğu gücü suistimal etmelerinden kaynaklanan, otorite figürüne karşı güvensizlik bu süreçte yeni bir ilişki anlayışına dönüşür. Bu yeni

ilişki anlayışı tarafların ihtiyaçlarını ve amaçlarını verimli ve yeterli şekilde karşılayabileceği bir ortama ev sahipliği yapar (Gold, 2000).

Travma hikâyesi olan birçok danışan bağlanma ve terk edilme üzerine problemler yaşamaktadır. Bu problemler, var olan terapi, etkinlik konusunda tıkandığında kötüleşebilir ve danışan terapötik ilişkinin bozulmakta olduğunu hissedebilir. Terapist bu durumda EMDR terapisti ile gerçekleşecek iş birliğinin amacının danışanın olumlu değişimini sürdürmek olduğunu danışanla paylaşmalı ve var olan terapinin bu süreçte ve özelleştirilmiş terapinin bitiminden sonra da devam edeceğini netleştirmelidir. Böylelikle danışan kurulan ilişkinin devamlılığını, çıkabilecek problemlere rağmen deneyimlemeye devam edebilir: Terapist danışandan vazgeçmemekte aksine tedavinin iyileşmesi ve devam etmesi için imkân tanımaktadır.

İş birlikçi terapi modelinin ikili formatı birçok danışana hitap etmektedir. Önceden hedeflenmiş problemler EMDR ve ego durum terapisinde çözümlenirken danışan her iki terapi ortamında kazandığı yeni becerileri uygulama imkânı elde eder. İki terapi ortamı birbirini tamamlar ve destekler. Özelleştirilmiş terapi ortamında danışan spesifik problemlerine ve ego durumlarına odaklanırken bir yandan da ana terapisti ile duygularını, rüyalarını vb. keşfetmeye devam eder. Bu keşifler daha sonra EMDR çalışması için yeni hedeflerin belirlenmesine yardımcı olabilir. EMDR ve ego durum çalışmalarından yeni problemler, anılar, vücut hisleri ortaya çıkabilir ve bu yeni meseleler her iki terapistin de artan bir ilgi ile yönelebileceği yeni alanlar ortaya çıkarır. Danışanlar süregelen güvenli ve alışıldık ana terapilerine devam ederken aynı zamanda yeni EMDR ve ego durum çalışmalarının içinde bulunmaktan memnundurlar. Bu süregelen güvenlilik ve ekstra destek ve cesaretlendirme özellikle güven problemi yaşayan danışanlar için oldukça önemlidir.

İş birlikçi terapi anlayışı bireysel yetkelenme için yeni bir model sunmaktadır. Danışan merkezli bir anlayış içeren EMDR protokolü danışanın terapi sürecinde kayda değer bir kontrole sahip olabilmesi için birçok olanak sağlamaktadır. Göz hareketlerinin, ses tonlarının, dokunsal uyarı setlerinin süresi üzerinde ve hangi travmatik olaylarla veya durumlarla çalışılacağı ve hedeflerin belirlenmesi üzerinde söz sahibi olabilmek bu imkânlara örnektir. Ana terapistin danışanın EMDR deneyimine olan ilgisi ve bu deneyimleri destekliyor olması danışan için de güçlendirici bir etkendir. Başarılı deneyimler sayesinde ego durum sisteminde ustalık hissi ve içsel güven hissi artar.

Danışan için oldukça belirgin olan bakış açısındaki, inançlarındaki ve ilişki anlayışındaki değişimlere ek olarak EMDR ve ego durumun entegre tedavisi, ego durum sistemine ve travmaya olan tepkide derin içsel değişimlere yol açar. Aile sistemleri yaklaşımı (hem tedavi üçgeninin hem de içsel aile sisteminin referans alındığı yaklaşım) ego durum terapilerinde kullanılabilir ve böylelikle içsel sistem çelişen ve iş birliği içinde olmayan modelden fonksiyonel olarak o anki deneyime uyum sağlayan yeni bir yaklaşıma evrilir (Watkins & Watkins, 1997). EMDR protokolünde yer alan uzatılmış, travmayı işlemeye yönelik hazırlık disosiye olan danışanlar için oldukça önemlidir (Parnell, 2007; Paulsen, 1995; Phillips, 1993). Bu hazırlık, ego durum çalışmalarını, duygu kontrolünü ve çift yönlü uyarımı (çift yönlü dikkat uyarımı olarak da bilinir) içermektedir.

Tedavinin bu aşaması ayrıca bireyselleştirilmiş psiko-eğitimi, EMDR, travma ve TSSB hakkında bilgi vermeyi de içerir. Danışanı dengeleyecek olan bu müdahaleler ve yeni bilgiler danışanın travmatik materyal ile daha etkili bir şekilde başa çıkmasında yardımcı olur. EMDR'nin kendisi vücutta ortaya çıkan hislerin (acı, gerginlik, kas spazmı vb.) tekrardan işlenmesi üze-

rinde durur; bu hisleri, yetişkin danışan ve ego durumları için normalleştirir. Böylelikle danışan bu hisleri ve bu hislerin ortaya çıkmasına sebep olan anıları işlemekte daha az korku hisseder (Forgash & Knipe, 2001).

## EMDR VE EGO DURUM TERAPİSİNDEN FAYDALANABİLECEK DANIŞANLARI BELİRLEME

EMDR ve Ego durum terapisi travma yaşamış birçok farklı grubu tedavi etmekte birlikte kullanılabilir.

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalmış ve tedavi edilmemiş kişiler: Bu danışanlar, sara gibi, teşhis edilmemiş travma sonrası stres bozukluğu semptomları gösterirler. Ayrıca yetişkinlik döneminde de travma yaşadıkları takdirde, saldırı, hastalık, kaza vb. akut ve kompleks TSSB ve disosiyasyon bozukluğu geliştirmeye özellikle yatkındırlar. Geleneksel tedavi yöntemleri bu kişileri tekrardan stabilize etmek için yeterli gelmeyebilir (Bergmann & Forgash, 1998,2000).

Kronik düzensizlik ve şiddet içeren aile ortamında büyümüş danışanlar: Bu danışanlar da önceden var olan TSSB ve gelişimsel bozukluklara sahip olabilirler ve bu durum onların yetişkinlik hayatlarında yaşama ihtimalleri olan cinsel saldırı, evlilik problemleri, iş kaybı veya çocukların evden ayrılması vb. problemlerle başa çıkmalarını zorlaştırır. Süregelen şiddet ve düzensizlik içeren bir ailede büyüyen çocuk ve ergen stresle başa çıkabilmesi için gerekli olan etkili becerileri kazanamaz ve bu sebeple bu kişiler yetişkinlik döneminde kronik TSSB geliştirmeye yatkındırlar.

Psikolojik temelli olabilecek fiziksel problemleri yaşayan danışanlar: Fiziksel problemler vücutta travmanın anılarını sembo-

lize eden göstergeler olabilmektedir. Bu problemler kas spazmı, kronik ağrı ve uyku bozuklukları gibi birçok farklı şekilde görülebilir. Cinsel istismara maruz kalmış birçok kişide şiddetli ve ağrılı adet döngüsü deneyimlenmektedir. Kaotik bir ev ortamında kronik strese maruz kalmış bir kişi kolit gibi sindirim sistemi problemleri geliştirebilir. Bunlar dışında fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalıp yaralanma gibi fiziksel zarar görenler, istismardan sonra risk alma davranışında artma veya çocuklukta ciddi tıbbi problemler yaşama gibi sıkıntılar gösterebilir. Bu tür danışanların fiziksel problemleri travmadan kaynaklanmasına rağmen genellikle yanlış teşhise maruz kalmaktadır. Ayrıca bu kişiler yıllar boyu başarısız tıbbi tedavilere, stres azaltma egzersizlerine veya acı kontrol tedavilerine yönelerek fiziksel semptomlarına çare aramaktadırlar. Bazı durumlarda kişilerin semptomları doktorlar veya psikoterapistler yardımıyla azaltılabilse de katlanmak durumunda kaldıkları sıkıntılar fonksiyonelliklerini olumsuz etkilemektedir.

Birçok sayıda küçük-t travma yaşamış danışanlar: Bu gruba dahil olan danışanlarda küçük travmaların birikmesi, yerleşik olumsuz kök inançlar, bilişsel çarpıtmalar ve kronik anksiyete kişilerin geleneksel terapiden yararlanmasına engel olabilir, ancak bu durum, terapi sürecinde fark edilmeyebilir. Bunlar dışında danışan TSSB teşhisi alabilmesi için gerekli tüm DSM-IV kriterlerini sağlamasa da bazı TSSB belirtilerini gösterebilir. Bu problemler danışanın değişime karşı dirençli olmasına ve olumlu gelişimin önünün kapanmasına sebep olabilir.

## TRAVMA YAŞAYANLARIN TEDAVİSİNDEKİ ZORLUK

Travmadan kurtulanlar için terapi süreci, terapistin ego durum sisteminin dinamikleri ve disosiyatif yönleri de dahil olmak

üzere TSSB'nin görünümleri konusunda bilgili olmasını gerektiren karmaşık bir dizi tedavi zorluklarını da beraberinde getirir. Bu zorluklar genellikle ana terapistin kafasını karıştırır, ancak bunlar EMDR ve ego durum terapisti tarafından önceden tahmin edilmelidir (Forgash & Knipe, 2001).

Ego durumu sistemi ("içsel aile sistemi" olarak da adlandırılır), hem olumlu hem de olumsuz yaşam deneyimlerine yanıt olarak yaşam süresi boyunca gelişen birçok parçayı içerir. Bazı ego durumları uzun zaman önce orijinal travmalara veya krizlere tepki olarak gelişmiştir. Geçmişte var olan koşullara yönelik olduklarından, günümüzde özellikle uyumsuz olmaları muhtemeldir; aslında şimdiki zamana ve yere hiç yönelmemiş olabilirler. Travmaya maruz kalmamış diğer ego durumları, günümüzdeki işlevselliğe daha iyi adapte olabilir. Değişen kapasite ve olgunluğa sahip ego durumlarının aynı danışanda bir arada bulunması kronik TSSB'nin özellikle karakteristiğidir ve bu da düzensiz bir gelişim, başarı ve başa çıkma becerisi modeliyle sonuçlanır.

Adaptif olan veya olmayan tüm ego durumları danışan için önemlidir: Her biri bir bütün olarak sistemde belirli bir rol oynar ve korunmaya çalışır. Ego durumları bu rolden vazgeçmenin, onların yok edilmesiyle sonuçlanacağını algılamaktadır –bu, özellikle başlangıçta sistem koruyucuları olarak gelişen ego durumları için geçerlidir. Travma mağdurunun ego durumu sistemi, kendi aralarında tanınma ve korunma için rekabet ettiklerinden, bu çatışmalardan rahatsız olur ve her bir ego durumu bireysel ihtiyaçları ve özellikleri ile tanınmaya ve sürdürülmeye çabalar.

Ego durumu sisteminin karmaşıklığı ve çatışmalarının getirdiği zorluğa ek olarak, kronik TSSB'si olan hastalar zor durumlardan disosiyatif dönemlere ve destabilizasyona kadar değişen sorunlu tedavi yanıtları yaşarlar. Ana terapist, bu tepkileri,

genellikle tedaviye karşı sinir bozucu bir direnç olarak yaşar, ancak bunların gerçek doğasını ve travmadaki kökenini fark edemeyebilir. Örneğin terapist, danışanı, geçmiş olayları tartışmak konusunda isteksiz bulabilir. Ancak bu görünür direncin altında, maruz kalmadan korkan veya doğruyu söylemeye karşı aile tabularını ihlal edemeyen bir veya daha fazla ego durumu olduğunun farkında olmayabilir. Tacize veya başka bir aile travmasına maruz kalan danışanlar, aile sırlarını açığa vurdukları için sıklıkla tehdit veya fiilî cezaya maruz kalmışlardır ve terapide açığa vurmanın da cezayla sonuçlanacağını tahmin ederler. Korkulan veya gerçek ceza, ebeveynler, kardeşler veya akrabalar tarafından terk edilmeyi içerebilir ve terapist tarafından terk veya reddedilme olarak tahmin edilir. Aslında, istismarı açığa vuran bir ego durumu, saldırıya uğrayabilir veya aile gizliliğini korumada payı olan başka bir ego durumu tarafından terk edilebilir. Çocukluk çağı istismarının bir başka sonucu da ezici utanç, suçluluk ve güvensizliktir ve bunların tümü terapi ve terapötik ilişkiye müdahale eder.

Danışanlar, geçmiş travmalarının kısmen ya da akut olarak farkında olabilirler, ancak bunu terapide keşfetme konusunda endişeli değildirler. Zor işlerin ileride olduğunu anlarlar ve travmalarını yeniden yaşamaktan korkarlar. Orijinal travma ile bağlantılı kontrol eksikliğine benzer bir kontrol ve işlev kaybı ile sonuçlanacağına inandıkları anılar ve bunlarla ilişkili duyguların istilası altında kalmaktan özellikle korkarlar.

Bazen travmadan kurtulanlar, duygusal aşırı yüklenmeye karşı tanıdık tepkilerle rahatlarlar. Anılar, yeniden yaşantılamalar ve kâbuslar; bireyi daha fazla zarar görmekten korumak için tasarlanmış disosiyatif donma, bir hareketsizlik durumu ve duygusal geri çekilme veya uyuşma hali yaratabilir. Travma anında kullanılan hayatta kalma moduna dönüş tanıdık gelebilir ve bu nedenle danışanı rahatlatabilir ve sahte bir güvenlik duygusu

sağlayabilir. Semptomlar devam ederse veya daha yüksek sıkıntı düzeylerine yükselirse, bu da artan hayal kırıklığı, yenilgi duyguları, depresyon, anksiyete ve tedavinin etkinliğine olan inanç kaybıyla sonuçlanırsa tedavinin önünde bir engel haline gelir.

## BAŞARILI BİR İŞ BİRLİKÇİ TERAPİ İLİŞKİSİ GELİŞTİRME

İş birlikçi terapi modelinin amacı danışan, ana terapist ve EMDR terapisti arasında iş birliğine dayalı üçlü bir ilişki ortaya çıkarmaktır. Bu üçlü ilişkiye geçiş süreci, tipik ikili ilişkilerde pek sık karşılaşılmayan bazı zorlukları da beraberinde getirebilir. İş birlikçi terapiye başlama kararı almadan önce bu olası problemlerin farkında olmak ve danışanla bu sürece dair dikkatli bir planlama ve hazırlık yapmak ortaya çıkabilecek problemleri azaltmaya yardımcı olur (Bradley, 1990; Lustig et al.,2000).

En iyi çalışma takımı birbirinin profesyonel becerilerine, karar verme yeteneklerine ve çalışma metotlarına güvenen iki uygulayıcı arasında kurulur (Forgash, 1997). Terapistlerin birbirleriyle ve danışanla açık bir iletişim içinde olması iş birlikçi yaklaşımda en temel noktadır (Goin, 2001).

İş birlikçi tedaviyi uygulamaya karar vermeden önce EMDR terapisinin danışan için risk-fayda analizi yapılmalı ve buna dayanarak danışana bu terapinin tavsiye edilip edilemeyeceği kararlaştırılmalıdır. Bu süreçte danışanın o anki fonksiyonelliği ve travma çalışmaya ne derece hazır olduğu değerlendirilir. Buna dayalı olarak da yapılacak çalışmanın amacı-travmayı çözümlemek veya stabilizasyonu sağlamak- belirlenir.

Danışanın terapistiyle var olan ikili ilişkisinde gerçekleşecek büyük değişime nasıl tepki verebileceği üzerine önceden düşünülmelidir. Her şeyden önce danışan ana terapistiyle var

olan ilişkisinin devam edeceği konusunda emin olmaya ihtiyaç duymaktadır. Danışanlar eğer ana terapistleri tarafından başka bir terapiste yönlendirilmelerini bir şekilde kusurlu olduklarına, yetersiz olduklarına bağlarlarsa veya terapistlerinin artık onlara bir ilgisi kalmadığına ve onlarla çalışmak için vakit ayıramadığına inanırlarsa kendilerini reddedilmiş ve stresli hissedebilirler. Sonuç olarak, iş birlikçi terapinin süreci her vakada bireye özel belirleniyor olsa da danışanın ana terapistiyle olan tedavi sürecinin devam ettiğini bilmesi son derece önemlidir.

Ana terapistler de danışanlarının ihtiyaçlarına karşılık verme konusunda kendilerini yetersiz veya çaresiz hissettiler ise kendilerine güvence verilmesine ihtiyaç duyabilirler. Terapist kendinden şüphe duyma noktasına geldiğinde, danışmanlık ve özelleştirilmiş yardım aramasının bir yeterlilik göstergesi olduğu ve bu arayışı danışanının iyi halini önemsediği için yaptığı kendisine hatırlatılmalıdır. Bu hatırlatma ile ana terapist danışanına yardım etmenin kendi elinde olduğunu anlayarak rahatlar. Son olarak, terapistler arasında hem gerçekleşmekte olan hem de gerçekleşme potansiyeli olan transferans ve karşıt transferans meseleleri iş birlikçi terapi sürecinin kolaylaşması için dikkatlice incelenmelidir.

Değerlendirme sürecindeki ilk aşama EMDR ve ego durum terapistinin danışanın terapi süreci hakkında başlangıçtan o ana kadar detaylı bilgi almasıdır. "Terapi sürecinde neler başarıldı, hangi problemler halen devam etmekte ve hangi sebepten dolayı kendisine yönlendirilme yapıldı" gibi bilgiler EMDR ve ego durum terapisti için önemlidir. Ben bu aşamada ana terapistin EMDR'ye dair bilgisini ve beklentilerini ve danışanın bu yönlendirme konusunda ne hissettiğini de öğrenmeyi tercih ediyorum. Daha sonra EMDR ve ego durum terapisinin halihazırda devam etmekte olan çalışmaya nasıl dahil olabileceğini açıklıyorum.

Eğer danışan EMDR çalışması için uygun bulunursa, terapinin amaçları ve iş birlikçi terapinin hangi şartlarda nasıl devam edeceği belirlenir. Bu süreçte bir "tedavi anlaşması" ile tedavi sürecinde hangi problemler üzerinde durulacağı, tedavinin tahmini süresi, resmî vaka konferanslarının hangi aralıklarla düzenleneceği ve resmî olmayan problem çözme ve netleştirme durumlarının hangi şartlarda gerçekleştirileceği belirlenir. Bu noktada EMDR terapisti ve danışan tanışma aşamasını gerçekleştirmiş olurlar.

Vaka analizimize devam edip Sara'yı tekrar tartışmamıza dâhil etmeden önce Laurel'in başka bir terapistten yardım isteme durumunda kalma konusunda yaşadığı çözümlenmemiş yetersizlik hissine dönmek istiyorum Öncelikle onu bu yetersizlik hissini aşıp danışanının iyiliği için ekstra tedavi yöntemleri aramaya yöneldiği için tebrik ediyorum. Daha öncesinde Sara'nın Laurel ile çalışmasında iyi bir ilerleme kaydettiklerinden bahsetmiştim. Sara'nın, çocukluğunda yaşadıklarıyla bağlantılı olan kâbuslarını ona açması da aralarındaki güven ilişkisini göstermektedir. Ayrıca Laurel de aynı Sara gibi aralarındaki çalışma ilişkisinin güçlü olduğundan ve bu ilişkinin EMDR terapisinden sonra da devam edeceğinden emin olmak istemektedir. Laurel bir terapist olarak kendi becerilerinden ve Sara'nın ona terapötik ilişki çerçevesinde bağlı olduğundan emin olduktan sonra Sara ile çalışırken yaşadığı stresi azaltabilir.

Sara, Laurel ona ilk defa iş birlikçi terapiden bahsettiği zaman anksiyete belirtileri göstermişti. Çünkü Sara benimle çalışmaya başlamasının Laurel'e karşı bir ihanet olmasından endişelenmekteydi. Daha sonraki seansta Sara, terk edilmediğini ve Laurel ile çalışmaya devam edeceğini anladığında büyük bir rahatlama hissi ile ağlamaya başladı ve ilk defa Laurel'e karşı olan derin bağlılığını açığa çıkarmış oldu.

Sara'yla, yapacağımız çalışmaya dair konuşmak için buluştuğumda bana terapiye dair sorular sormasına izin verdim Sonuç olarak Sara iş birlikçi terapi ile devam etmeye karar verdi.

Sara EMDR terapisine katılmak için onay verdikten sonra Laurel'le birlikte nasıl bir çalışma düzeni ayarlayacağımıza karar verdik. Sara ikimizi de değişimli olarak terapi sürecinde görecekti. İş birlikçi terapimiz için 10 haftalık bir süreç belirledik. Böylelikle Sara'nın terapisinin EMDR ve ego durum terapisi kısmı belli bir zaman aralığı ile sınırlı kalacaktı. Belirlediğimiz bu süreye Sara da onay verdi. Sonrasında Sara'dan onun vakasına dair ayrıntıları telefon üzerinden birbirimizle tartışabilmemiz için yazılı onay aldık. Ana terapist olarak Laurel Sara'nın terapisine yönelik karar verme sorumluluğunu elinde tutmaya devam etmekte ancak tedavi sürecinde ilaç tedavisi önerisi gibi büyük değişiklikler yapmaya karar verirse bunu benimle de önceden konuşması gerekmekteydi. Terapinin bu parametrelerini Sara ile de konuştuk.

Laurel ile Sara'nın doğrudan travma üzerine çalışmamız için hazır olmadığına karar verdik. Bu kararı verirken Sara'nın son zamanlarda kâbuslardan ve diğer tetikleyici etmenlerden yorgun düştüğünü göz önüne aldık ve öncelikli olarak onun daha stabil hale gelmesi ve duygu kontrolü, stres azaltma üzerine çalışması gerektiğini kararlaştırdık. Ayrıca, Sara'nın travma tedavisinde, Sara'nın ailesi tarafından ona dayatılan sır tutma davranışından kaynaklı olarak aile içinde neler olduğunu anlattığı için cezalandırılma olasılığı olduğuna dair bakış açısının olası bir problem yaratabileceğini konuştuk.

Bu bölümün geri kalan kısmında Sara ile gerçekleştirdiğimiz iş birlikçi çalışmanın nasıl ilerlediği anlatılacaktır.

## VAKA ANALİZİ

### 1. Seans: Hastalık Öyküsü

İlk görüşmemizde Sara çocukluğuna ve içinde yaşadığı "korku evi" olarak tanımladığı aile hayatına dair birçok detay hatırlamıştı. Sara aile içerisinde anlatılagelen bir mit olarak, annesinin büyük ihtimalle kadınlık ve anneliğe dair karmaşık duygular içerisinde olduğunu ve bu nedenle hamileliğinin stresli geçtiğini duymasına rağmen annesinin hamilelik sürecinin ve doğumun normal olduğuna inandığını söyledi. Ancak Sara, annesinin, bir kadın olduğu için devamlı kısıtlanmaktan şikâyetçi olduğunu, evde tıkılıp kalmaktan hiç hoşlanmadığını ve devamlı olarak iş hayatında başarılı ve etkili bir insan olabileceğine inandığını hatırlıyordu. Annesi sözde, çocuk sahibi olmayı hiç istememişti; ancak sonuç olarak, en büyükleri Sara olmak üzere üç tane kız evlat sahibi olmuştu. Sara doğduktan sonra annesinin annelik yapmada yetersiz kalıyor olması ve çocuklarına karşı hissettiği kin duygusu açık olarak ortaya çıkmıştı. Sara'ya karşı kendini yetersiz hissetmeye başladıktan sonra ona bakmayı reddetmişti. Sara bu zamanlarını anlatırken kendini "Bir bebek olarak bile annemin sevgisini kazanmayı beceremedim." şeklinde ifade etti.

Sara'nın annesi eğitimli bir aileden geliyor olmasına rağmen evliliğinden sonra eğitimsiz bir aileyle bağ kurma durumunda kalmaktan şikâyetçiydi. Sara'nın ilk anıları kimin daha üstün olduğuna dair ebeveynleri arasında yapılan şiddetli tartışmalarla doluydu. Eşini her daim küçümsemesine rağmen Sara'nın annesi, eşinin anlık parlayan öfkesinden korkmaktaydı. Sara ise altı yaşından itibaren ailedeki ara bulucu görevini üstlenmek durumunda kalmış ve annesini babasının ona bir zarar vermesinden korumaya çalışmıştı. (Bu noktada Sara'nın en büyük kızının da

şimdi altı yaşında olduğunu ve belki de kâbuslarını tetikleyen durumun bu olabileceğini eklemek isterim.)

Sara, tek önem verdikleri şey birbirleri tarafından tanınma ve saygı duyulma olan narsistik bir aile tablosu çizmekteydi. O derece ki ebeveynler kendi çocuklarına hiçbir ilgi göstermiyor ve çocuklarının eğitiminde hiçbir şekilde yer almıyor gibi görünmekteydiler.

Sara'nın ebeveynleri çocukları üzerinde oldukça sert bir otorite kurmuştu. Çocuklarının onların isteklerine itaat etmesi için sözel ve kimi zaman fiziksel istismara varan sert cezalar kullanıyorlardı. Babasının Sara'nın arkadaşlık ilişkilerine dair aşırıya kaçan bir şekilde kontrolcü olması ve Sara'yı arkadaşlarının önünde küçük düşürmesi sonucunda Sara sosyal anlamda izole bir duruma gelmişti. "Sevgili" kavramı aile içinde asla kabul edilmeyen bir kavram olduğu Sara'nın karşı cinsten biriyle hiçbir deneyimi olmamıştı. Ayrıca babası Sara'nın kitap okuyarak veya hayal kurarak rahatlamasına hiçbir şartta izin vermiyordu. Babasının evdeki kontrolcü tutumu Sara için değişmeyen bir gerginlik sebebiydi; Sara babası evde olduğu her an kendini diken üstünde hissediyordu. Sara'nın annesi de elbette eşinin öfkesinin farkındaydı ve devamlı olarak Sara'ya sessiz olmasını ve babası eve geldiğinde onu öfkelendirecek bir şey yapmamasını öğütlüyordu. Sara kendini evde asla güvende hissetmiyordu ve tahmin edilebileceği üzere uyku problemleri yaşayan birisi olmuştu.

Sara'nın annesi kızlarının hayatının her alanını en küçük ayrıntısına kadar kontrol ediyordu. Öyle ki kızları odalarını istedikleri gibi dekore etme ve kendi kıyafetlerini seçme gibi durumlarda bile üniversiteye gidene kadar söz sahibi olamamışlardı. Her biri bireyselliğini bu dereceye varacak kadar kaybetmişti. Ayrıca anneleri, kızlarının, yaşıtları gibi giyinmesine izin ver-

mediği için sosyal izolasyonları daha da derinleşmişti. Tahmin edilebileceği üzere Sara'nın annesi çocuklarına sıcaklık ve ilgi göstermekte zorlanıyordu. Sadece çocukları hasta olduğunda veya yaralandığında onlara şefkat gösteriyor ve kitap okuyordu.

Sara'nın ebeveynlerinin çocukları üzerinde uyguladığı kontrol çocuklarının duygusal hayatına da yayılmıştı. Çocuklarının öfkelerini veya diğer olumsuz duygularını ifade etmelerine hiçbir şekilde izin vermiyorlardı. Buna rağmen kendi olumsuz duyguları ve öfkeleri tüm aile dinamiğini kontrol etmekteydi. Bu derecede olumsuz olan aile ortamı kardeşler arasındaki ilişkiyi de olumsuz etkilemekteydi. Sara ve kardeşleri birbirlerine destek vermede veya birbirlerini korumada zorlanıyorlar, bunun yerine herkesin kendini korumaya çalıştığı izolasyon ve yalnızlık içeren bir ilişki içerisinde bulunma durumunda kalıyorlardı. Aile üyeleri arasındaki soğukluk Sara'nın yetişkinlik zamanında da devam etmişti. Öyle ki Sara benimle çalışmaya geldiği zaman ailesinden hiç kimse ile yakın bir ilişkisi yoktu. Sara'nın hiçbir yere ait olamaması ve dışlanmış hissetmesi, aile içindeki istismardan ve ebeveynlerin bilinçli olarak çocuklarını sosyal izolasyona itmesinden kaynaklanmış, çocuklukta başlayan bu süreç yetişkinlik hayatında da devam etmişti.

Sara'nın evden uzak tek sığınağı, oldukça başarılı olduğu ve öğretmenleri tarafından sevildiği okul ortamı olmuştu. Okulda biraz da olsa ilgi görebilmişti. Ancak, okulda ne kadar başarılı olsa da Sara'nın içsel bir değer duygusu yoktu ve sürekli diğer insanları kandırıyor gibi hissediyordu. Öğretmenleri onu ne kadar desteklese de ailesinin ilgisizliğinin Sara'nın bireyselliğini, öz güvenini ve öz farkındalığını engellemesini telafi edemiyorlardı.

Sara çocukluğunda, büyüyüp kontrolcü annesinden ve şiddet eğilimi olan babasından ayrılacağını düşündüğünde hem

kaygılanıyor hem de bu zamanların gelmesini heyecanla bekliyordu. Böyle zamanlarda kendini rahatlatmak için geleceğe dair hayaller kuruyor ve kitap okuyordu. Ivy League Üniversitesi'ne kabul aldığı zaman da ailesinden kaçabilmek için eline güzel bir fırsat geçmiş oldu. Sınıfında ilk %10'luk dilime girerek tıp eğitimine kabul edilen Sara, üniversiteden de yüksek onur derecesini olarak mezun oldu. Bu ve bunlar gibi Sara'nın yetenekli ve değerli bir insan olduğuna dair birçok kanıt bulunsa da Sara kendisini aslında tıp okumak için yeterince iyi olmayan bir sahtekâr gibi görmekteydi. Bu sebeple Sara, hissettiği yetersizliği telafi edebilmek için üniversite hayatı boyunca sosyal aktivitelerden uzak durup kendini tamamen derslerine verdi. Ayrıca ergenlik yıllarında da kendisinden istendiği gibi romantik ilişkilerden uzak durmaya devam etti.

İşini çok sevdiğini ifade eden Sara, doktor olana kadarki süreçte kendine ait güvenli bir kimlik oluşturamamıştı. İhtisas döneminde ise kendisi gibi doktor olan eşiyle tanıştı. Eşiyle olan ilişkisi hayatı boyunca deneyimlediği ilk uzun süreli ilişkiydi. Eşi, kendisininkinden son derece farklı olan bir aile ortamından gelmekteydi. Sara eşini tanımlarken onun sıcak ve sevgi dolu bir baba olduğunu söylüyordu. Ancak söz konusu kendisi olduğunda Sara, üç kız çocuğunu yetiştirebilme konusunda kendisini oldukça yetersiz hissediyordu. En büyük korkusu da kendi annesi gibi kontrolcü, çocuklarına sevgi ve ilgi veremeyen bir anne olmaktı.

## 2. Seans: Değerlendirme ve EMDR ve Ego Durum Aşamalarının Tanıtılması

2. seansımızda Sara'nın Laurel Roberts ile olan çalışmaları hakkında daha çok bilgi edindim. Sara, üçüncü çocuğunun doğumundan sonra depresyon, endişe, anksiyete, disosiyasyon,

cinsel istek kaybı gibi problemler yaşamaya başlamıştı. Laurel ile olan terapisinin başlangıcı da doğumdan hemen sonraki bu döneme denk gelmekteydi. Sara Laurel ile çok iyi bir ilişkileri olduğunu ve onunla oldukça iyi ilerleme kaydettiklerini söyledi. Ancak bu ilerleme Sara kendini sanki küçük bir çocuk gibi hissetmeye, seanslarda ve bazı rahatlama zamanlarında -Sara'nın deyimi ile- transa girmeye başladığında sekteye uğramıştı. Disosiyasyon belirtileri gösterdiği zamanlara ek olarak Sara, evliliğinde ve Laurel ile olan ilişkisinde kendini duygusal olarak geri çekmeye başlamıştı.

Sara, semptomların öncelikle iş ortamında görülmeye başladığını söyledi. Bahsettiği semptomlar depresyon, anksiyete, huzursuzluk hissi, konsantrasyon kaybı, spontane olamama, hayattan zevk alamama, rahatlayamama ve uyku düzeninin bozulması olarak özetlenebilir. İçinde bulunduğu duygusal durum ve kendisine olanlardan korkması sebebiyle Sara, kızına iyi annelik yapamamaktan endişe duymaktaydı. Sara'nın işlerin nasıl bu noktaya geldiği ve disosiyasyonunun neden kaynaklandığı hakkında iç görüsü oldukça azdı.

Sara'nın espri yeteneği, zekâ ve motivasyon gibi belli başlı güçlü kişilik özellikleri olduğunu fark ettim. Sara zekâsını ona tavsiye ettiğim kitaplardan kronik stres, travma ve EMDR sürecini anlamak için oldukça iyi kullanıyordu. Böylelikle deneyimlemekte olduğu semptomların yaşadığı erken travmalardan kaynaklandığını fark etti ve EMDR terapisi ile bu travmaları çözümlemeye karar verdik.

Sara bu seansta eski aile yapısı ile şimdiki ailesi arasındaki bağlantıyı kurabildi. Ebeveynleri gibi kendisi de üç kız çocuk sahibiydi. Altı yaşındaki en büyük kızının olduğu yaşta, kendisinin, annesini korumak için aile içindeki kavgalara müdahale

etmek zorunda kaldığını fark etmişti. Eski ve şimdiki ailesi arasındaki bu büyük benzerliğin, eski travmalarını tetiklediğini ve bu sebeple kâbuslar görmeye başladığını anladığı zaman Sara gözyaşlarını tutamadı. Gördüğü kâbuslar eski travmalarının geriye dönüşleriydi (flasback). Ailesi çocukluğunu mahvetmişti, ancak Sara bu travmalar üzerine çalışarak ailesinin, hayatındaki bu olumsuz etkisinden kurtulacağını, kendisinin ve çocuklarının hayatının geri kalanını da mahvetmesine izin vermeyeceğini söyledi.

Sara böylelikle terapideki hedeflerini açıkça belirlemeye başlamıştı: Tekrar hayata karşı hoşnutluk hissedebilmek, anksiyetesinden kurtulabilmek, tekrar rahatlayabilmek, cinsel isteğini geri kazanmak, kâbuslarından kurtulmak, disosiyasyonu üzerine bilinçli bir kontrol kazanabilmek, ailesinin, üzerine kurduğu acımasız egemenliği sonlandırıp kendine olan özsaygısını kazanabilmek ve böylelikle davranışlarının fazlasıyla incelenip eleştirilmesinden korkmamayı başarabilmek, kendine karşı olan negatif öz eleştiriyi bitirebilmek ve çocuklarıyla olmaktan mutluluk duyup onlara kendisinin asla sahip olamadığı besleyici, destekleyici aile ortamını sunabilmek.

Sara'nın kendine dair, negatif olan kök inançları bu seansımızda ortaya çıkmaya başladı: "Güvende değilim.", "Değersizim.", "Sevilmeye layık değilim.", "Ben sadece bir sahtekârım.", "Ben tek başıma bir birey değilim, sadece diğerlerinin bir parçası olabilirim.", "İlişkilerde hiçbir işe yaramıyorum." Sara'nın bu inançlarının kökenini anlayabilmesi için ona ego durumlarını anlattım. Ego durumları, hepimizin sahip olduğu içsel aile gibi olan, duygusal kendiliklerimizin parçalarıdır. Sara bu konseptleri sezgisel olarak anlayabiliyordu ve son zamanlarda hissettiği küçüklük hissinin çocuk ego durumunun kendini gösterme şekli olduğunu ve bu durumla ilgilenmesinin olumlu anlamda geliş-

mesine yardımcı olacağını fark etmişti. Ego durumları görüşü ayrıca, Sara'nın yaşamakta olduğu disosiyasyon deneyimleri ile erken travmaları arasında bir bağ olduğunu anlamasına yardımcı oldu.

Sara tüm bu süreçleri entelektüel düzeyde oldukça iyi kavramasına rağmen, travma çalışmasında yaşayacağı yoğun duygusal süreçlerle başa çıkabilmesi için daha ileri düzeyde bir hazırlığa ihtiyaç duymaktaydı. Bu sebeple, Sara ile ego durum sisteminin belli parçalarını çalışırken bir yandan da stresle başa çıkabilme, rahatlamayı öğrenebilme üzerine çalışmaya karar verdik. Bunlara ek olarak ego durumlarının kendi ihtiyaçlarını ifade edebilmesi üzerine çalışacaktık, böylelikle ego durumları birbirlerini anlayıp birbirleri ile iletişime geçebilmeyi öğrenecekti.

Sara, terapiye başladığımız süreçte halihazırda geri dönüşler ve kâbuslarla baş etmeye çalışıyordu. Bu sebeple, bu aşamada onun içsel aile sistemini daha fazla strese maruz bırakmamaya karar verdim. Ayrıca, ilaç tedavisinden uzak durmak da istiyordum. Sonuç olarak, görece olarak daha basit olan rahatlama egzersizleri ile terapiye başlamaya karar verdim; böylelikle Sara kendini tehdit altında hissetmediği bir ortamda beni daha yakından tanıma fırsatı da bulacaktı.

### 3. Seans: Stabilizasyon Aşaması

Bu aşamada danışanlara bir seri hazırlık aktivitesi uygulanmaktadır. Aktivitelerin amacı, danışana hem terapi sürecinde hem de danışanın günlük hayatında, stabil bir içsel düzen oluşturmasında, stres ve duygu durumunu kontrol etmesinde yardımcı olmaktır. Ayrıca danışan bu aktivitelerle ego durum sistemine güvenli bir ortamda aşina olma imkânı kazanır. Terapist öncelikle danışana hangi yolla öğrenmeyi -görsel, işitsel veya dokunsal- tercih ettiğini sorar. Sara, görsel yolla öğrenmeyi ter-

cih eden bir danışandı. Görsel öğrenme de çalışmamız için oldukça etkili olan bir öğrenme şeklidir. Bu aşamada Sara, kendisi için güvenli ve rahatlatıcı bir ortamı zihninde görselleştirerek seansımıza başladı. Sara'nın görselleştirdiği alan, travma çalıştığımız zamanlarda kendini ne zaman boğulmuş gibi hissetmeye başlasa, ne zaman dayanmayacağını hissetse gidebileceği güvenli bir alandı.

Danışan, terapi sürecinde geri dönebileceği güvenli alanını oluşturduktan sonra Çift Yönlü Uyarım (BLS) danışana açıklanır ve oldukça kısa setler halinde uygulanır. Bu deneme süreci oldukça önemlidir ve danışanın çift yönlü uyarıma olan toleransını ölçmeyi de sağlar. Çift yönlü uyarım danışan için olumlu bir deneyim olabileceği gibi onun disosiye olmasına veya çok yoğun duygular yaşamasına da sebep olabilir. Sara'dan güvenli alanını gözünün önüne getirmesini istedim ve kısa setler halinde çift yönlü uyarımı uygulamaya başladım. Bu aşamada Sara çift yönlü uyarıma oldukça iyi tolerans gösterdi ve güvenli alanına bağlantılı olarak olumlu duygularında, sıcaklık hissi ve kas gevşemesi gibi olumlu vücut hislerinde artış olduğunu ifade etti. Sonrasında Sara'dan çift yönlü uyarım olmadan güvenli alanına gitmeye çalışmasını istedim. Sara tekrardan hoşnutluk veren bir rahatlama deneyimi yaşadı. Ona, seanslarımız arasındaki her gün birkaç dakikasını güvenli alan çalışmasını pratik etmeye ayırmasını tavsiye ettim.

Danışan stres yaşadığı zamanlarda içsel güvenli alanına gidebilme yeteneğini kazandıktan ve çift yönlü uyarım ile tanıştırıldıktan sonra ego durum sistemi ile çalışmanın zamanı gelmiş demektir. Sara görsel yolla öğrenen biri olarak ego durum sistemini "görmeyi" tercih etti. Ancak sadece birkaç belli belirsiz figür görselleştirebildi. Her ne kadar görüntüler bu aşamada belirsiz olsa da Sara onların varlığını kabul etme konusunda rahattı

ve onlarla çalışmak için istekliydi. Sara durumlarını "parçalar" olarak tanımlıyordu. Başka danışanlar "zihnin durumları" veya "benler" olarak da tanımlama yapabilir. Sara benim ofisimi sistemini çalışabileceği güvenli alan olarak seçti. Ego durumları hakkında düşünmek istediğinde veya onlarla konuşmak istediğinde benim ofisimi zihninde görselleştiriyordu. Çift yönlü uyarım kullanarak bu görseli zihninde güçlendirdim.

Sonrasında Sara'nın ego durum sistemi için metaforik bir ev ortamı yaratmak üzerine çalıştık. Sara, dağlarda, bir göl kenarında, büyük bir ön bahçesi, sallanan sandalyesi ve gölde yüzen kayığı olan tahta bir ev görselleştirdi. Ardından ego durumlarına yeni evlerini gösterdi. Bu görsel de çift yönlü uyarım ile güçlendirildi.

Sara travma işleme sürecine karşı oldukça ilgiliydi, ancak ego sistemi kendini yeterince güvenli hissedene kadar bu sürece başlamayacağımızı ifade ettim. İçinde bulunduğumuz zaman dilimi Sara'ya standart EMDR sürecini anlatmaya ve gelecek çalışmalarımız için onu hazırlamaya daha uygundu. Sara'ya bir problemini veya onu zorlayan bir olayı seçmesini ve onu hedef olarak görselleştirmesini söyledim. Bu hedef olayın parçaları olarak bir görsel, düşünce, his veya hedef olaya dair bir anı varsa onları da eklemesini istedim. Sonrasında ise bu hedef olaya dair inançlarını ve hislerini tanımlamasını istedim. Ardından Sara'dan yaşadığı travmaya dair, bu travmaya yönelik inancını en iyi tanımlayan negatif kognisyonu (Yeterince iyi değilim.) ve travma yaşamış olsa da kendine dair inancının nasıl olmasını isteyeceğini, pozitif kognisyonunu (Ben iyiyim.) geliştirmesini istedim. Bu aşamada Sara Kognisyon Geçerlilik Ölçeği (VOC) kullanacaktı. Bu ölçekte Sara'nın, pozitif kognisyonuna 1 (tamamen yanlış) ve 7 (tamamen doğru) arasında bir değer vermesi gerekmektedir. Ayrıca Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) kullanarak da

hedef sahneyi görselleştirdiği zaman hissettiği olumsuz duyguları 0 (Hiçbir sıkıntı hissetmiyorum.) ve 10 (Maximum seviyede sıkıntı hissediyorum.) arasında değerlendirmelidir. Son olarak Sara, travma üzerine ilerlediğimiz süreçte vücudunda herhangi bir his deneyimliyor mu değerlendirmesini yapmalıdır. Çift yönlü Uyarım, Sara'nın hedef sahneyi, travma ile bağlantılı negatif kognisyonu, duyguları ve vücutta oluşan hisleri işlemesinde yardımcı olacaktır. SUD 0'a inene kadar bu süreç devam edecek ve sonrasında pozitif kognisyonu güçlendirme üzerine çalışılmaya devam edilecektir.

Seans içinde Sara ile şimdi oryantasyonu konseptini de konuştuk. Sara'nın ego durumlarına hangi zamanda olduklarını, Sara'nın kim olduğunu, nerede yaşadığını ve Sara'nın bir doktor, bir eş ve bir anne olduğunu bilip bilmediklerini sordum. Sonuç olarak bazı ego durumlarının şimdinin farkında oldukları bazılarının ise farkında olmadığı ortaya çıktı. Bazı ego durumları bu sorgulama karşısında anksiyete gösterdi. Bu ego durumları Sara'nın hayatındaki değişimler konusunda hiçbir şey bilmemeyi tercih ediyorlardı, çünkü olası değişimler onlarda kaygıya sebep oluyordu. Ancak Sara bu ego durumlarının bu tepkisine hayatın tamamen değişimden ibaret olduğuna dair inancıyla cevap verdi. Ayrıca onlara, değişimin hızını birlikte ayarlayabileceklerine ve bu sürecin herkes için rahat geçmesi için elinden geleni yapacağına dair güvence verdi. Bu noktada Sara'ya şimdi oryantasyonunun ve değişimin ego durumları için oldukça zor konseptler olduğunu ve onların bu süreç için zamana ihtiyaç duyacağını söyledim.

Son olarak Sara ile EMDR süreci fazlasıyla yoğun, Sara'nın kaldıramayacağını hissettiği derecede boğucu olduğu zaman Sara'nın eliyle bana işaret vermesi ve "dur" sözcüğünü kullanması için anlaştık.

## 4. Seans: Ego Durum Sistemi ile Çalışmaya Başlama

4. seansa geldiğimizde Sara artık kendi içine bakabilmeyi, bireysel ego durumlarını çağırıp kendilerini tanıtabilmelerini sağlamayı öğrenmişti. Sara oldukça zengin bir iç dünyası olduğunu keşfetmişti ve çeşitli ego durumlarının içinde bulunduğu bu kompleks dünyadan oldukça memnundu. Ego durumları yeni doğanlardan yetişkinlere kadar uzanan çeşitlilikte olsa da Sara onlara "çocuklar" olarak hitap etmeyi tercih ediyordu. Bazılarını görebildiği bazılarını da sadece hissedebildiği farklı taraflar her seansımızda ortaya çıkıyordu. Bu taraflar; korkmuş çocuk, yetkili ve problem çözme yeteneği olan yetişkin, etkili çalışan, popüler ve çekici kadın, tutkulu doktor ve iyileştirici, inatçı ve sert mükemmeliyetçi, beceriksiz ve tuhaf kız, mükemmel doktor ve arabulucu idi. Her bir tarafın duyguları ve kişilikleri oldukça büyük farklılıklar gösteriyordu. Bunlar, onay arayan, yaratıcı, kendini ve diğerlerini sertçe eleştiren, mükemmel ve detaycı, duygusal olarak uzak, öfkeli, kusurlu, kendinden nefret eden, savunmacı ve aptal olabiliyorlardı. Sara bazı ego durumlarının ebeveynlerini anımsattığını fark etti ve bu parçalarına karşı rahatsızlık hissettiğini söyledi.

Sara ego durumları ile çalışmasında artan bir yetenek sergiliyordu. Çalışmamız sürecinde disosiyatif kimlik bozukluğu tedavisinde de kullanılan "metaforik dil yöntemini" uyguladık. Sara metaforik dili kullanarak ego durumlarını bilincine çağırabiliyor ve onların hem benimle hem de Sara ile iletişim kurmalarını sağlayabiliyordu. Sara'ya, bütün ego durumlarının, Sara bazılarının o an için farkında olmasa da şimdide bulunduğunu ve konuşmamızı dinlediklerini söyledim. Böylelikle bireysel durumların bir bütünün parçası oldukları konseptini güçlendirdim. Sürecin ezici bir hale gelmemesi için Sara'ya sadece birkaç ego durumuna dikkatini vermesini söyledim. Diğer ego durumları Sara onlara dikkat etmiyor olsa da şimdide bulunacaktı.

Araştırma süreci başlamadan önce ego durumlarının iznini almak son derece önemli ve gereklidir. Ego durumlarına çalışmadaki katılımlarının üzerinde kontrol sahibi olacaklarına dair güvence verilmelidir. Ben her zaman ego durumlarına hiçbir ego durumunun her seansta bulunma zorunluluğu olmadığını söylerim. İsterlerse ev ortamında kalabilirler, sadece dinleyip konuşmamayı tercih edebilirler. En önemlisi ise katılmayı tercih etseler de etmeseler de süreci sabote etmemek konusunda bizimle anlaşma yapmaları gerektiğidir. Bu anlaşmaya ulaşmak birkaç seans sürebilir. Sara'nın vakasında ego durumları çoğunlukla hata yapma konusunda kaygılıydılar.

Bu aşamada Sara Laurel'e karşı bazı olumsuz düşüncelerini ifade etti. İçindeki bir parça Laurel'i o kadar idealize etmişti ki Laurel şimdiye kadar "her şeyi mükemmel yapmış olmalıydı" diye düşünmekteydi. Kâbusları Laurel'in, alanında yeterince yetkin biri olmadığının kanıtıydı ve bu da Sara'nın Laurel'e olan güvenini kırmıştı. Ancak Sara şimdi fark ediyordu ki beklentileri ve Laurel'i bu derece idealize etmesi gerçekçi değildi.

Terapi sürecinde ego durumlarının danışanı güvende tutmak gibi önemli bir rolleri olduğu unutulmamalıdır. Elbette bazıları uyum bozucu bir özellikte olabilmekle beraber, fonksiyonları terapist tarafından kabul edilmeli ve onurlandırılmalıdırlar.

Sara stres ve duygu kontrolü yeteneğini geliştirebilmek için nefes egzersizi dersleri almaya başlamıştı. Nefes egzersizleri ile birlikte olumlu doğrulamalar (Ben değerliyim, ben öz bakımı hak ediyorum.) üzerine de pratik yapmaktaydı. Sara bu dersleri anlatırken, başında ve boynunda bir ağrı hissettiğini de söyledi. Bu rahatsızlığının sebebini anlayabilmek için ego durumlarına yöneldiğinde ego durumlarının bana ve Sara'ya karşı korku ve öfke hissettiklerini fark ettik.

Koruyucu ego durumlarının, rahatlama çalışmalarımıza bu şekilde tepki verebileceğini tahmin edememiştim (Bizim vakamızda Sara'nın onu ailesinden koruyan çocuk durumu tepki vermekteydi). Koruyucu olarak görevleri her daim tetikte olmaktı. Buna rağmen "Tetikte olsam bile güvenli değilim." inancı, ana inançlarıydı. Rahatlama çalışmalarımızın amacı anksiyeteyi azaltmaktı ve bu, koruyucu ego durumlarının tehlikede hissetmelerine sebep oluyordu. Çünkü ego durumları eğer gardlarını indirirlerse zarar göreceklerini düşünüyordu.

Doğrusu Sara'nın bazı ego durumları beni tehlikeli olarak görüyordu ve bu sebeple Sara'ya, benimle olan çalışmasını bitirmesi için baskı yapmaya başlamışlardı. Sonrasında Sara'nın ebeveynlerine olan bağlılığını dile getirmeye, değişime ve yeni fikirlere direnç göstermeye ve hatta Sara'nın olumlu doğrulamalarına karşı rahatsızlık hissi göstermeye başladılar. Sara'nın benimle olan çalışması ego durum sistemi tarafından var olan düzeni sürdürmeye yönelik bir tehdit olarak algılanmaktaydı. Bu sistem her ne kadar uyum bozan özellikler gösterse de hiçbir parçasından ve hiçbir fonksiyonundan mahrum kalmamak istiyordu. Sistem beni suçladığı kadar Sara'yı da koruyucuların varlığına olan ihtiyacını fark etmediği için suçluyordu.

Bu noktada rahatlama egzersizlerine başlamadan önce ego durumlarının iznini alma konusunda yeterli ilgi göstermediğim için hata yaptığımı fark ettim. Koruyuculardan onları güvenli alan görselleştirmesine ve sistem için oluşturduğumuz eve dâhil etmediğim için özür diledim. Sonra da gelecekteki çalışmalarımıza onları da dâhil edeceğime ve çalışmamızın doğasını ve amacını anladıklarına emin olacağıma dair söz verdim.

Verdiğim güvenceler sayesinde özel rahatlatma stratejileri geliştirmeye devam edebildik. Duyusal farkındalık da bu strate-

jilerden biriydi. Sara vücudundaki en rahat noktayı bulmayı ve ona odaklanmayı öğrendi. O noktadaki fiziksel rahatlık hissinin farkında olmayı sürdürerek, bu hissin tüm vücuduna yayılmasını sağlayabiliyordu. Böylelikle rahatlık hissi vücudunun her bir noktasına taşınmış oluyordu. Sonrasında vücutta stres olmayan, pozitif bir nokta bulmayı ego durumlarına öğretmek üzerine çalışmaya başladık. Küçük bir stres kaynağı tüm vücudu uyandırdığı zaman, Sara'ya, gece vakti çocuğunun sesini duyan bir anneyi hatırlamasını söyledim. Anne, çocuğunun sesini duyduğu zaman uykusundan kalkar ve sesin kaynağını bulmaya çalışır. Sara'dan kaygı içinde olan ego durumlarına, aynı bu anne gibi, herhangi bir zamanda, eğer tüm dikkatlerini vermeleri gereken bir durumla karşılaşırlarsa rahatlamış hallerinden kalkabileceklerini hatırlatmasını istedim. Rahatlama egzersizleri, şimdi oryantasyonunu zayıflatmamaktadır. Sara ile defalarca bu konuda egzersiz yaptık ve Sara egzersiz sürecinde ego durumlarının, saatin tiktaklarının ve ofisimin önünden geçen arabaların farkında olmayı sürdürdüklerini ifade etti.

Son olarak bu seansta Sara'ya evde anksiyetesini yönetebilmesi için sınırlama kavramını tanıttım. Öncelikle Sara'ya ve ego durumlarına, onlardan istediğim şeyin asla, tıpkı Sara çocukken ona zorunlu tutulduğu gibi önemli duygularını bastırmaları olmadığını söyledim. Duygularını bastırmamalıydılar; ancak bazen işlerimizi halledebilmemiz, etkili bir anne baba olabilmemiz için sakin kalabilmemiz, duygu ve düşüncelerimizi onları güvenli olarak inceleyebileceğimiz zaman gelene kadar bir kenarda bekletmemiz gerekmektedir. Bu aşamada günlük tutmanın ve çizim yapmanın duyguları dışa yansıtmak için etkili birer araç olabileceğini ve hayâlî bir nesnenin de olumsuz duyguları taşıması için seçilebileceğini söyledim. Sara hayalinde bir domuz kumbarası oluşturdu. Bundan sonra onu üzen duygularını bu kumbaranın

içine atacaktı. Sara ile bundan sonraki seanslarımız içinde kumbarada güvenle tutulan hisleri birlikte boşaltmaya ve Sara'nın onları işlemesini sağlamaya karar verdik.

## 5. Seans: Aileden Gelen Öfke ve Kontrolü Yeniden İşleme

5. seansımızın başında Sara öğrendiği rahatlama egzersizlerini evde de başarıyla uygulayabildiğini ve içsel diyalog sayesinde rahatlamanın yararları ve güvenliliği konusunda ego durum sistemini ikna edebildiğini söyledi. Ancak, başarılı deneyimlerinin yanı sıra bir kere daha boyun ağrısı yaşadığını ekledi. Metaforik dil yardımıyla Sara ego durumlarını odada bizimle buluşmaya ve onları rahatsız edenin ne olduğunu paylaşmaya çağırdı. Bu süreçte rahatlama çalışmalarının gergin ve kaotik olan ev ortamına dair anılarını hatırlattığını fark etti. O zamanlarda evde rahatlaması imkânsızdı, çünkü babası devamlı olarak rahatlamak yerine "işe yarayan bir şeyler" yapması konusunda onu zorluyordu. Babasının kontrolünden ve öfkesinden kaçabileceği sessiz ve rahat bir sığınağı hiç olmamıştı.

Sara'nın öne sürdüğü bu temayı çalışmaya devam ettiğimizde Sara, bazı ego durumlarının, onları babasından koruyamaması konusunda Sara'yı sorumlu tuttuklarını fark etti. Sara'nın annesi onları korumakta yetersiz olduğu için Sara koruyucu rolü üstlenmeli ve kendi ego durumlarının ebeveyni olmalıydı. Şimdiki yetişkinlik zamanında da Sara bu durumda donup kalmıştı. Sara'dan, daha genç olan ego durumlarına, onları babasından neden koruyamadığını açıklamasını istedim. Sara onlara, o zamanlar onların yanında olamadığını, çünkü yetişkin olan Sara'nın o dönemlerde henüz var olmadığını söyledi. Şimdi ise Sara kendinin büyümüş ve yetişkin haliydi. O zamanlarda da onların yanında olup onları koruyabilmeyi çok isterdi, ancak bu mümkün

değildi. Yine de "Şimdi sizin koruyucunuz benim." diyerek artık burada olduğunu ekledi. Bunları söylerken ağlamaya başlayan Sara vücudunda birikmiş olan gerginliğin azalmaya başladığını hissetmişti. Ben de Sara'nın ego durumları ile olan konuşması esnasında negatif kognisyonu olan "Kendimi geçmişte koruyamadığım için korkağın tekiyim"den pozitif kognisyona "Artık kendimi koruyabilirim"e geçiş yaptığını fark ettim.

İçinde bulunduğumuz an, Sara'nın son zamanlarda deneyimlemekte olduğu, babasının öfkesini ve kontrolünü içeren rahatsız edici anılara odaklanmak için oldukça elverişli bir andı. Bu anılar üzerinde çalışmayı, ilk hedefimiz olarak belirledik. Sara, hedefimiz üzerine çalışmayı kabul etti ancak, ego durumlarının, babasına çok yaklaşmak istemedikleri konusunda beni uyardı. Sara'ya görselleştirme stratejisini kullanmayı önerdim. Böylelikle Sara babasının ona bağırdığı bir anın görseli üzerinde kontrol sahibi olacaktı. Sara'dan kendini bir sinema salonunda, rahat koltuklarda otururken hayal etmesini istedim. Zihnindeki görseli güvenli bir uzaklıktan sahneye yansıtmalıydı. Sara, hayâlî bir kumanda kullanarak görseli açıp kapama, görüntüyü karartma ve aydınlatma ve renkleri siyahtan beyaza değiştirme üzerine çalıştı.

Hedefimiz üzerine çalışmaya başlamadan önce 6 yaşındaki çocuk ego durumuna, yaptığımız çalışmanın Laurel'i üzmeyeceği ve onun Sara'yı reddetmesine sebep olmayacağı, Sara'yla olan çalışmasını bitirmesine sebep olmayacağı konularında güvence verdik. Bu kararsız çocuk hem Laurel'i kaybetmekten korkmakta hem de Sara'yı, kâbuslar ilk başladığı zaman onu bu tedaviye yönlendirmediği için Laurel'e kızmaktaydı. 13 yaşındaki ego durumu da bu çocuğu desteklemekteydi. Ayrıca ikisi de EMDR çalışmasına başlamak için yeterince güçlü hissetmediklerini söylediler. Ben de onları gözlemci olarak bize katılmaya davet

ettim, yapacağımız çalışmanın onları daha güçlü kılacağını da ekledim.

Daha sonrasında hedefimizi (Sara'nın babası Sara'ya bağırıyor) gözden geçirmeye devam ettik. Sara'nın bu görseldeki negatif kognisyonu "Ben bir korkağım." idi. Sonrasında VOC ölçeği üzerinden pozitif kognisyonu olan "Ben koruyucuyum"u değerlendirdik. Sara, bu kognisyona 7 üzerinden 4 verdi. Sara, okul öncesi kısmının son derece can sıkıcı olduğunu, çünkü ego durumlarının babasıyla tek başlarına kalıp korkunç bağırmalarıyla yüzleşmek zorunda olduklarını söyledi. Onları koruyacak hiç kimse yoktu. Sara kendini alt üst olmuş, korkmuş ve öfkeli hissediyordu. Hissettiği sıkıntıya SUD ölçeğinde 10 üzerinden 6 verdi. Sara'ya vücudunda ne hissettiğini sorduğumda bana omuzlarının acıdığını, göğsünde bir ağırlık hissettiğini, ancak boynunda hiçbir rahatsızlık olmadığını söyledi. Ona, babasıyla yalnızken babasının ona bağırdığı görüntüye odaklanmasını söyledim. Bu süreçte de hissettiği olumsuz inançların, hislerinin ve vücut hislerinin farkında olmasını istedim.

Sara, "Eğer bana kızgınsanız bu benim için bir problem değil, ben size kızgın değilim ve eğer bana ihtiyacınız olursa sizin için burada olacağım." sözleriyle kendini korunmasız hisseden ego durumlarını tekrardan rahatlatmaya çalıştı. Daha önceki seanstaki çalışmalarımız sonucunda Sara güçlü duygularını içinde tutabileceği güvenli bir kaba sahip olmuştu. Böylelikle hissettiği omuz ağrısı azalmaya başladı. Duyguları üzerinde iyi bir kontrol sahibi olması Sara'nın, babasının öfkesine maruz kalmış olan ego durumlarına, ihtiyaçları olan empati ve sakinleştirmeyi verebileceğini göstermekteydi. Çocukluğunda hiç kimsenin korumadığı ve sakinleştirmeye çalışmadığı Sara şimdi terapötik yardım ile bunu kendine sağlayabilirdi.

3. seansımızda Sara'ya EMDR çalışmamız için kullanabileceğimiz yöntemleri, kendisine uyan bir tanesini seçebilmesi için göstermiştim. Bu yöntemler, göz hareketleri için ışık çubuğunu veya parmak hareketlerimi izlemek, müzik veya değişen tonları takip etmek, son olarak da iki eliyle de tutacağı dokunsal bir cihaz kullanmaktı. Sara çift yönlü müziği tercih edeceğini söyledi. Seansımızda okyanus sesini müzikle birleştiren bir CD parçası seçtik ve sesi Sara'nın takacağı kulaklıklara ilettik.

Çok kısa bir süre içinde aile dinamiklerinden kaynaklanmış öfkeli olmaktan korkma hissi Sara'yı sarmıştı. Ailesinde sadece ebeveynlerinin öfke ve kontrol duygularını ifade etmeye hakkı vardı, Sara'nın herhangi bir memnuniyetsizlik göstermesine izin verilmiyordu. Sara korkusunu okul öncesi bir çocuğun ağzından duyuyordu. Müziği kapadı ve sonrasında "Bir tarafım öfkeli olmak ve bunu söylemek istiyor ama diğer tarafım, eğer öfkeli olursan büyük birisi de sana öfkeli olur, diyor." dedi. Bu noktada, benimle mi yoksa babasıyla mı konuştu, diye merak etmekten kendimi alamadım.

Sara hissettiği korkuyu fark edip onu söze döktüğü zaman bu korkunun önce güçlendiğini sonrasında ise azalmaya başladığını fark etti. Müziği açtığında ise korku hissi tekrardan yoğunlaşmaya başladı. Kulaklıkları çıkarmayarak, önceki seansımızda onu korumadığı için Sara'ya öfkeyle sitem eden okul öncesi çağındaki çocuğun –ego durumunun- benim onun protestosu hakkında ne hissettiğimi öğrenmek istediğini söyledi. Ben de onun ne kadar üzgün olduğunu anladığımı ve onun bu yoğun duyguları karşısında rahat olduğumu söyledim. Ayrıca Sara'nın öfke hissi üzerine çalışmasına izin vermesini umut ettiğimi ekledim.

Sara'nın hissettiği dehşet duygusu güçlenmeye devam ediyordu, ancak ben de onu konsantre olması ve duyusal uyarıma devam etmesi için cesaretlendiriyordum. Bu şekilde korkusunu

yenmesinin daha hızlı olacağına inanıyordum. Hazırlık aşamamızda çalıştığımız gibi, Sara'dan vücudundaki en rahat noktayı bulup oraya gitmesini söyledim. Ancak Sara bunu yapmaktan çok korktuğunu söyledi. Bu korkusu onu korumak için bekleyen gerginliğini bırakma, gardını düşürme korkusuydu. Ardından Sara, rahatlama çalışmalarının sonucunda, rahatlamış vücudunun korkmuş çocuk için bir beşik görevi gördüğünü fark etti. O küçük korkmuş çocuğu kollarına aldığını hayal ettiği zaman kendini daha sakin hissetmeye başlamıştı. Küçük çocuk Sara'nın onu sevdiğini ve onu koruyacağını biliyordu. Açıkça görülüyor ki çalışmamızın başından itibaren Sara duygu kontrolü ve kendini yatıştırma konularında oldukça gelişmişti. Onun terapimizde oldukça olumlu bir ilerleme içerisinde olduğunu hissetmiştim.

Sara seanstan sonra, öncesinde sinirli okul öncesi çocuk olarak 10 üzerinden 6 verdiği SUD ölçeğinde sıkıntılı hislerini 0 olarak değerlendirdi. Ancak 13 yaşındaki genç olan ego durumu yetişkinlere güvenmemeyi hâlâ sürdürüyordu. Bu sebeple sonraki seansımızda odak noktamızın o olmasına karar verdik. Seansımızın sonunda Sara'nın gelecek haftaya kadar bu seansımızdan kaynaklanan olumsuz duygu ve düşünceleri olursa onlarla baş edebilmesi için gerekli olan duygu kontrol stratejilerini tekrardan gözden geçirdik. Bu stratejiler; sınırlama görüntüleri (kutuya/*sandığa* atma vb.), günlük tutma ve güvenli alana gitmekti. Sara, seans içinde üzücü görüntüler ve hislerle baş etmek durumunda kalmasına rağmen seansın sonunda kendini oldukça rahatlamış ve sakinleşmiş hissettiğini söyledi. Sara bu sakinliğini seansın büyük çoğunluğunda kullandığımız müzikle uyarılma tekniğine bağlamaktaydı.

## 6. Seans: Kusurluluk Hissini Yeniden İşleme

Sara, önceki seansımızdan iki hafta sonra 6. seansımıza geldiğinde önceki zamanlara göre çok daha rahatlamış görünüyor-

du. Sara onu kâbuslarından ve travmatik anılarından sıkıntı çektiği zamanlarda EMDR terapisine yönlendirmekte geç kaldığı için hissettiği kızgınlığı çocuk ego durumunu kullanarak Laurel'e ifade edebildiğini ve seanslarının oldukça başarılı geçtiğini söyledi. Çocukluğunda Sara, ne zaman içinde bulunduğu durumdan memnuniyetsiz olduğunu ifade etmeye çalışsa çok daha fazla istismara maruz kalıyordu. Laurel ile birlikteyken öfkesini ve dargınlığını ifade edebilmiş ve bu hisleri Laurel tarafından destekleyici olan ve savunmacı olmayan bir şekilde kabul edilip onaylanmıştı. Aynı zamanda anlaşmazlıklar olsa dahi ilişkilerin devam edebileceğini görmüştü. Sara ve Laurel'in terapötik ilişkisi Sara'nın hislerini samimi bir şekilde ifade etmesine dayanıklılık göstermiş, olumsuz etkilenmemişti. Böylelikle Sara duygularını ifade edebilmenin son derece güçlendirici bir his olduğunu fark etmiş ve bu başarıyı ikimizin çalışmasına bağlamıştı. Terapi sürecinde ego durumlarının varlıklarını ve ihtiyaçlarını dile getirmelerini desteklememiz ve bu istekleri onaylıyor olmamız Sara'nın kendi duygularını ifade edebilmesinde etkili olmuştu.

Önceki seansımıza değinen Sara, hem Laurel'e öfkeli olan 6 yaşındaki ego durumunun hem de 13 yaşındaki ego durumunun önceki seansımız ve sonrasında Laurel ile olan seanstan sonra daha az sıkıntılı göründüklerini söyledi. 13 yaşındaki ego durumu artık en azından üç yetişkini (Laurel, ben, Sara'nın yetişkin ego durumu) güvenilir buluyordu.

Sonrasında önceki seansımızın da hedefi olan, babasının Sara'ya öfkeyle bağırdığı görüntü üzerine çalışmaya devam ettik. Sara hissettiği yalnızlık ve korunmasızlık hislerinin kendini koruyabilme hissine dönüştüğünü söyledi. Hem altı yaşındaki hem de on üç yaşındaki ego durumu SUD ölçeğindeki anksiyete değerini 0 olarak derecelendirdi. Bu seansımızda Sara duyusal uyarılma yerine görsel uyarılmayı tercih etti ve ben de Sara'nın

hissettiği içsel güvenlik hissimi kısa süren bir dizi göz hareketi ile güçlendirdim.

Sara pozitif kognisyonu olan "Ben koruyucuyum"u, "Ben güçlü bir koruyucuyum." ile değiştirmeye karar verdi. Sara bu cümleyi aklında tutarak VOC ölçeğinde bu cümleyi 5 olarak derecelendirdi. Bu derecelenmede hem 6 yaşındaki hem de 13 yaşındaki ego durumları hemfikirdiler. Sara hedef olarak seçtiğimiz görüntünün (babasının ona bağırdığı sahne) yavaş yavaş solmaya başladığını söyledi. Birkaç set göz hareketinden sonra VOC ölçeğine 7 veren Sara, görüntünün tamamen yok olduğunu söyledi. Sonrasında pozitif kognisyonu güçlendirmek için birkaç set daha göz hareketleri yaptık ve Sara VOC'un 7'de sabit kaldığını onayladı.

Sara'dan, ben göz hareketlerini yapmaya devam ederken vücudunu taramasını ve pozitif kognisyonu olan "Ben güçlü bir koruyucuyum"a odaklanmasını istedim. Sara şaşkınlık içinde vücudunun sıcak ve rahatlamış hissettiğini söyledi. Kısa bir set göz hareketi ile bu rahatlatıcı hisleri güçlendirdim. Pozitif kognisyonunu başarıyla içselleştiren Sara, bundan sonra özsaygı ve kendi isteklerini, içsel ailesinin de istekleri dâhil olmak üzere daha etkili şekilde karşılayabilme üzerine çalışmak istediğini ifade etti.

Sara henüz babasını içeren hedef görüntü ile olan çalışmasını bitirmeye hazır değildi. Babasının kontrolcü ve narsistik kişiliğine dair olan kinini dile getirdi. "Benimle hiçbir zaman eğlenmek için veya beni onun dikkatine değer gördüğü için vakit geçirmezdi. Sadece o çok "yüce olan" zorba kurallarını bana dayatmayı tercih ederdi." Okul zamanlarına işaret ederek hiç kimsenin onun ihtiyaçlarını karşılamadığını ifade etti. Sadece susmalı, duygularını bir köşeye atmalı ve diğer insanların ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıydı.

Anılar gelmeye başladığında Sara mide bulantısı hissetmeye ve nefes alamamaya başladı. Bu hislerin bir kısmını derin nefes alarak azaltabilen Sara içindeki genç ve daha büyük parçaları arasında içsel bir ayrışma olduğunu söyledi. Sara büyüdükçe babası sözel istismarı arttırmıştı. Bu sebeple genç ego durumları daha büyük ego durumlarının anlattığı bu sözel istismardan habersizdi. Bu yüzden genç ego durumları daha büyük ego durumlarının babanın acımasızlığı hakkında söylediklerinden şüphe ediyor ve bu da aralarında anlaşmazlık olmasına sebep oluyordu. Bu bölünme, Sara'nın gençliğinde bir aileye ait olma hissini kazanamaması ile iyice arttırmıştı. Sara aile fikrine karşı tuhaf ve utanç dolu hissediyordu. Bunları fark ettikçe Sara üzüntü ve kendinden iğrenme hisleri ile doldu. Bu hislerini dile getirirken karnının ağrımaya başladığını söyleyen Sara "Ben değersiz bir süprüntüyüm." cümlesini ortaya sürdü.

Sara kendisini ego durumları arasında geçen bir savaşın ortasında buluvermişti ve onlardan aldığı karışık ve birbiriyle çelişen mesajlar yüzünden kafası oldukça karışıktı. Ego durumlarından biri Sara'ya, çok kötü biri ve tam bir utanç kaynağı olduğu için ailesinin onu terk edeceğini söylüyordu. Yaşça daha büyük olan çocuklardan biri ebeveynlerinin öfke ve eleştirilerini Sara'ya yönlendirmeleri gerektiğini, böylelikle kendi kusurlarıyla yüzleşmek zorunda kalmayacaklarını ve fonksiyonel olmayan birliklerini böylelikle sürdürebileceklerini gösteriyordu. Sara'nın kusurları aile bütünlüğünü devam ettirme görevini üstlenmişti. Ego durumlarının bakış açıları şimdide geçerliliğe sahip değildi. Sara bunun farkında olsa da kendini duygusal olarak onlara inanmaktan alıkoyamıyordu. Ego durumlarının bu inançları Sara için oldukça sıkıntı yaratıyor ve Sara'nın yetersiz, çocuk gibi hissetmesine sebep oluyordu. Sara birkaç tane daha kendini aşağılayan cümle kurdu. Bu cümleler Sara'nın çocuk ego durumlarının onu kusurlu gören

ailesini içselleştirmesi sonucunda ortaya çıkmıştı.

Sara'ya bir yetişkin olarak şimdi kendi hakkında neye inanmak isteyeceğini sordum. Sara, kusurlu olmadığına, iyi olduğuna ve ailesinin sıkıntılı evliliğinden sorumlu olmadığına inanmak istediğini söyledi. Ego durumlarının farklı farklı inançlarına rağmen içsel huzura ulaşabilmek istediğini de ekledi. Sara ego durumlarının farklı inançlarını bir yandan kabul ederken bir yandan da onları çözümlemeye devam etmek istiyordu. Ancak, ilk aşama bu inançların sebep olduğu anksiyete ile başa çıkabilmekti.

Kendimize yeni bir hedef belirlemiştik: Sara'nın babası tehditkâr bir şekilde parmağını Sara'ya sallıyor ve onu kusurları için azalıyordu. Bu görüntünün negatif kognisyonunu "Ben değersiz bir süprüntüyüm." olarak belirledik. Pozitif kognisyon için "Ben iyiyim." ifadesini belirleyen Sara, bu ifadeye VOC ölçeğinde 7 üzerinden 4 verdi. Hedef görüntü ile bağlantılı olan hisler; öfke, iğrenme, yabancılaşma ve üzüntüydü. SUD ölçeğinde bu görüntüyü 6 olarak değerlendiren Sara, görüntüye bağlantılı olarak vücudunda oluşan hisleri, sıkışma hissi ve karın ağrısı olarak tanımladı.

Sara bu aşamada çift yönlü müzik kullanımına geri dönmeye karar verdi. Babasının görüntüsünü hayâlî sinema ekranına yansıttığı zaman, görüntünün yakınlığından rahatsızlık duymaya başladı ve içsel çocuk ego durumlarının bu mesafede kendilerini gergin hissettiklerini söyledi. Bu noktada Sara'ya eğer anksiyetesini kontrol etmek için gerekli ayarlamalar yapmak üzere bir adım atabilecek olsaydı neyin ona yardımcı olabileceğini sordum. Sara da sinemanın olduğu odaya daha fazla koltuk eklemeye karar verdi. Böylece çocuk ego durumları sahneden daha uzağa oturabileceklerdi.

Sara tekrardan hedef görüntüye odaklandığı zaman "Ailem gerçekten korkunç bir aileydi." diyerek ağlamaya başladı. "Onlar

hayatın zor olduğunu, görevlerinin bizi ev ortamında sertleştirmek olduğunu, ancak bu şekilde dışarıda hayatta kalabileceğimizi söylüyorlardı. Bize hayatın ne kadar kötü olabileceğini evimizde göstermek istediler. Onlar için ebeveyn olmak buydu. Ne kadar anlamsız!" Sara'nın ağlaması kesilmeye başladıkça ve bu boğucu sahne üzerinde düşünmeye devam ettikçe üzüntüsü öfkeye dönmeye başladı. "Evliliklerinin tamamen işlevsiz olduğunu, ebeveyn olmaya dair bildikleri hiçbir şey olmadığını ve hiç kimse onların ne kadar beceriksiz ve aptal olduğunu anlamasın diye beni kullandılar. Sanki kusurlu ve tüm bu karmaşanın sebebi olan benmişim gibi gösterdiler."

Sara şimdi bir çocuk olarak kendini daha gerçekçi değerlendirebiliyordu: "Ben kötü değildim. Ben iyi bir çocuktum ama çocukluğumu yaşamama izin verilmedi. Çocuk parçalarıma, ailemleyken yaşayamadığımız çocukluğumuzu yaşamaları için izin veriyorum." Bu anda Sara'nın aklına eğlenceli bir görüntü gelmişti. Görüntüde ego durumlarını parka götürüyordu. Sara çocukluğunda ne kadar çok önemli ve onu duygusal olarak besleyecek deneyim kaçırdığını fark edince tekrar ağlamaya başladı. Ancak aklına gelen bir diğer düşünce; artık bir yetişkin olarak kendisi ile ilgiyle, sevgiyle ilgilenebilir ve aynı zamanda bu imkânları çocuğuna da sağlayabilir olduğuydu. "Daha ilgili bir ailem olmasını çok isterdim." diyen Sara devam etti: "Kızlarımı parka götürdüğüm zamanlar çocuk parçalarımı da yanıma alacağım ve onları her gece yaptığım rahatlama egzersizlerine de dâhil edeceğim."

Sara sonrasında ailesi ile, onların bu kadar kötü bir aile olmasından dolayı onlara karşı hissettiği öfkeyi paylaşmayı düşünmeye başladı. Ancak bu düşünce ona o kadar korkutucu gelmişti ki hemen fikrini değiştirdi. Ardından, aslında babasının görüntüsü ile yüzleşerek de aynı sonuca varabileceğini fark etti. Uzun bir süre sessiz kaldıktan sonra babasına onun ne kadar başarısız bir

ebeveyn olduğunu ve kendisinin kızına çok daha iyi bir ebeveyn olduğunu söyledi. Bu esnada babasının hedef görüntüsüne odaklanmakta olan Sara, görüntünün değişmeye başladığını fark etti. Sözel ve fiziksel anlamda korkutucu olan babası şimdi Sara'nın karşısında aciz bir şekilde ayakta duruyor ve son derece şaşırmış, afallamış görünüyordu. Ayrıca kızının onu eleştirmeye cesaret eden cüretine hayran kalmıştı. Babası artık hareket etmiyor, konuşmuyordu. Adeta boşlukta donup kalmıştı. Sara bu görüntüden oldukça memnun olarak gülmeye başladı. Sara bana "Büyü bozuldu." dedi. Çünkü babası artık çok komik ve zavallı görünüyordu.

Sara son olarak negatif kognisyonu olan "Ben değersiz bir süprüntüyüm." cümlesine SUD ölçeğinde 0 verdi. Pozitif kognisyonu olan "Ben iyiyim." cümlesine ise VOC ölçeğinde 6 verdi. Ayrıca pozitif kognisyonunu geliştirip daha güçlü bir cümle olan "Biz oldukça iyiyiz"e dönüştürmüştü. Ben de birkaç set daha göz hareketleri ile çalışıp bu yeni inancı güçlendirmeye ve VOC değerini 7'ye yükseltmeye çalıştım. Pozitif kognisyonu güçlendirmek için Sara, ailesine bir mektup yazdığını ve kendi hakkındaki yeni inançlarını onlarla paylaştığını hayal etti. Sara bu mektubu göndermeyeceğini, çünkü bunun tam anlamıyla zaman kaybı olacağını söyledi. Bu oldukça önemliydi, çünkü bu cümleler Sara'nın içinde önemli bir dönüşüm yaşandığını ve artık ailesinin bunu onaylamasına ihtiyaç duymadığını göstermekteydi. Sara, çocuk ego durumlarının da bu dönüşüme katıldıklarını ve onların da yeni pozitif kognisyonlarda hemfikir olduğunu söyledi. Ayrıca, ego durumları artık geçmişte yaşadıkları istismar konusunu sır olarak saklamaya gerek olmadığı konusunda da anlaşmışlardı. Sara bu deneyimleri eşi veya Laurel ile paylaşabilirdi.

Son bir vücut tarama yaparak Sara'nın fiziksel olarak iyi hal içinde olduğundan emin olduk ve seansımızı derin rahatlama egzersizi ile tamamladık.

### 7. Seans: Kapanış

Sara, son seansımıza geldiğinde oldukça mutlu ve rahat bir tavır içerisindeydi. Çalışmamızın başlangıcına göre anksiyetesi, kafa karışıklığı ve depresyonu belirgin bir ölçüde azalmıştı. Benim tatilde olduğum sürede Sara Laurel ile şimdiye olan çalışmalarımızı güçlendirecek, oldukça verimli iki seans gerçekleştirmişti. Sara artık kâbus görmediğini ve geri dönüşler (flashback) yaşamadığını ifade etti. Ayrıca ebeveyn olmaya dair sahip olduğu yetenekler konusunda endişeli hissetmediğini ve yetiştirirken onu incitmiş ailesi gibi olmayacağı, çocuklarını yetiştirirken sevgi dolu ve destekleyici bir ebeveyn olacağı konusunda kendine güvendiğini söyledi. Cinsel isteği geri dönmüştü ve kendini genel olarak da daha rahat hissediyordu. Laurel da Sara'daki olumlu değişimin farkındaydı ve EMDR ve ego durum çalışmalarımızın etkinliği konusunda da genel anlamda oldukça memnundu. Sara'nın hazır hissettiği zaman benimle olan çalışmasını sonlandırabileceği konusunda anlaşmışlardı. Laurel ile olan konuşmamızda Laurel bana ego durum çalışması üzerine araştırmalar yapmaya başladığını ve Sara'nın içsel ailesi üzerine çalışmaya devam edebileceklerine inandığını söyledi.

Yedinci seansımızda Sara, ego durumlarına, çalışmamızı tamamlamamız konusunda hazır olup olmadıklarını sordu. Anladığım kadarıyla Sara'nın içsel ailesinin üyeleri, Laurel'in onların varlığına ve ihtiyaçlarına dair bir anlayış kazanmaya başlamış olması ve onlarla çalışmaya gönüllü olması konusunda güven içerisinde olduklarından, benimle olan çalışmanın tamamlanmasını kabul ettiler. Biz de Sara ile eğer Laurel Sara'nın EMDR'ye devam etmesinin daha iyi olacağını düşünürse Sara'nın tekrardan benimle çalışmaya devam edebileceği konusunda anlaştık.

Bu seansımızdaki süreyi Sara ile olan ilişkimizi sonlandırmak için kullandık. Sara'nın isteği üzerine Sara'nın terapi süre-

cinde hoşnut kaldığı çift yönlü uyarımda kullandığımız müziği birlikte dinledik. Sara ve ego durumları, bana hoşça kal diyebilmek için ev ortamını, göl kenarında bulunan dağ evini tercih ettiler. Burada Sara'nın ego durumları bana kendi mesajlarını ilettiler. Daha genç olan ego durumları Sara'nın artık çok daha oyuncu ve eğlenceli olduğunu bilmemi istedi. Ergenlik döneminde olan ego durumu Sara'nın beni kabul ettiğini ve beni güvenli bir yetişkin olarak gördüğünü onayladı. Bir yandan da Laurel ile çalışmaya devam etmesini onayladığım için oldukça memnun olduğunu söyledi. Önceden kendini kusurlu ve yetersiz hisseden ego durumları, onları kabul ettiğim ve öz kabullerini yeniden inşa ettiğim için bana minnettar olduklarını ifade ettiler. Ben de onlara Sara'ya yardım edebilmem için, kendilerini bana açmayı kabul ettikleri zaman çok cesur davrandıklarını ve bu cesaretlerini takdir ettiğimi söyledim.

Bu noktada Sara çocuk durumlarının tekrardan içeri döndüklerini ve aynı kendi kızları gibi onların da artık kendi kalbinde olduklarını söyledi.

EMDR ve ego durum terapisini değerlendirdiğimiz zaman Sara, şimdiki duygusal durumunun son çocuğunun doğmasından önceki döneme göre bile -ki o zamanlar ruh halini, normal ve fonksiyonlarını olumlu bir şekilde sürdüren olarak tanımlardı- çok daha iyi olduğunu ifade etti. Terapimizde kullandığımız takım-işi anlayışının onun için güzel bir model olduğunu, bundan sonra eşiyle birlikte ebeveynler olarak bu takım-işi anlayışını devam ettirebileceklerini söyledi. Sara'nın ego durum sistemi, içinde büyüdüğü aileyi hatırlatacak şekilde çatışma içinde ve birbirinden kopuk bir gruptu. Bu noktada, Sara'ya artık içsel aile üyelerinin birlikte barış içinde var olabildiklerini göstermek istedim.

Son seansımızı bitirirken Sara'nın günlük hayatındaki stresi ve duyguları da kontrol edebilmesi için son bir kez daha göz hareketleri egzersizini yaptık. Bu egzersizde duyusal ve görsel rahatlama stratejilerini tekrar ettik.

## SONUÇ

Sara'nın duygusal süreçlerle ilgili yaşadığı tüm zorlukları elbette ki bu kadar kısa süreli EMDR ve ego durum terapisi entegresi ile çözmemiz mümkün değildi. Ancak yaptığımız 7 seans Sara'nın semptomları üzerinde belirgin derecede etkili oldu ve Sara kontratta belirlediğimiz 10 seanslık sürenin 7. seansı sonunda ana terapisti ile etkili bir şekilde çalışmaya devam edebileceği düzeye geri dönmüştü. Çalışmamızda birçok faktör bir araya gelerek çalışmamızın başarılı olmasını sağlamıştır. Öncelikle ana terapist, geleneksel terapinin danışanı için işe yaramamaya başladığını ve danışanın gerileme (regresyon) göstermekte olduğunu fark etmiştir. Bu açıdan terapist, travma yaşamış, kronik TSSB belirtileri gösteren biri ile çalışmak için eksiklikleri olduğunu fark etmiş ve danışanının iyi halini düşünerek onu, kendisinin sağlayamayacağı hizmeti sağlaması için EMDR ve ego durum terapisinde uzmanlaşmış birine yönlendirmiştir. Kötüleşen semptomlara rağmen ana terapist ile danışan arasındaki yerleşmiş güçlü çalışma ilişkisi, danışan için güvenilir bir zemin yaratmış ve danışanın üçlü tedavi ilişkisine geçişini kolaylaştırmıştır. Sonrasında benim danışanın geçmişini ve şu anda yaşamakta olduğu semptomları göz önüne alarak yaptığım değerlendirme, onun EMDR ve ego durum çalışması için mükemmel bir aday olduğunu ortaya koymuştur. Son olarak, ana terapist ile aramızda, iş birliğimize dair açık ve etkili parametreler belirlemiş olmamız da son derece önemlidir. Ana terapistin bana sağladığı bilgiler, kısa süreli ve etkili bir tedavi programı hazırlamam konusunda oldukça yardımcı olmuştur.

Danışanın çalışmamıza kendinden getirdiği belli özellikleri ve güçlü yönleri de çalışmamızın olumlu bir sonuca ulaşmasında oldukça etkili olmuştur. Öncelikle danışan semptomlarından kurtulmak üzere çaba harcamaya son derece hazırdı. Bunun dışında danışan, kendini gözlemlemekte başarılı, mantıklı düşünebilen ve kendi psikolojik fonksiyonlarına karşı oldukça meraklı bir kişiydi. Ayrıca yeni bir terapist ile yeni bir terapötik yönelimde çalışmayı denemeye istekli olacak derecede cesurdu.

Çalışmamız başladıktan sonra, danışanın hazırlık evresine verdiği tepkilerden elde ettiğimiz belirtiler de onun EMDR çalışmasına uygun olduğunu göstermekteydi. Bu evre, danışanın, stres ve duygu kontrol eğitimini ve içsel ailesini öğrendiği, kabul ettiği, onlarla çalışmaya başladığı ego durum çalışmasını içermektedir. Danışan bu süreçte kaygısı ve ezici bir nitelik kazanmış dengesizlik hisleri ile başa çıkma konusunda artan bir yetenek sergilemiştir. Hazırlık aşamasından sonra başlayacak olan EMDR çalışması, danışanın geçmiş olaylara, ona kötü muamele eden ailesinden kaynaklanan kendilik imajına ve şimdi sahip olduğu kendilik imajına olan algısında büyük değişiklikler yaratmayı amaçlamaktaydı. Hazırlık aşamasında, bireysel ego durumlarını tek tek, gelmekte olan çalışmanın onların varlıkları ve iyi halleri için bir tehdit oluşturmayacağı konusunda ikna etmek son derece gereklidir. Hem danışanın hem de benim onların var olma haklarını destekleyeceğimizi ve ihtiyaçlarını onaylayacağımızı bilmeleri gerekmektedir. Danışan ile bu süreçte, çocuk ego durumları, yetişkin ego durumu içinde olan danışanın kendisi ve yaşadıkları travmaları tekrar hatırlamayı içeren çalışmada ego durumlarını yönlendiren terapisti ve beni içine alan bir güven çemberi kurduk. Ek olarak içsel sistem, bu ikili tedavinin terapistlerinin geçmişte onları çok korkutmuş olan olumsuz ebeveyn figürlerinin özelliklerini sergilemeyeceğinden emin olmak iste-

di. İş birlikçi terapi modeli, danışanın her iki terapisti ile olan ilişkisini gözden geçirmesini mümkün kılarak süreç boyunca danışan için bir gerçeklik testi görevi görür.

Danışanın, güçlü duygulara tolerans gösterebilme ve içsel ego sistemini anlama alanlarında artan bir yetenek sergilemeye başlaması onun standart EMDR protokolünün uygulanmasına hazır hale geldiğini işaret etmekteydi. Bu aşamada travmadan kaynaklı olumsuz bir sekel, işlev bozukluğu olmasına karşı tetikteydim, ancak böyle bir belirti ile karşılaşmadım. Danışan, semptomların iyileştirilmesi protokolünde sorunsuz olarak ilerlemeye devam etti. EMDR çalışmamız danışanın güçlü olumsuz hislerini ve çocukluk travmasına dair anılarını yeniden işlemesini mümkün kıldı. Ayrıca danışanın sahip olduğu negatif kognisyonları olan değersizlik ve güvensizliği yeni, güçlü ve kendi değerini, becerilerini, bir anne, bir eş ve bir uzman olarak sahip olduğu yetişkinlik rollerine dair kabiliyetini, kendini koruma ve kendini yatıştırma özelliklerini içine alan olumlu inançlara dönüştürmesini sağladı.

Sonuç olarak tüm bu süreç sonunda danışan çocukluğunda ona kötü muamelede bulunmuş ebeveynleri ile bağlantılı olan olumsuz duygularını nötralize edebilmiş ve kendi içsel ailesine ebeveyn olabilmeyi öğrenmiştir. Böylelikle danışanın yetişkin ilişkilerinde kendine olan güveni ve becerileri de artmıştır. İş birlikçi terapi modeli danışanın başka türlü ulaşamayacağı, özelleştirilmiş bir tedaviyi mümkün kılmıştır ve danışanı çocukluk travmasından kaynaklanan kısıtlamalardan kurtarmıştır.

# DİZİN


## A

abreaksiyon 231, 251, 253, 255, 261, 265, 266, 269
ACT-AS-IF 227, 238, 244, 281
Adaptif Bilgi İşleme Modeli 40, 303
adaptif davranış 127
alter kişilik 236, 239, 240, 250, 257, 269, 274, 277
Amerikan Klinik Hipnoz Dergisi 155
Amerikan Klinik Hipnoz Derneği 148
amigdala 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 123, 126, 127, 129, 132
amnezi 29, 102, 103, 108, 112, 167, 195, 224, 227, 229, 250, 265, 268, 271
anda kalma 80
anksiyete 26, 27, 33, 113, 114, 167, 169, 271, 385, 484, 487, 489, 494, 495, 500, 510, 513
anosognosia sendromu 355
ANP 120
antilibidinal ego 421
Arama sistemi 105
ARCHITECTS 227, 256, 261, 262, 276, 281
Arıtma 262
artmış aktivasyon 49, 130
aşırı stres bozuklukları 18, 23, 103
Assagioli 37

## B

baba içe atımı 381, 383, 384, 390
bağlamsal hedefler 440
Bağlamsal terapi 411, 431, 442
bağlanma 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 32, 34, 37, 40, 62, 64, 66, 103, 104, 106, 120, 121, 122, 125, 126, 128, 228, 238, 240, 250, 412, 413, 418, 421, 423, 424, 427, 434, 435, 440, 442, 443, 481
bağlanma sorunları 18, 19
bağlanma teorisi 62
bakıcı 25, 26, 33, 125
başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozuklukları (BTA-ASB) 23
BAT 208, 210, 212, 217
beceri geliştirme 257, 275
Beden Tarama 45, 375

Bellek parçalanması 119
Berne 352, 353, 380, 397, 398
beyin 105, 109, 113, 114, 115, 119, 121, 124, 125, 127, 128, 130, 133, 347, 354, 355, 356, 357
BHS 289, 311, 313, 315, 317, 318, 326, 328, 341, 342, 343
Bilişsel analitik terapi 197
Bilişsel davranışçı yaklaşım 157
Bilişsel entegrasyon 119
Bilişsel Terapi 193, 195
Birincil Disosiyasyon 107
birincil disosiyatif tepkiler 120
biyolojik duygusal işlev sistemleri 104
Blakeslee 355, 356, 404
BLS 170, 173, 180, 181, 182, 183, 185, 188, 247, 262, 264, 305, 306, 307, 308, 309, 323, 325, 328, 332, 333, 337, 339, 361, 362, 463, 464, 498
Bluhm 130, 138
Bogen 354, 400
Boksman 130, 138
Bölünmüş sadakat 423
Borderline kişilik bozukluğu 193, 273
Boszormenyi-Nagy 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 423, 427, 442, 444, 445, 446
bozulmuş anlamsal bellek 119
Braun 228, 279
Bremner 117, 118, 119, 136, 143
Breuer 350, 353
Bromberg 351, 353, 355, 358, 380, 398
BTA-ASB 18, 23
BTADB 229, 230
BTT-ASB 103, 104, 108

## C

çalışılan eş 430
çapraz eğitim modeli 17
Charcot 348, 350
çifte açmaz 234, 240, 423, 424, 425, 432, 440
çifte açmazlar 248, 411
çift terapisi 443
çift yönlü uyarım 45, 67, 68, 69, 77, 80, 181, 249, 253, 255, 257, 258, 260, 261, 266, 275, 294, 498
CIPOS 289, 311, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 323, 339, 341, 343
Classen 21, 24, 26, 27, 94, 103, 137
çocuk ego durumu 55, 77, 291, 320
çocuk istismarı 34, 220, 465
çocukluk travması 225
Çocuk Modları 195
Çok Boyutlu Disosiyasyon Envanteri 64, 245
Contreras 116, 139
çözülme 63, 88
çözülmemiş travma 68, 228
ÇYU 67, 68, 77, 80, 82

## D

DDDB 228, 237, 238, 249, 255, 265, 269, 278
DDIS 64, 245, 367, 378, 387
dezorganize bağlanma 103, 104
dezorganize bağlanma bozuklukları 103
disosiyasyon 18, 20, 21, 25, 26,

27, 28, 29, 30, 31, 37, 47, 49, 50, 51, 56, 64, 65, 107, 108, 121, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 147, 155, 170, 173, 197, 217, 223, 226, 227, 230, 237, 238, 240, 251, 260, 271, 273, 288, 302, 310, 311, 313, 315, 350, 355, 362, 363, 367, 368, 369, 372, 373, 378, 382, 387, 388, 390, 394, 396, 397, 421, 423
disosiyatif bozukluk 18, 62, 64, 170, 229, 235
Disosiyatif Bozukluk Görüşme Çizelgesi 63, 367
disosiyatif bozukluklar 17, 18, 19, 33, 38, 103, 134, 231, 243, 395
Disosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme 64, 245
Disosiyatif Bozukluklar için Yapısal Klinik Görüşme 367
disosiyatif kimlik bozukluğu 29, 35, 76, 91, 132, 188, 316, 339, 343
disosiyatif parça 31
disosiyatif semptom 93
Disosiyatif Tablo Tekniği 429
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği 63, 231, 267
disosiye olmuş ego durumu 291
dissosiyatif kimlik bozukluğu 501
DKB 29, 35, 47, 48, 62, 102, 132, 133, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 258, 259, 260, 262, 264, 266, 267, 268, 271, 273, 278, 316, 317
donakalma 106, 120, 130, 134
Dorsal vagal kompleks 127
DSM-IV 21, 22, 23, 28, 29, 42, 227, 245, 316, 367, 484
DSM–IV–TR 358, 359
D Tipi bağlanma 126
Duyarsızlaştırma 45, 212, 217, 242, 334, 373
duygulanım düzenleme 26, 419
Duygusal Yoksunluk 205, 218
Düzeltici Deneyimler Sağlamak için Hipnoz Kullanımı: 178

## E

ECEM 150, 152, 153, 155, 171, 173, 178, 179, 184, 190
ego-distonik 292, 365
ego durum çatışması 35, 177, 441, 443
ego durum sistemi 38, 39, 40, 71, 72, 73, 78, 87, 93, 188, 413, 443, 498, 499, 503, 517
ego durum terapisi 18, 155, 172, 175, 179, 184, 186, 187, 194, 224, 226, 227, 237, 244, 246, 271, 278, 286, 348, 431, 444, 479, 490, 518
Ego Durum Terapisi 39, 145, 172, 193, 202, 474, 478
ego güçlendirme 68, 156, 159, 175, 180, 263, 278
Ego Güçlendirme 145, 157, 159
ego gücü 157, 159, 186, 243, 429

Ekran Çalışması ve Duygulanım Kadranı 80
Eksen II bozuklukları 26
Eksen II kişilik bozuklukları 19
EMDR İnsani Yardım Programı 295
entegrasyon 32, 34, 105, 112, 119, 187, 317, 420, 448
Erişim 48, 252, 262, 324, 328, 454
erken travma 126
erken uyumsuz şemalar 205
ev sahibi kişilik 369, 421

## F

Fairbairn 353, 399, 421, 444
Fantom-ekstremite ağrısı 355
Ferenczi 353, 399
fibromiyalji 135
flashback 35, 228, 246, 255, 264, 274, 288, 296, 453, 516
Framo 412, 416, 417, 444, 445, 446
Freud 37, 70, 145, 154, 156, 188, 190, 348, 350, 353, 359, 363, 400

## G

garip kaçınma davranışları 27
Gazzaniga 354, 357, 358, 398, 400, 401, 402, 403, 404, 405
gece terörü 23
gelişim 25, 121, 240, 350, 360, 363, 364, 373, 381, 396, 397, 415, 485
gelişimsel travma 22
genç parça 178, 181, 182, 183
genogram 70, 428
Gestalt öğrenme teorisyenleri 41
gevşeme 78, 79, 80, 82, 149, 170
Glover 353, 401
Glover, E. 401
GNP 30, 33, 35, 38, 47, 48, 50, 107, 108, 109, 120, 369
görünüşte normal kişilik 421
göz hareketleri 45, 69, 90, 176, 177, 182, 294, 299, 313, 314, 324, 325, 331, 334, 341, 343, 508, 511, 515, 518
Göz hareketleri 67, 150, 300, 301
Göz Hareketleri ile duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme 18
Göz Kapalı Göz Hareketleri 150
gözlemci eş 430
Güven eksikliği 103
güvenli ev 72
Güvenliğin Sürekliliğinin Sağlanması Prosedürü 311
Güvensizlik 206, 210, 219

## H

HAP 47, 295
hedefleme 289
Helen Watkins 37, 155, 224, 353, 363, 410
hipervijilans 23
Hipnotik Ego Güçlendirme 159
hipnotik indüksiyon 147, 151, 170, 234, 379
Hipnotik İndüksiyon Profili 162
hipnotik telkin ve çift yönlü uyarı 173
Hipnoz 147, 148, 150, 155, 156, 159, 168, 171, 175, 178, 187, 262, 263
hipnoz-EMDR kombinasyonu 151
hipnoz ve EMDR 146, 148, 150, 155, 171

hipokampus 109, 112, 123
histeri 154, 350
H. Watkins 31, 38, 353

## I

İAS 447, 448, 449, 450, 451, 452, 454, 456, 457, 459, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 470, 471
içe atım 34, 272, 276, 277, 384, 391, 392
içsel aile 37, 69, 70, 93, 451, 454, 457, 482, 485, 496, 497, 517
içsel aile sistemi 37, 93, 454, 485
İçsel Aile Sistemleri Modeli 447, 463
İkincil Disosiyasyon 108
ikincil travma 91
ilişkisel travma 22, 26, 128
İndirekt hipnotik telkinler 160
intrapsişik 18, 379, 410, 416, 423, 426, 427, 429, 431, 437
iş birlikçi terapi 474, 478, 488, 490
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Modları 195
İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları 195

## J

John Watkins 37, 155, 224, 352, 353, 363, 410
J. Watkins 31, 38, 232

## K

kâbus 516
kaçınma davranışı 293, 303, 307
Kaçınma İsteği Seviyesi 309
kaçınma savunmaları 34
kaçınma savunması 51
kaçma 106, 120, 125, 126, 129, 132, 204, 287, 438
Kafa Arkası Ölçeği 310, 311, 313, 326
Kapanış 45, 183, 262, 265, 269, 278, 376, 392, 516
Karakter ve Anal Erotizm 359
Kaynak Geliştirme 77
Kendiliğe Erişim 454
Kendiliğin Parçalarına Erişme 230, 496
Kendilik Durumları Sıralı Diyagramı 197, 200
Kendilik Durumu 207, 220
Kendilik Durumu Sıralı Diyagramları 220
kendine zarar verme davranışı 19
Kendini Sakinleştirme 419
kendini yatıştırma 78, 79, 390, 419, 509, 520
Kişiliğin Birincil Yapısal Disosiasyonu 107
kişiliğin duygusal parçası 107
kişiliğin görünürdeki normal parçası 107, 120
kişilik bozuklukları 19, 103, 359, 360, 395, 478
kişilik ve disosiyatif bozukluklar 17
Knipe 17, 20, 37, 38, 47, 51, 95, 96, 285, 286, 289, 303, 344, 361, 401, 483, 485
Knipe, J. 95, 96, 344, 401
Kognisyon Geçerlilik Ölçeği 499
Kohut, H. 402
Kompleks aksiyon sistemleri 106, 120
kompleks TSSB 18, 33, 84, 90, 103, 483

kontrol altına alma 186, 246, 247, 248, 249, 252, 253, 256, 257, 274, 275, 278
korku 17, 21, 25, 29, 55, 91, 102, 125, 126, 129, 131, 132, 285, 287, 292, 294, 296, 297, 298, 301, 308, 320, 321, 327, 328, 330, 334, 335, 338, 351, 366, 372, 458, 459, 460, 469, 476, 483, 491, 502, 508
korku evi 491
Korku sistemi 105
kortikal engelleme 126, 132
Krasner, B. 444
kronik ağrı 135, 484
Kronik suçluluk duygusu 103
kronik travmatizasyon 103
kronik yorgunluk 135
küçük-t travma 84, 484
Kusurluluk 206, 219, 509
Kuzey İrlanda 200, 201, 203, 204, 220

## L

Lampl-de-Groot, J. 402
LeDoux 110, 112, 113, 114, 115, 116, 138, 139, 347, 354, 356, 357, 400, 402
LeDoux, J. 138, 139, 400, 402
Liberzon, I. 139
libidinal ego 421, 424
limbik merkezli bağlanma 125
limbik sistem 115
Locus seruleus 116
LOUA 309

## M

Manfield 19, 97, 361, 362, 403
merkezî ego 421
Milton Erickson 154, 160, 169, 187
Myers, C. S. 140, 403

## N

negatif kognisyon 374, 384, 434
Nijenhuis 20, 99, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 120, 131, 132, 140, 142, 143, 245, 281, 369, 403, 405, 419, 446
NKD 133
Norepinefrin 116
nörogörüntüleme 117

## O

Öfke sistemi 105
Onay 262, 263, 458, 459
ön singulat girus 109, 123
Ön singulat korteks 117
Orbitofrontal korteks 123
otonomik değişkenlik 135
Öznel/Fenomenolojik Model 28
Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) 173, 499

## P

Pain, C. 94, 137
Panik sistemi 105
Panksepp, J. 140
Papanicolaou, A. 141
parasempatik aktivasyon 25
partner şiddeti 19
pasif agresif 377
Patofizyoloji 115, 125, 131
Pelcovitz 22, 100
Perls 37
Phillips, M. 98, 190, 191, 192, 282, 446

Pierre Janet 154, 283
pozitif kognisyon 44, 83
prefrontal korteks 109, 116, 117
Psikoeğitim 65
psikojenik felç 27
Psikoseksüel olgunlaşma 387
Putnam, F. 94, 279, 282, 345, 404

## R

Ramachandran 355, 356, 357, 404
refleks sempatik distrofi 135
regresyon 518
Reik, T. 404
REM yoksunluğu 116
Ribari, U. 139
romatoid artrit 135
Roth 22, 100
Ryle, A. 221

## S

Sağlıklı Yetişkin Modu 195
sağ yarımküre 118, 119, 355, 357
Sağ yarımküre 357
SARI 146, 147, 158, 171, 177, 185, 186
savaşma 106, 120
savunma tepkileri 130
Schiffer, F. 141
Şema Odaklı Bilişsel Terapi 193, 195
Şema Ölçeği 200
Semptom ile Bağlantılı Ego Durumlarıyla Çalışma 177
sevgi dolu gözler 289
S Evresi 169
Shapiro 19, 23, 40, 41, 42, 44, 62, 96, 97, 98, 99, 100, 149, 192, 242, 243, 247, 255, 261, 283, 286, 318, 344, 345, 360, 362, 396, 402, 403, 404, 410, 419, 440, 441, 445, 446, 448, 462, 471, 472, 479
Şimdi burada olma 289
Şimdiki Gerçekliğe Yönelim 73
sinir sistemi 33, 127, 134
sınırda kişilik bozukluğu 25, 26, 91
sınır kişilik bozukluğu 290
Sıralı Diyagramı 197, 200, 207
Sokratik sorgulama 216
sol yarımküre 118, 119, 357, 358
Somatoform Disosiyasyon Ölçeği 245
Somatosensoriyel entegrasyon 119
Son Travmatik Olaylar Protokolünü 396
Sosyal İzolasyon 205, 219
Sosyo-Bilişsel Model 28
Sperry 354, 400, 402
Spinazzola 22, 100
stabilizasyon 19, 20, 40, 63, 65, 67, 76, 88, 91, 93, 156, 158, 175, 242, 246, 247, 249, 251, 252, 362, 376
stabilize etmek 36, 43, 91, 146, 483
standart EMDR protokolü 68, 255, 288, 339
SUD 45, 84, 173, 181, 182, 212, 217, 263, 318, 340, 373, 375, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 391, 392, 393, 433, 499, 500, 507, 509, 510, 513, 515
Sullivan 353, 405
süperego 154, 364, 416, 417

## T

talamus 109, 110, 123
Temel Ego Durumu 421
temel kişilik 369, 370
terapötik yardım 507
TKD 133
Travma, çözülme ve bağlanma sorunları 18
Travmanın yeniden işlenmesi 36
travma sonrası stres bozukluğu ve bağlanma 17
travmatik anı 93, 268, 341
Travmatik Anıya Erişim 328
travmatik materyal 52, 64, 89, 253, 261, 304, 477, 482
travmaya bağlı depersonalizasyon 130
Travmaya Erişim 252
TSKB 103, 104
TSKB-D 104

## U

üçlü oryantasyon 236
Üçüncül Disosiyasyon 108
üstesinden gelmek 208, 426, 441
utanç 23, 25, 55, 89, 103, 287, 293, 306, 389, 486, 512
uyku bozuklukları 23, 484
üzüntü 89, 301, 449, 458, 460, 468

## V

van der Hart 20, 24, 34, 48, 99, 102, 106, 107, 108, 120, 140, 142, 143, 245, 281, 283, 369, 403, 405, 419, 423, 446, 479
Van der Hart 30, 31, 32, 33, 102, 106, 107, 108, 109, 115, 120, 243
Van der Kolk 22, 27, 62, 81, 101, 102, 103, 107, 108, 113, 115, 121, 125, 131, 243, 288
Ventral vagal kompleks 128
VOC 19, 44, 45, 84, 172, 181, 182, 319, 340, 373, 375, 379, 380, 382, 383, 384, 391, 392, 393, 394, 499, 507, 511, 513, 515

## W

Watkins 31, 33, 37, 38, 39, 100, 154, 155, 171, 192, 194, 195, 196, 199, 221, 224, 231, 232, 237, 238, 255, 282, 283, 286, 292, 345, 351, 352, 353, 363, 380, 405, 406, 410, 413, 423, 446, 482
Weinstock, M. 144
Woods, P. 94, 137

## Y

yapısal disosiasyon modeli 421
Yehuda, R. 144
yeniden işleme 19, 45, 83, 155, 171, 183, 202, 349
yeniden yapılandırma 250, 461
Yerleştirme 45, 77, 375
yetişkin kendilik 109, 120, 287, 295, 354, 369, 371, 376, 381, 383, 392
yönetici kişilik 369
Yüklerin pozitif niteliklerle değiştirilmesi 456

# Travma ve Disosiyasyon Tedavisinde EMDR ve EGO DURUM TERAPİSİNİN KULLANILMASI

İnsanlık tarihi boyunca var olan acı gerçekler; doğal afetler, savaşlar, tacizler, gasplar, trafik kazaları, kıtlık ... Son dönemde ise büyük kayıplar ile sonuçlanan pandemiler! Sıcaklık ve soğuğun varlıklara farklı şekilde etki etmesi gibi travmalar da herkeste farklı sonuçlar bırakıyor. Kimimizde travma sonrası stres bozukluğu kimimizde ise depresyon ile görünüyor olumsuz etkiler. Eğer bu travmatik olaylar ergenlik, çocukluk veya erken çocukluk döneminde yaşanmışsa kişilik üzerinde güçlü, kalıcı ve olumsuz özellikler olarak ortaya çıkıyor. EMDR terapisi travmatik yaşantıların kaderimiz olmasını engelleyebilen etkili bir terapi olarak bütün dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Yıllarca hakkındaki soru işaretlerine yüksek başarı sonuçları ile cevap verilmiş durumdadır. Diğer taraftan komplike vakalarda ek tekniklere ihtiyaç duyulduğu birçok klinisyen tarafından da tecrübe edilmiştir. Bu gibi durumlarda ego durum terapisi, hipnoterapi, şema terapi yaklaşımlarını Emdr terapisine entegre etmek başarı ihtimalini artırmaktadır. Bu kitap Emdr ve diğer teknikleri birleştirmek isteyen ve komplike vakalarda bu entegrasyonu nasıl yapacağını merak eden profesyoneller için bir yol haritası sunmaktadır. Birçok vakanın seans deşifresini içermesi kliniğe yönelik önerileri ile klinisyenler için başucu kaynağı olma potansiyeline sahip. Türkçeye kazandırılması gerektiğini düşündüğümüz bu eserin klinisyenlere ulaştırılmış olmasından büyük bir mutluluk duyuyoruz. Kendi pratiğinde anlamlı bir gelişmeye sebep olan bu kitabın klinisyenler için de aynı olumlu sonuçlara sebep olacağından eminiz.

LITERA YAYINCILIK




2023-74-7
9 786052 023747