“BEDEN ODAKLI BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TERAPİ MODELİNİN (RITTM) PİLOT UYGULAMASININ KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ”

Yaşar Kubilay Taner
191195109

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı/
Beden Psikoterapisi Sertifikalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022

BEDEN ODAKLI BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TERAPİ MODELİNİN (RITTM) PİLOT UYGULAMASININ KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşar Kubilay Taner
191195109
Orcid: 0000-0002-7155-1657

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı/
Beden Psikoterapisi Sertifikalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Beni beden psikoterapisi, SOYAÇ ve Dr. Karol Darsa ile tanıştıran ve yüksek lisans sürecimizde büyük özveri ile en iyi şekilde eğitim almamız için kendi bireysel gayretini ortaya koyan Doç. Dr. Özden Bademci hocama,

Kıymetli bilgilerinden hiç esirgemeyerek RITTM eğitimini veren, tez sürecimde karşılıksız olarak altı ay boyunca süpervizyon desteği veren Dr. Karol Darsa hocama,

Tez sürecimde desteğini çok hissettiğim, uzun saatler tezimi inceleyen, fikirler veren, düzeltmeler yapan ve beni cesaretlendiren kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner hocama,

Fikir alışverişinde bulunduğumuz, birbirimizi cesaretlendirdiğimiz ve süreç içinde her an her saat ulaşılabilir olan bölümdeki sevgili arkadaşlarıma,

Sevgilerini her an içimde hissettiğim, hayatım boyunca hissedeceğim, beni her daim destekleyen ve yanımda olan, beni bu günlere getiren güzel ailem anne, baba ve ablama,

Tez sürecim için yaptığımız tüm planları ertelediğimiz, yine de bir an bile sevgisini ve desteğini esirgemeyen ve süreç boyunca sabırla elinden gelen her desteği veren canım sevgilim Sena'ya,

Sonsuz teşekkürler…

Yaşar Kubilay Taner

Şubat, 2022

ÖZ

BEDEN ODAKLI BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TERAPİ MODELİNİN (RITTM) PİLOT UYGULAMASININ KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşar Kubilay Taner
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı/
Beden Psikoterapisi Sertifikalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi, Özge Öner
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Çocukluk döneminde kişinin bakımverenleri veya ilişkide bulunduğu bireyler tarafından maruz kaldığı süreğen stres durumları ilişkisel travma olarak değerlendirilmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarından ötürü ilişkisel travma mağduru olan bireylerin, yetişkinlik yıllarında depresyon, anksiyete ve post travmatik stres bozukluğu gibi birçok ruhsal ve bedensel sorun yaşamaya eğilimli olmakta oldukları bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Dr. Karol Darsa, bir travma terapi modeli olarak EMDR, Brainspotting, Somatik Deneyimleme, Sensorimotor Psikoterapi, Somatik Travma Terapisi, Enerji Psikolojisi, Gestalt Terapisi modellerinde kullanılan yaklaşımların bir entegrasyondan oluşan RITTM® modelini geliştirmiştir.

Bu araştırmada, ilişkisel travma yaşamış olan üç katılımcı ile beş oturumluk RITTM® pilot uygulaması yürütülerek modelin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. RITTM® uygulamasına katılan üç katılımcıya Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ön test ve son test uygulamaları yapılarak Pearson korelasyon analizi ve Wilcoxon sıralı işaretler testi ile katılımcıların uygulama öncesi ve sonrasındaki depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Uygulama sonrası katılımcıların deneyimleri, derinlemesine görüşmeler yapılarak tematik ve fenomenolojik analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir. Katılımcılar uygulamalar sırasında çeşitli farkındalıklar geliştirdiklerini, RITTM® uygulaması sonrasında hayatlarına dair olabilecek değişim ve gelişmelere dair merak içinde olduklarını belirtirken, edinmiş oldukları çeşitli baş etme mekanizmalarından bahsetmişlerdir. Ayrıca, uygulanan yöntemlerin bazıları için katılımcıların tamamı olumlu etkilendiklerini aktarırken, bazı uygulamaların yaratmış olduğu etki ve izlenimler danışandan danışana göre değişkenlik göstermiştir. Beş oturumluk uygulamada katılımcıların depresyon, anksiyete ve TSSB düzeylerinde anlamlı bir değişikliğe rastlanmamıştır.

Çalışmanın örneklem sayısı, örneklem grubu, çalışmanın şekli ve şartları ile ilgili sonraki çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: ilişkisel, travma, RITTM®, reconnect, butunleyici, travma, terapi, modeli, tssb, depresyon, anksiyete.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE BODY-ORIENTED INTEGRATIVE TRAUMA THERAPY MODEL (RITTM) PILOT PRACTIVE WITH THE MIXED RESEARCH DESIGN

Yaşar Kubilay Taner
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme With Body Psychotherapy Certificate
Thesis Advisor: PhD, Özge Öner
Maltepe University Graduate School, 2022

The chronic stress situations that the person is exposed to by the caregivers or the individuals with whom he/she is in a relationship during childhood are considered as relational trauma. It has been shown by scientific studies that individuals who are victims of relational trauma due to their negative childhood experiences tend to experience many mental and physical problems such as depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in their adulthood. Dr. Karol Darsa has developed the RITTM® model, which is an integration of approaches used in EMDR, Brainspotting, Somatic Experiencing, Sensorimotor Psychotherapy, Somatic Trauma Therapy, Energy Psychology, Gestalt Therapy models as a trauma therapy model.

In this study, it was aimed to evaluate the model by conducting a five-session pilot practice of RITTM® with three participants who experienced relational trauma. Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, and Post-Traumatic Stress Disorder Checklist pretest and posttest were applied to three participants participating in RITTM®, and Pearson correlation analysis and Wilcoxon Signed Ranks Test were applied to the participants. The relationship between depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder levels before and after the application was analyzed. After the application, the experiences of the participants were analyzed with thematic and phenomenological analysis methods by conducting in-depth interviews.While the participants stated that they developed various awareness during the practices, they were curious about the changes and developments in their lives after the RITTM®, and they talked about the various coping mechanisms they had acquired. In addition, for some of the methods applied, all of the participants reported that they were positively affected, while the effects and impressions of some methods varied from client to client. In five session, no significant change was found in the depression, anxiety and PTSD levels of the participants.

Suggestions were made for further studies regarding the sample size of the study, the sample group, the form and conditions of the study.

Keywords: trauma, reconnect, integrative, trauma, treatment, model, ptsd, depression, anxiety

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1 Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM®) 7
1.2. RITTM®'in Aşamaları 9
1.2.1. RITTM®'de Başlangıç Evresi/ Stabilizasyon 9
1.2.1.1 Danışanın Geçmiş Öyküsünün Alınması 10
1.2.1.2 Terapötik İttifakın Kurulması 11
1.2.1.3 Danışanın Şimdi Ve Burada Tutulması 12
1.2.1.4 Danışanın Kaynaklarının Belirlenmesi ve Topraklama 12
1.2.1.5 Danışanın Travma Hakkında Bilgilendirilmesi 13
1.2.1.6 Sinir Sistemini Yatıştıracak Yöntemler Hakkında Bilgi Verilmesi Ve Gerektiğinde Kullanabileceği Şekilde Beceri Edindirilmesi 14
1.2.2 Bellek İşlemleme Evresi 18
1.2.2.1 Travmatik Durumun Derecelendirilmesi 18
1.2.2.2 Bilinçli Farkındalık 19
1.2.2.3 Göz Hareketleri (EMDR) 21
1.2.2.4 Göz Noktası (Brainspotting) 22
1.2.2.5 İşlemleme Sürecinde Bedenin Dahil Edilmesi 23
1.2.2.6 Gestalt /Boş Sandalye Tekniği 27
1.2.2.7 Diğer İşlemleme Teknikleri (Frame by frame, Sınırlar, Objeler Seçme, İtme, Terapisti ve İlişkiyi İyileştirme Aracı Olarak Kullanma, Belirli Bir Parçayla Çalışma) 28
1.2.3 RITTM®'de Bütünleştirme Evresi 30
1.3 Amaç 32
1.4 Önem 32
1.5 Sınırlıklar 33
BÖLÜM 2. YÖNTEM 35
2.1 Araştırma Modeli 35
2.2 Evren ve Örneklem 37
2.3 Veriler ve Toplanması 45

2.3.1 Nicel Verilerin Analizi 45
Beck Anksiyete Envanteri (BAE) *46*
Beck Depresyon Envanteri (BDE) *47*
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ÇÇOYÖ) *48*
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL -C) *48*
2.3.2 Nitel Verilerin Analizi: Tematik ve Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz 49
2.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 49
Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması 50
2.5 Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Öz-düşünümsellik 50
BÖLÜM 3. BULGULAR 53
3.1 Nicel Bulgular 53
3.2 Nitel Bulgular 67
Tema I: RITTM Modeline Bakış 67
Tablo 8. Katılımcıların RITTM Deneyimleri 68
Alt tema I: Farkındalık 68
Alt Tema II. Merak Uyandırma 71
Alt Tema III: Baş Etme Mekanizmaları 72
Tema II. RITTM® Uygulamalarına İlişkin Deneyimler 74
Tablo 9. RITTM Uygulamalarına İlişkin Deneyimler 75
Alt Tema I: Pozitif Sonuç Alınan Yöntemler 75
Alt Tema II: Karma Sonuç Alınan Yöntemler 81
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 84
BÖLÜM 5. SONUÇ 91
BÖLÜM 6. ÖNERİLER 92
EK'LER 93
KAYNAKÇA 97

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Beck Anksiyete Envanteri alt boyutları ön ve son test sonuçları arasındaki korelasyon 55

Tablo 2. Beck Depresyon Envanteri alt boyutları ön ve son test sonuçları arasındaki korelasyon 57

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ön test ve son test sonuçları arasındaki korelasyon 59

Tablo 4. Beck Anksiye Envanteri, Beck Depresyon Envanteri Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları 61

Tablo 5. Beck Anksiyete Envanteri'nin öznel anksiyete, öznel korkular ve etkileri, somatik belirtiler, ve fizyolojik tepkiler alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları 63

Tablo 6. Beck Depresyon Envanteri Umutsuzluk, Kişinin Kendine Yönelik Olumsuz Duyguları, Bedensel Kaygılar, Ve Suçluluk Duygulanımları Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları 64

Tablo 7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nin Yeniden Yaşama, Kaçınma, Ve Yeniden Uyarılma Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları..... 66

Tablo 8. Katılımcıların RITTM Deneyimleri..... 68

Tablo 9. RITTM Uygulamalarına İlişkin Deneyimler 75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması 50

KISALTMALAR

ANZJP	: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
ÇÇOYÖ	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği
EFT	: Emotional Freedom Technique
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMDR RDI	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Resource Development and Installation
GAD-7	: General Anxiety Disorder-7
GC	: Glukokortikoid
NARM	: Neuroaffective Relational Model
NLP	: Neuro Linguistic Programming
PCL	: PTSD Checklist
PHQ	: Patient Health Questionnaire
PSS	: Parasempatik Sinir Sistemi
RITTM®	: Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli
SSS	: Sempatik Sinir Sistemi
SUD	: Subjective Units of Disturbance Scale
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZGEÇMİŞ

Yaşar Kubilay Taner

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2019	Altınbaş Üniversitesi, İktisadi, İdari Ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2014	İskenderun Paşa Karaca Anadolu Öğretmen Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019 -	Eğitim Koordinatörü. Psikoterapi Enstitüsü Ltd. Şti.

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2019 -	Üye: Psikoterapi Enstitüsü Derneği
2019 -	Üye: Duygu Odaklı Terapi Derneği
2019-2021	Yönetim Kurulu Sekreteri: Duygu Odaklı Terapi Derneği
2021 -	Denetim kurulu üyesi: Duygu Odaklı Terapi Derneği
2019 -	Üye: Hipnoz Derneği
2019 -	Üye: Society of Exploration for Psychotherapy Integration
2020 -	Üye: International Association for Psychoanalytic Self Psychology
2021 -	Denetim kurulu başkanı: Hipnoz Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	*Burs/Ödül*
2014	Altınbaş Üniversitesi Eğitim Bursu

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

"4. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresi" **Düzenleme Kurulu Başkanlığı**
"5. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresi" **Düzenleme Kurulu Başkanlığı**

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Descartes, felsefe tarihinde önemli bir yeri bulunan "düşünüyorum öyleyse varım" (Descartes, 1970) ifadesi ile dualist bakış açısıyla zihin ve bedeni birbirinden ayrı unsurlar olarak ele almıştır. Antonio Damasio, "Descartes'ın Yanılgısı" adlı eserinde ise hissedilen duyguların, akıl yürütmenin, etik yargıların bedenden bağımsız olarak deneyimlenmesinin mümkün olmadığını ileri sürmüştür (Damasio, 1994). Bedeni ve zihni aynı anda takip ederek Descartes'ın hatasını devre dışı bırakma niyetinde olan Allan Schore, yirminci yüzyılın son yıllarında özellikle erken dönemde meydana gelen bağlanma travmaları üzerinde yoğunlaşarak travmanın sadece nörofizyolojik boyutlarını değil, öznel ve kişilerarası boyutlarını da incelemeye başlayarak ilişkisel travma terimini ortaya attığını ifade etmiştir. (Schore, 2002; 2013) "İlişkisel" ve "travma" kavramları daha önce hiç bir arada kullanılmamıştır ve bunun bilimin içinde ve bilimin dışında olmak üzere iki temel sebebi vardı. Bilimin içinde olan sebebi psikolojik olarak travma kavramının bu zamana kadar bir kişi bazında ele alınmış olması ve biyolojik olarak da bu kavramın ayrı ve izole edilmiş bir kavram olarak kullanılmış olması iken; bilimin dışındaki sebebi ise kültürel olarak çocukların ya da askerlerin travmaya maruz kalmış olabileceğinin kabul edilmiyor olmasıdır (Halasz, 2011).

Darsa'ya göre travma, insanların başa çıkma yetilerini aşan, onları güçsüz bırakan, duygusal anlamda acı ve ıstırap verici deneyim ya da durumlar olarak tanımlanmaktadır (Darsa 2020). Travmayı normal stresten farklı kılan ise deneyimin yoğunluğu, ne kadar sürdüğü ve kişinin sakinleşmesi için gereken zamandır (Darsa, 2020).

Travma kelimesi yaygın olarak kullanılsa da, bu terimin tek ve kesin bir tanımına ulaşmak mümkün değildir. Frazier ve ark. (2019), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısının kriterlerini karşılayan, travmatik olgulara maruz kalınması sonrası bireylerin gösterdiği semptomları içeren bir yaklaşım sunmuşlardır. (Frazier ve ark., 2019). Van Der Kolk (2015), çocukluk çağında meydana gelen ve travmatik tepkilere yol açan olayların, TSSB teşhisi için bu dar kriterleri karşılamayabileceğini, ancak yine de yaşam ve eğitimin çocuklara sunduğu imkanlara tam olarak odaklanabilme yetenekleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Van der Kolk, 2015). Travma, bütünleştiremediğimiz herhangi bir tehdit edici, ezici deneyimle ilgilidir. Bazen bağlanma figürlerimiz, tüm

bağlanma figürlerinde olduğu gibi, destek için onlardan yardım istemekle kendimizi onlardan koruma ihtiyacı arasında bir çatışma yaratan bir tehlike kaynağıdır. İlişkisel travma bağlanma figürlerinin yanı sıra, yabancılar tarafından da işlenebilir. Tecavüz, zorbalık, nefret suçları ve fiziksel veya cinsel istismar da ilişkisel travma örnekleridir (Ogden, 2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı travma ve strese bağlı bozukluklar için resmi tanı olarak, teşhis edilebilir bozuklukların oluşumunda bebekliğin erken evrelerindeki sosyal ihmalin önemli olduğunu kabul etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan "The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)"e göre, karmaşık travma sonrası stres bozukluğu tanısının, uzun süreli, kaçınılmaz travmanın etkisinden geliştiğini ve kişilerarası olarak gelişmesinin muhtemel olduğunu göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Van Der Kolk ise "gelişimsel travma" teriminin daha uygun olduğunu öne sürmüştür (Van der Kolk, 2005). D'Andrea ve ark. (2012), "kişilerarası travma" terimini kullanmışlardır. Felitti ve ark. (2012), travma terimini kullanmamışlardır, fakat çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının sosyal olmayan davranışların gelişmesinde ve travma semptomatolojisinin oluşmasında önemli ölçüde etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir (D'Andrea ve ark., 2012). Burada gelişimsel ve ilişkisel travma olarak adlandırılan ve odaklanılan travmanın formları ile ilgili çeşitli terimlerdeki ortak tema çocukların belirli yaş ve gelişimsel süreçlerinde maruz kaldıkları tekrar eden ve çocuğa amansızca ezici gelen deneyimlerin varlığıdır. Literatüre bakıldığında birçok kaynakta "ilişkisel travma", "gelişimsel travma" ve "kompleks TSSB" terimleri birbirleri ile aynı anlamda, birbirleri yerine veya birbirleri ile birlikte kullanılmıştır (D'Andrea ve ark., 2012; Felitti ve ark., 1998; Van der Kolk, 2005, 2015; Heller, LaPierre, 2012; Treisman, 2017). Bu çalışmada da "İlişkisel Travma" "Gelişimsel Travma" ve "Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)" terimleri aynı anlamda kullanılmıştır.

İnsan gelişimine gelişimsel ve ilişkisel travma perspektifinden bakmak, bize fizyolojik regülasyon bozuklukları ve bunlarla ilgili kimlik dağınıklıklarının beş temel noktası üzerine bir anlayış geliştirmemizi sağlar. Bunlar bağlanma, uyumlanma, güven, otonomi, aşk-cinselliktir (Heller, LaPierre, 2012). İlişkisel istismar, ihmal ve düzensiz bağlanmadan kaynaklanan, yaşam boyu süren psikolojik ve fizyolojik eksikliklere sebep

olması nedeniyle, gelişimsel travmanın yeni bir ayırıcı tanısı düşünülmektedir. Bu yeni tanı kategorisi için yapılan çağrıda, Bessel van der Kolk, MD ve ark. (2015), travmanın yaşamın ilk on yılında en yaygın etkisine sahip olduğunu göstererek istismara uğramış bebekler ve çocukların bilişsel, dilsel, motor, sosyal beceriler gibi birçok alanda gelişim geriliği yaşadığını ortaya koymuşlardır (van der Kolk ve ark., 2015). TSSB için tanı kriterleri gelişimsel konulara duyarlı olmaması ve bu nedenle devam eden erken travma, istismar ve ihmalin çocuk gelişimi üzerindeki etkisini yeterince tanımlamaması, TSSB'nin gelişimsel sorunları etkilememesi ve gelişimsel travmanın kabul edilen bir tanı olmaması, çocuklara sıklıkla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve bipolar bozukluk gibi tanılar konmasına ve dolayısıyla yanlış tedavi yöntemlerine başvurulmasına sebebiyet vermektedir (Heller, LaPierre, 2012).

Allan Schore da 2002 yılında ANZJP dergisinde yayınladığı bir çalışmayla düzenleme kuramını geliştirerek ilişkisel bağlanma kuramının nedenselliği ile post travmatik stres bozukluğuna olan yatkınlığı bağdaştırmıştır (akt. Halasz, 2011). Fonksiyonel olmayan ve travmatik olan erken gelişim dönemindeki ilişkilerin travma sonrası stres bozukluğuna sebep olduğu; kişiler arası ilişkilerden meydana gelen önemli travma vakalarının her türlü sosyolojik, genetik, bünyesel veya psikolojik dirençlilik durumunun üstünde bir olumsuz etkiye sahip olduğu; akabindeki beyin gelişimi ile ilgili ve biyolojik stres sistemlerindeki başkalaşımların "Çevre kaynaklı karmaşık gelişimsel bozukluk" başlığı altında sınıflandırılabileceği düşünülmüştür (De Bellis, 2001).

Çocukluk çağında gerçekleşen tacizin duygusal, fiziksel ve cinsel boyutları, ayrıca da ihmal şeklinde karşılaşılan ilişki travmaları; zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim adımlarının tamamını etkileyecek şekilde tahribata yol açmaktadır (Cozolino, 2014). Çıkış noktası özellikle bakım verenler olan erken dönem travmaları, sonrasında etkisini artırarak güçlenen bir çığ gibi, sonucunda oldukça kompleks bir travma sonrası tepkiye yol açar (Cozolino, 2014). Ebeveynlik tutumlarının gelişim süreçlerinde fazlaca farklılığa sebep olduğu ortaya konulmuştur (Kagan ve Fox, 2006).

Cozolino'ya göre (2014), insan kendiliğinden kelimeler ve duyguları birbiriyle bütünleştirebilme yetisine sahip olmaz, bu yetinin oluşabilmesi için insan ilişki kurmaya ihtiyaç duyar; ilişki kurdukça duygusal ve dilsel sinirsel ağlar birbirine bağlanır.

Travmanın kaynağı olan annenin yanındaki bir çocuk, bu kaynağın yanında olmak ve ona bağımlılığını sürdürmek zorundadır. İlişki travmalarında aslında çocuğun ihtiyacı olan güvenli sığınağı olan annesi, artık onun için bir korku ve duygu düzenlemesini bozucu bir kaynak haline gelmiştir (Cozolino, 2014).

Kohut, empati yeteneği yeterince gelişmemiş bir annenin, çocuğunun kaygı durumu karşısında panikleyeceğini ve bunun sonucunda iki durumun ortaya çıkabileceğini söylemiştir: Birinci durumda annenin paniği karşısında çocuk hayatı boyunca kaygı hissinin yayılmasını engelleyemeyecektir, ikinci durumda da travmatize edici yaşantılara karşı kendini geri çekerek o da empatiden yoksun, insansı yaşantıları deneyimleyemeyen, yani insan olamamış cılız bir psişik organizasyona sahip olacaktır (Kohut, 2012).

Allan Schore, ilk olarak 2001 yılında erken dönem ihmal ve istismarlarının beynin gelişimini travmatik yönde etkilediği hipotezini ortaya atmıştır. Bu hipotezinden yola çıkarak ilişkisel travma kavramını ortaya atmış ve modelini bağlanma teorisinin psikobiyolojisine dayandırmıştır (Schore, 2001). Büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalara göre bireylerin yaklaşık olarak %20'si, çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış olup, bunların en büyük çoğunluğu duygusal ya da psikolojik istismar, sonrasında fiziksel istismar, akabinde ihmal ve cinsel istismardır (Finkelhor et al., 2009). Güvenli bağlanmayı teşvik eden bakıcıların aksine, ihmalci veya istismarcı bir bakıcı çocukta kalıcı, olumsuz duygulanıma neden olur. İlişkisel travma bağlamında bu bakıcı duygusal olarak erişilemez, bebeğin duygu ve stres ifadelerine uygunsuz ve/veya reddedici yanıtlar verir ve bebeğin aşırı uyarılma durumlarına öngörülemez ya da minimum düzenleme sağlar. Dağınık (Disorganized/disoriented) bağlanma tipi istismara uğrayan veya ihmal edilen bebeklerde ağırlıklı olarak bulunmuş olup daha sonraki yaşamda stres yönetiminde ciddi zorluklar ve disosiyatif davranışlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Schore, 2001). Allan Schore, daha sonra regülasyon teorisini daha da genişleterek 2002'de yürüttüğü çalışma ile TSSB'ye yatkınlığın kökenini ilişkisel bağlanma travması teorisine bağlamıştır (Schore, 2002).

Julian D. Ford tarafından 1999'da combat veteranlar üzerinden yürütülen bir araştırmada, cinsel istismar, fiziksel taciz, aile içi şiddet ya da ölüme maruz kalmanın

kapsandığı erken dönem ilişkisel travma ve kompleks post travmatik stres bozukluğu arasında ilişki bulunmuştur (Ford, 1999)

Olumsuz çocukluk deneyimleri, insan gelişiminin nörobiyolojik anlayışı ve bağlanma teorisi gibi diğer bilgi kütlelerinin tümü birbiriyle ilişkilidir (Peacock ve Holliday, 2021). Schore, bebeklik döneminde meydana gelen bağlanma ile ilgili problemlerin ilişkisel travmaya yol açacağını ortaya koymuştur (Schore, 1994). Bağlanma kuramının öncüsü olan Bowlby (1969; 1973), erken dönem yaşantılarıyla edinilmiş olan bağlanma stillerinin ileriki yaşlarda bireyin stresle baş etme biçimlerine olumsuz yönde etki edeceğini belirtmiştir. Ayrıca, bu görüş, erken dönem yaşantılarıyla edinilmiş olan bağlanma stillerinin ileriki yaşantılarda depresyonun oluşmasında bir risk faktör olduğu bulguları ile Mikulincer ve Shaver tarafından yürütülen çalışmalar ile de desteklenmiştir. Erken dönem güvensiz bağlanma biçimlerinin yetişkinlikteki depresyon belirtileri için bir risk faktörü olabileceği araştırma bulguları bu kuramı destekler niteliktedir (Mikulincer ve Shaver, 2007). 10 deneyim kategorisinin yaygınlığını değerlendirdiği araştırmaya göre çocuklukta ne kadar çok olumsuz deneyim olursa, alkolizm, uyuşturucu kullanımı ve depresyon gibi zihinsel sağlık sorunlarının yanı sıra fiziksel rahatsızlıklar (örn. kalp, karaciğer ve akciğer hastalığı; kanser; iskelet kırıkları) geliştirme olasılığının o kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (Felitti ve ark., 1998). Çocukluktaki şiddetli fiziksel cezalandırmanın, istismar düzeyine yükselmemiş olsa bile, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve yetişkinlikte kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Afifi ve ark., 2012). Akranlar tarafından sözlü tacize maruz kalmış olmak, yetişkinlikte kaygı, depresyon ve uyuşturucu kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Teicher ve ark., 2010). Erken olumsuz çocukluk çağı deneyimin varlığına veya yokluğuna bağlı olarak, depresyonun nörobiyolojik olarak farklı alt türleri bulunmuştur (Heim ve ark., 2004).

İlişkisel deneyimler beynin yapısı üzerinde de önemli etkiye sahip olup; sosyal algılarımız ile ilişkili olan nöronal ağlar anlam üretme, bedensel durum düzenlemesi, duygu regülasyonu, hafızanın örgütlenmesi ve kişilerarası iletişim yetisi ile ilgili ağlarla aynıdır ve bu yapılar birbirleriyle önemli ölçüde bağlantılıdır (Siegel, 2018). Mary Ainsworth'un yaptığı ilk araştırmanın bulguları, güvenli ve sağlıklı bağlanmanın oluşmasının çocuğun zihinsel durumunu anlayan ve buna tepki veren bir bakıcının var

olması ile mümkün olduğunu göstermektedir (Ainsworth, 1978). Cozolino (2018), beynin yapısında birçok bölgenin ve iletişim ağlarının anormal gelişiminin taciz ve ihmal ile ilintili olduğunu ileri sürmüştür. En önemli olarak beyin korteksi, korpus kallozum ve hipokampüs gibi deneyime bağlı olan bölgelerdeki beklenmedik derecedeki gelişmeler görülmüştür. Muhtemel sebep olarak da erken yaşlardaki süreğen ve şiddetli stresin, uyarılmanın ve duygu düzenlemenin yeterince olmaması ile birleşmesinden kaynaklanan biyokimyasal etkileşimler olduğu düşünülmüştür (Cozolino, 2018). Geuze ve arkadaşlarının (2005) çalışmaları, uzun süreli stres durumlarında hipokampüsün duyarlı olduğunu göstermiştir (Geuze ve ark., 2005). Bedende uzun süreli stres durumlarına verilen tepkilerle ilgili böbrek bezlerinden salgılanan kortizol gibi glukokortikoidler (GC'ler), hipokampüste bozulmalara yol açmaktadır (Cozolino, 2018). Annenin kaliteli bir şekilde yeterince bakım vererek bebeğine sarılması, onu yatıştırması da GC reseptörlerinin oluşumunu teşvik ederek hipokampüsün GC salgılarını düzenleyebilmesini sağlamaktadır (Meaney ve diğ., 1989; Plotsky & Meaney, 1993). Hipokampüsün GC reseptörlerinin oluşumunu düzenleyebilmesini sağlaması, bireyin hayatının ileriki dönemlerinde stres durumları ile karşılaştığında bunu daha rahat karşılamasını sağlamaktadır (Cozolino, 2018). Cohen ve arkadaşları (2002), travmanın nörobiyolojik yapıya evrilmesinde rol oynayan süreçleri kavradıkça, GC'lerin etkisini ortadan kaldırarak, travma yaşamış ya da yaşamakta olan kişilere hızlı bir şekilde yardım eli uzatabileceğimizi ifade etmiştir (Cohen ve ark., 2002).

Bradshaw (1990), ebeveynlerinin birinci sosyalleşme aracı olarak utanç duygusunu kullandığı çocukların karmaşık ve kaygılı bir durum içinde kaldıklarını, yetişkinliklerinde de kurdukları ilişkilerde terk edilme, eleştirilme ve reddedilmeye dair ögeler bulduklarını, hayatlarını mükemmele ulaşma yolunda boşa bir çaba ile vakitlerini geçirerek, kronik kaygı, bitkinlik ya da depresyon ile geçirdiklerini ifade etmiştir (Bradshaw, 1990). Maymun deneylerinde görüldüğü gibi, insanlarda da atipik annelik davranışları annelerin travmatik geçmiş yaşantıları ile ilişkili olup, kişinin erken yaşlarda yaşadığı utanç durumu, kişinin bağımsız işlevselliğini bozukluğa uğratabilir ve bu durum kalıcı olabilir; bu da bireyin kendini başkaları karşısında sürekli olarak zayıf hissetmesi ile sonuçlanabilir (Cozolino, 2018). Ancak Siegel ve Hartzel'in 2003'teki çalışmasına göre araştırmalar olumsuz çocukluk deneyimlerine sahip olan bireylerin

yetişkinliklerinde kurdukları ilişkiler ile, psikoterapi ile veya öz farkındalık sayesinde güvenli bağlanma ilişkisi kurabileceklerini göstermiştir. (Siegel ve Hartzel, 2003).

Wilkinson (2006), benliğin ilişkisel travma yaşayan kısımlarını anlamak için anahtarın, yalnızca var olma, hissetme ve davranış biçimleriyle bilinen, beynin sağ yarım küresinin örtük, duygusal, amigdaloidal hafızasında saklanacağı iddiasında bulunmuştur.

İlişkisel travmaya maruz kalan bireyler için çeşitli kanıta dayalı yaklaşımlar mevcuttur. Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TF-CBT) (Ehlers ve Clark, 2000), Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Yeniden İşlemleme Terapisi (EMDR), Mindfulness (Kabat-Zinn, 2005), Şefkat Odaklı Terapi (Gilbert, 2010), Kabul ve Kararlılık Terapisi (Hayes ve Smith, 2005), Diyalektik Davranışçı Terapi (Miller ve ark., 2007)., Mentalizasyon Odaklı Tedavi (Fonagy ve ark., 2006), Sensorimotor Psikoterapi (Ogden ve Fisher, 2014), Sensory Motor Arousal Regulation Treatment (SMART) (Warner and Koomar, 2009), Sensory Attachment Intervention (Bhreathnach, 2008), Neuro Affective Relational Model (NARM) (Heller & La Pierre, 2012).

Travma terapi modeli olarak geliştirilen yaklaşımlardan biri de Dr. Karol Darsa tarafından geliştirilmiş olan Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM®)'dir. RITTM®, yeni geliştirilmiş bir travma tedavi yaklaşım modeli olmakla birlikte (Darsa, 2020), literatürde bu model üzerine yapılmış kapsamlı bir bilimsel araştırma bulunmamaktadır. 2020 yılında yayınlamış olduğu "Trauma Map" (Darsa, 2020) kitabının bu model üzerine yazılmış olan tek kaynak olması sebebi ile RITTM® ile ilgili bahsedilen kısımların tamamında bu kaynaktan faydalanılmıştır.

1.1 Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM®)

Dr. Karol Darsa tarafından kurulmuş olan Reconnect Center®'da geliştirilen ve ismini bu merkezden alan Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Modeli, son zamanlardaki kanıta dayalı, travma terapi modellerinin entegrasyonundan doğmuştur. Dr. Karol Darsa, lisanslı bir psikolog ve 2014 yılında Los Angeles'ta kurduğu Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Merkezi'nin kurucusu ve yönetici direktörüdür. Eşi benzeri olmayan bu terapi merkezi, kanıta dayalı tüm son teknoloji travma tedavi yöntemlerini tek bir çatı altında birleştirmektedir (Darsa, 2020). RITTM eğitimi, Kuzey Amerika, Yeni

Zelanda, Avustralya ve İngiltere'de faaliyet gösteren "Evergreen Certifications" tarafından sertifikalandırılan bir eğitimdir. Eğitimi başarı ile tamamlayan katılımcılar Reconnect Integrative Trauma Treatment Uygulayıcı Sertifikası almaya hak kazanmaktadırlar. Bu sertifikaya ek olarak, klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi olan katılımcılar "Evergreen Certifications" onaylı "Certified Clinical Trauma Professional" (CCTP) sertifikası, klinik psikolog olmayan katılımcılar ise "Certified Trauma Professional" (CTP) sertifikası almaya hak kazanmaktadırlar.

RITTM®, klinisyenlere kişiselleştirilmiş, danışan merkezli terapi sağlamak ve bir bütün olarak kişiye odaklanmak için daha fazla kaynak ve araç sunar. Dr. Karol Darsa, zihni ve bedeni iyileştirmek ve yeniden bağlamak için hassas, kapsamlı, beden temelli bir yöntem geliştirmiştir. RITTM®, hem kişinin kendisine hem de danışanlara kaynaklara odaklanarak, travmayı kapsamlı bir şekilde işleyerek ve terapötik ittifakın önemini vurgulayarak bağlanma yaralarına odaklanan kapsamlı bir model kullanır. RITTM®, klinisyeni özgün ve ilişkisel travmaların yanı sıra kompleks TSSB ile çalışmaya hazırlar (Darsa, 2020).

RITTM®, insanı bir bütün olarak ele alan, zihin-beden bağlantısına dayalı bütüncül bir yaklaşımdır. RITTM® ana felsefesine göre, travma insanın kendi bedeninden, duygularından zihninden, arkadaşlarından, ailesinden, Tanrı ya da maneviyatından, sonuç olarak gerçekte olduğu kişiden kopmuş hissetmesine sebep olabilir (Darsa, 2020). Mollon (2001), travma ile başa çıkmak için ortaya çıkan en temel reaksiyonların benlik duygusunun kaybedilmesi, gerçeklik ile temasın kesilmesi ve çözülme olduğunu söylemiştir (Mollon, 2001).

RITTM®'in danışanların GAD-7-Anxiety (Spitzer ve ark., 2006) anksiyete skorlarında %61; PCL-5 (Weathers ve ark., 2013). Travma Skorlarında %90; PHQ-9-Depression (Kroenke ve ark., 2001) depresyon skorlarında %37 iyileşme gözlenmiştir. Reconnect Center'ın son üç yıldır saklamış olduğu verilere göre danışanların travma semptomlarında %90 ve anksiyete semptomlarında %61 iyileşme gözlenmiştir (Darsa, 2020).

RITTM®, terapiste EMDR, Brainspotting, Somatik Deneyimleme (Peter Levine), Sensorimotor Psikoterapi (Pat Ogden), Somatik Travma Terapisi (Babette Rothschild),

Enerji Psikolojisi, Gestalt Terapisi yaklaşımlarının bir entegrasyonununu kullanarak kişinin yaşadığı kopukluktan yeniden entegrasyona doğru ilerlemesini öğretir (Darsa, 2020). Karmaşık TSSB için herhangi bir tedaviyle ilgili hala sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışmaya rağmen, travma tedavisi uzmanları, çocukluk çağı istismarı ve diğer kronik travmatizasyon biçimlerinden kurtulanlarla çalışmanın aşama odaklı, çok boyutlu ve titrasyona dayalı olması gerektiği konusunda genel bir fikir birliğine varmışlardır (Korn, 2009).

1.2. RITTM®'in Aşamaları

RITTM® yaklaşımında kullanılan üç ana aşama vardır: başlangıç evresi/stabilizasyon, bellek işlemleme evresi ve bütünleştirme evresi. Bu ana aşamalar, kaynağını Pierre Janet (1904) tarafından geliştirilen travma yaklaşımından almaktadır. Janet'nin travma sonrası strese psikoterapötik yaklaşımı aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır:

1. Stabilizasyon, semptom odaklı terapi ve travmatik anıların sınıflandırılması için hazırlık.
2. Travmatik anıların tanımlanması, araştırılması ve değiştirilmesi.
3. Nüksün önlenmesi, kalıntı semptomatolojinin giderilmesi, kişiliğin yeniden bütünleştirilmesi ve rehabilitasyon (akt. van der Hart, Brown ve van Der Kolk, 1989).

Janet'nin evre modeli, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve çözülme bozuklukları için modern tedavi modellerine çok benzer bir yapıdadır (Braun ve Fromm, 1986).

1.2.1. RITTM®'de Başlangıç Evresi/ Stabilizasyon

Bu evre, danışana terapi sırasında travma anılarıyla yüzleşmede ve üstesinden gelmede daha başarılı olması için duygu düzenleme ve baş etme becerilerini geliştirme fırsatı verir. Başlangıç aşamasında danışanın geçmiş öyküsünün alınması, terapötik ittifakın kurulması, danışanın şimdi ve burada tutulması ve bunun için danışanın kaynaklarının belirlenmesi ve topraklama, danışanın travma hakkında bilgilendirilmesi ve sinir sistemini yatıştıracak yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve gerektiğinde kullanabileceği şekilde beceri edindirilmesi hedeflenir (Darsa, 2020).

1.2.1.1 Danışanın Geçmiş Öyküsünün Alınması

Araştırma, olumsuz çocukluk deneyimlerinin bir danışanın TSSB'ye ve çok çeşitli diğer teşhislere duyarlılığını artırdığını açıkça gösterdiğinden, her danışan için iyi bir klinik öykü almak önemlidir (Shapiro, 2018). Goodman ve Epstein'e göre (2008), bireyin psikolojik ve sosyal yaşam öyküsünü irdelemek ince bir süreçtir ve birinci görüşmede direkt olarak bazı travmatik yaşantıları ayrıntılı bir şekilde işlemek uygun değildir (Goodman ve Epstein, 2008). Diğer yandan da danışanların travmatik yaşantılarını paylaşmaları duygusal ve terapötik olarak ferahlatıcı olabilir (Simha-Alpern, 2008).

Terapistler kişilerin geçmiş öykülerini alırken çok dikkatli olmalı, zaman zaman duygusal yükü ağır olan, tesadüfen de olsa travmatik anılarla karşılaşmaya hazırlıklı olmalıdır. Terapist geçmiş yaşantıları değiştiremeyeceğini bilmeli, sadece dikkatli bir şekilde dinlemeli ve danışanın bu tür durumları ilk defa terapist ile paylaştığında en ihtiyacı olan şeyin empati yapan bir dinleyici ve destekleyici bir tutum olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Terapiye gelen danışana sorulacak olan "Neden şimdi?" sorusu, danışanın hayatındaki belirli bir dönemde meydana gelen herhangi bir özel olayın psikoterapi yardımı almak için başvurmasında etkisi olup olmadığı ile ilgili bilgi verecektir. Ayrıca danışanın bu soruya vereceği cevap da onun herhangi birinin zorlaması ile mi yoksa kendi isteği ile mi geldiği, terapiye devam konusunda ne kadar kararlı olduğu gibi noktalar hakkında bize bilgi verecektir. Danışanın geçmiş öyküsü alınırken danışanı aşamalı olarak şimdiki zamana yönlendirmek, danışanı önceki yaşamış olduğu acı tecrübelerden uzaklaştırarak şimdiye gelmesi açısından yardımcı olacaktır. Danışanın geçmiş öyküsünü alırken öncelikle yönlendirici olmayan bir yaklaşım sergilemek daha faydalı olacaktır. Yapılandırılmış görüşmede bizim yönelttiğimiz sorular danışanın problemi ile ilişkili olmayan sorular olabilir (J.S. Flanagan ve R.S. Flanagan, 2015).

Kişinin hayatının geçmiş travmatik deneyimlerine odaklanarak kronolojik öyküsünün geliştirilmesi, ayrıca bunun pozitif yaşam olayları ile bütünleştirilmesi, kişinin geçmiş travmasının duygusal, bilişsel ve fizyolojik etkilerini yeni inançsal kalıplara dönüştürerek gelişime olanak sağlar (Neimeyer, 2006).

1.2.1.2 Terapötik İttifakın Kurulması

Grencavage ve Norcross tarafından 1990'da yürütülen çalışmada psikoterapilerin ortak noktaları üzerine bir araştırma yürütülmüş ve 89 ortak nokta önerilmiştir. Yapılan analiz sonrasında en fazla uzlaşılan ortak noktaların danışanların terapiye dair olumlu beklentileri ve kolaylaştırıcı terapötik ilişki olduğu tespit edilmiştir (Greencavage ve Norcross, 1990).

Danışanların değişiminde terapötik ilişki veya ittifak, adeta bir isviçre çakısı görevi görerek, iyi bir şekilde kurulmuşsa ve sürdürülebiliyorsa güven, motivasyon, uyarılmanın düzenlenmesi, hafızanın yeniden bütünleştirilmesi, kortikal inhibisyonla sönme ve yeni öğrenme faktörlerine katkısı olmaktadır (Smith, 2020). Rogers, terapi için elzem ve uygun olan koşulların bir terapötik ilişki ortamı içinde gerçekleşmesi gerektiğini söylemiştir. Terapide olumlu anlamda bir kişilik değişimi için terapideki ilişkide olması gereken altı koşul: ilişki, hassasiyet, samimiyet, koşulsuz olumlu saygı, tam empati ve samimiyet algısıdır (Rogers, 1957). Pierre Janet'nin post travmatik stres bozukluğu için aşamalı modelinin birinci aşaması, akut travma sonrası tepkileri olan veya kronik patoloji alevlenmeleri olan kişilerin, öncelikle semptomlarının stabilize edilmesine ihtiyaç duymaları ile ilgilidir. Bu, çoğunlukla dinlenme (hastaneye yatış dahil), yaşam tarzının sadeleştirilmesi ve terapötik bir ilişki kurulmasını içermektedir (Van der Hart, Brown ve van der Kolk, 1989). Terapist ile danışan arasındaki ilişkinin bizzat kendisi iyileştirici bir güce sahiptir (Greenberg, Malberg ve Tompkins, 2020). Terapist ile danışan arasında olan ilişki, danışanın kendi stres düzeyini düzenleyebilmesi için bir bariyer niteliğindedir (Greenberg, Malberg ve Tompkins, 2020). Danışan giderek terapist ile arasında oluşan ahenkli, yansıtıcı ve hassas ilişkiyi içselleştirdikçe kendi iç dünyasını düzenleyebilme ve sakinleştirebilme yetisine sahip olacaktır (Schore, 2002; Stern, 1985). Steven Porges (2011) terapistin danışanı dinlediğini danışanın hissetmesi ile birlikte beynindeki güvenlik duygusu ile ilgili nöroalgısal bir sürecin başladığını ifade etmiştir. Porges, uyarılan gergin duyguların terapistin olgun beden duruşu, dingin yapısı, samimi çehresi ve kararında ses tonu (ritm ve prozodi) ile dinginleşeceğini ifade etmiştir (Porges, 2011). Terapistlerin tam olarak kendilerini danışanla ilişkiye bırakmaları, onlarla empatik uyum ve empatik kabul sağlamaları, aralarındaki samimiyet ve sıcaklık, şeffaflık ve açıklık şeklindeki mevcudiyet bizzat iyileştirici etkiye sahiptir ve duyguların işlemlenme sürecini

ve danışanın kendilik organizasyonu ile ilgili işlemlenme süreçlerini hızlandırarak artırır (Watson, 2021).

1.2.1.3 Danışanın Şimdi Ve Burada Tutulması

Şimdi ve burada yaşanılan deneyime odaklanarak zihnin yapısı üzerine yoğunlaşmak bilinçli farkındalığın kapılarını aralar. Bilinçli farkındalık ile ilgili yürütülen araştırmalar, bilinçli farkındalık egzersizlerinin "duygu düzenleme kapasitesini yükselttiğini, duygusal işlev bozukluklarıyla mücadele edilmesine yardımcı olduğunu, düşünce örüntülerinin kalitesini artırdığını, negatif yaklaşımları azalttığını" göstermektedir. Psikoterapistin empatik ve duygusal yönden mevcudiyeti, ekolü ve kuramsal yaklaşımı fark etmeksizin terapinin gidişatında dolaylı olarak olumlu bir etkiye sahiptir. Bu mevcudiyet, terapistin terapi odasında oluşabilecek herhangi bir duruma karşı hazır bulunmasını ve kabullenici olmasını sağlar. Terapistin danışanı bilinçli farkındalık konusunda eğitmesi de doğrudan etkiye sahiptir ve danışanın belirtilerinin azalması, hayatta yeni bir bakış açısı edinmesi ve kendi kendisi ile kurduğu ilişkinin yeniden şekillenmesine yardımcı olur (Siegel, 2021).

Şimdiki an ile temas kurmak, danışanın şu andaki bilinçli farkındalık kapasitesini artırarak bir davranış değişikliği ya da sürekliliği için gerekli olan bilgileri bir araya getirmesini sağlamak için olan biteni fark etmesini sağlar. Şu anda var olmak, danışanın zengin ve doyurucu bir deneyim yaşamasını sağlayacak ve uğraştığı şeylerden verim almasını sağlayacaktır (Harris, 2019).

1.2.1.4 Danışanın Kaynaklarının Belirlenmesi ve Topraklama

"Topraklama" (Grounding) terimi ilk olarak beden psikoterapisti Alexander Lowen tarafından ortaya atılmış olup, beden ve zihin etkileşimine dayanmaktadır (Lowen, 1993; 2006). Lowen'e göre, insanlar fiziksel, duygusal ve enerjik olarak dünyaya topraklanmıştır enerjinin toprağa boşaltılmasıyla hareket ederler. Beden farkındalığına sahip, iyi topraklanmış veya "ayakları yere basan" bir kişi, dengeli, psikolojik olarak olgun, "gerçekle temas halinde olan" bir kişidir (Lowen, 2006). Topraklama kavramı, travma sorunları, sınırda bozukluklar, yeme bozuklukları vb. olan hastalarda kişinin

fiziksel ve psikolojik gerçekliğini yitirmesinin görünümleriyle başa çıkmada önemli bir yere sahiptir (de Tord ve Bräuninger, 2015). Clauer (2011), topraklanma kavramının dikeylik (yerle temas), kişinin kendi fizikselliğiyle temas, duygusal tutma kapasitesi ve enerjinin toprağa boşaltılması gibi önemli yönlerini veya düzeyini tanımlamıştır (Clauer, 2011). Aynı zamanda, kendimizi anlayabilmek ve terapist de dahil olmak üzere başkalarıyla bağlantı kurabilmek ve ilişki kurabilmek gibi eşit derecede önemli diğer yönleri de içermektedir (Tord ve Bräuninger, 2015).

Semptomları, onlara neden olan olayların anılarını keşfederek tedavi etmeye çalışmak, danışanların dengesinin daha da bozulmasına sebep olabilir. Birincil bakıcılar, o zamanlar düzenlenemeyen ve şimdiki duygusal tepkileri etkileyen aşırı derecede uyuşmaya (ihmalde olduğu gibi) veya aşırı yoğun duygulara (istismarda olduğu gibi) neden olabilir. Bu yüzden bunun yerine, tedavinin ilk aşamasında, hem fizyolojik hem de psikolojik dengeyi kolaylaştıran ve uyarılmayı bir tahammül penceresi içinde sürdüren ve kendine zarar verme eğilimlerini azaltan veya ortadan kaldıran öz düzenleme becerilerini vurgulayan müdahaleler seçilmelidir. Travma için 1. Aşama tedavisi, kaybedilen kaynakları eski haline getirmeyi, yeni kaynakları öğrenmeyi ve mevcut kaynakları güçlendirmeyi içermelidir. Kaynaklar ile öz düzenlemeyi kolaylaştıran ve bir yeterlilik ve dayanıklılık duygusu sağlayan tüm kişisel beceriler, yetenekler, nesneler, ilişkiler ve hizmetleri kastedilmektedir. Kaynak geliştirmek, danışanların birinci aşamada dengede kalmasına yardımcı olur, ikinci aşamada travmatik anılarla yüzleşmek ve bütünleştirmek için destek sağlar ve üçüncü aşamada yaşamın devam eden zorluklarıyla başa çıkmak için yetkinlik ve yaratıcılığı teşvik eder (Ogden vd., 2006).

RITTM® yaklaşımına göre danışanın dışsal kaynakları sevdikleri, hayvanlar, doğa, tanıdık yerler, yatıştırıcı objeler, müzik, egzersiz, hobiler; içsel kaynakları nefes alma, sevgiyi hissetme, güzel anılar, din ya da spiritüellik, hareket etme, geçmişte deneyimlenen başarılar olabilir ve danışandan bunları not alması istenir (Darsa, 2020).

1.2.1.5 Danışanın Travma Hakkında Bilgilendirilmesi

Janet'ye göre (2019), travma sonrası tepkileri olan hastaların yemek yeme ve uyuma gibi temel günlük işlevleri yerine getirmelerini ve özellikle doktor-hasta ilişkisinde travmatik sorunlarla yüzleşmeye başlayabilecekleri sosyal temas kurmalarını

sağlamak için eğitim verilir (Akt. Van der Hart, Brown, van der Kolk, 1989). Briere ve Scott (2016), psikoeğitimden en çok verimin ancak bunu devam eden psikoterapi süreci ile entegre ederek alınabileceğini ifade etmişlerdir (Briere ve Scott, 2016). Travma terapisindeki psikoeğitim sayesinde semptomların gizemini çözmek, kişiye "bu sendeki bir sorun değil, bu aslında senin başına gelen şey" mesajını verir (Tedeschi ve Moore, 2021). Bu da kendini kabul etme aşamasını beraberinde getirerek kişinin semptomlarındaki kaygı belirtilerini dindirecektir (Tedeschi ve Moore, 2021).

1.2.1.6 Sinir Sistemini Yatıştıracak Yöntemler Hakkında Bilgi Verilmesi Ve Gerektiğinde Kullanabileceği Şekilde Beceri Edindirilmesi

Zihin-beden uygulamaları, danışanlara stres seviyelerini azaltma, ruh halini iyileştirme, TSSB uyarılma semptomlarının yoğunluğunu azaltma ve daha rahat bir durumda daha az korku ve daha sakin bir şekilde deneyimlediklerini gözlemleme fırsatları sunar (Staples, Abdel ve Gordon, 2011). Karmaşık TSSB'si olan bazı danışanlar için öykü almadan önce duygulanım düzenleme tekniklerini öğretmek tercih edilebilir (Shapiro, 2018). RITTM®'de sinir sistemini yatıştırabilmek için danışanın yararlanabileceği EFT, nefes egzersizleri, vu-va tekniği, fiziksel hareket/yürüyüş, kelebek sarılması, ağırlıklı battaniyeler, aromaterapi, kaynak olarak göz pozisyonu gibi teknikler hakkında bilgilendirme yapmak ve gerektiğinde kullanabilecekleri şekilde beceri edinmelerini sağlamak, danışana aşırı uyarılma anında kendini yeniden regüle edebileceği kaynaklar geliştirmesinde yardımcı olur (Darsa, 2020).

EFT

EFT (Emotional Freedom Technique), Türkçe adı ile Duygusal Özgürleşme tekniği, ilk olarak Amerikalı NLP terapisti Gary Craig'in Amerikalı Klinik Psikolog Roger Callahan'ın suda boğulma fobisi olan danışanına uyguladığı tedavi yöntemini uyarlamasıyla keşfedilmiştir. Callahan, danışana uyguladığı klasik terapi teknikleri işe yaramayınca enerji meridyeninde mide bölgesine denk gelen göz altı noktalarına dokunma uygulaması yapmış, bu uygulama danışanın midesinin rahatsızlanmasına sebep olurken su fobisi yok olmuştur (Craig, 2004).

EFT, uygulaması basit bir enerji terapisi tekniğidir. EFT'de temel yapı, kişinin sekteye uğramış anı, duygu ve düşüncelerinin bedendeki enerji akışında tıkanıklığa sebep olmasıdır. Kişinin meridyen sistemindeki elektriksel sistemindeki tıkanıklığın açılabilmesi için dokunma yoluyla sıkıntı verici duygulara odaklanılır (Craig, 2008).

Craig'in tekniğinde bedende bulunan on iki ayrı meridyene denk gelen on iki ana noktanın tamamı dahil edilerek bedendeki enerji dengesi sağlanır ve fobiler, korkular, genel anksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu ve üzerine odaklanılan tüm sıkıntıların iyileştirilmesi sağlanır (Craig, 2004).

Travma Sonrası Stres Bozukluğununun EFT ile Tedavi Klinik Kılavuzu'na göre PCL-4 skoru 50 ve üzerindeki ilişkisel travma geçmişi olan hastalar ile yapılan EFT çalışmalarına ek klinik protokollere, yoğun psikoterapi veya psikofarmakoloji, veya her ikisine de ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (Church ve ark., 2018).

Nefes Egzersizleri

Hızlı nefes alma sempatik sinir sistemini (SSS) uyarır, yavaş nefes alma ise parasempatik sinir sistemini (PSS) harekete geçirir. Çalışmalar, yoga uygulamasının vagus sinirlerini uyarabileceğini ve TSSB semptomlarının azalmasıyla ilişkili olabilecek PSS aktivitesini ve kalp atış hızı değişkenliğini artırabileceğini öne sürmüştür (Streeter ve ark., 2012). Derin nefes almanın oksijen tüketimini, kalp atış hızını ve kan basıncını azalttığını ve parasempatik aktiviteyi artırarak zihin üzerinde sakinleştirici bir etkiye ve vücudun kontrol duygusuna yol açtığını belirtilmiştir (Jerath ve ark. 2006). David Grand, en basit tabiriyle parasempatik sinir sisteminin işlevini "sakinleşmek" ve sempatik sinir sisteminin işlevini ise "harekete geçmek için hazır olma durumu" olarak açıklamıştır (Grand, 2014). Yavaş nefes alma aynı zamanda vagal aktiviteyi arttırır, psikofizyolojik uyarılmanın azalmasına ve sempatik aktivitenin ve stres tepkilerinin azalmasına yol açmaktadır (Dishman ve ark., 2000).

Vu-Va Tekniği

Kaynağını binlerce yıldır süregelen Tibet geleneklerinden alan "Vu" sesi karın içindeki organları açmakta, genişletmekte ve titreştirecektir. Bu titreşim, sırayla, vagus sinirini (omurilikten sonra vücuttaki en büyük sinir) uyarabilir ve kapanmaya veya aşırı

uyarılmış sinir sisteminin yeniden dengelenmesine yardımcı olabilecek yeni sinyaller sağlamaktadır (Levine ve Philips, 2012). Kısa bir vu-va aktivitesi şu şekilde uygulanmaktadır:

> Oturmak için rahat bir yer bularak egzersize başlayın. Yavaşça tam bir nefes alın, sonra bir an duraklayın. Nefes verirken, sanki ses karnınızdan geliyormuş gibi "voo" sesini hafifçe titretin. Bu sesi tüm ekshalasyon boyunca sürdürün. Nefesin sonuna kadar gitmesine izin verin ve sonra bir sonraki nefesin kendi kendine gelmesini bekleyerek duraklayın. İsterseniz, bunu birkaç kez tekrarlayın. Ardından vücudunuzu, özellikle parmaklarınızı, ellerinizi ve ayaklarınızı ve ayrıca vücudunuzun canlanan veya ağrıda azalma hisseden diğer kısımlarını hissedin. (Levine ve Philips, 2012).

Fiziksel Hareket, Yürüyüş

Bir kutup ayısı bir tehdit ile karşılaştığında sakinleştirici tabanca ile vurulduğu zaman hareketsiz halde yan yatar. Sakinleştirici iğnenin etkisi geçtiğinde ise ayağa kalkarak şiddetle sallanmaya başlar. Bunlar olduktan sonra kutup ayısı hiçbir şey olmamış gibi koşmaya başlar. Bu tepki, insanlar tarafından unutulmuş olan, travma karşısında donan zihin-beden tepkisini çözmeyi sağlayan bir tepkidir. Bir kişiyi travmadan çıkarmak ve vücudunu topraklanmış bir duruma döndürmek için onları hareket ettirmek gereklidir (Levine, 1997).

Kelebek sarılması

Herhangi bir zamanda, herhangi bir yerde kullanılabilecek kolay bir rahatlama tekniğidir olan kelebek sarılması, başlangıçta EMDR Terapisi ile kullanılmak üzere yaratılmış olsa da, kendi başına rahatlatıcı bir teknik olarak kullanılabilir (Augenthaler, 2017). Guatemala'da ebeveyn şiddetine maruz kalan çocuklara yönelik bir okuldaki öğretmenler, çocuklara Tanrı'nın sevgisini Kelebek Sarılışı aracılığıyla hissedebileceklerini söylemektedirler (Boel, 1999). Laub ve Bar-Sade'e göre Kelebek Sarılması "annenin veya babanın yumuşak dokunuşuna ya da iyi bir sevgi dolu sarılmaya bağlı olduğu için bir bağlanma çağrışımı haline gelmektedir (Laub ve Bar-Sade, 2009). Bethlehem'deki bir mülteci kampı kentinden Filistinli çocuklarla uygulanan Kelebek Sarılmalı EMDR çalışmasının sürmekte olan savaş travmasına maruz kalan sekiz çocuk için resilyansı artırdığı gözlenmiştir (Zaghrout-Hodali, Alissa ve Dodgson, 2008). Kısa bir kelebek sarılması aktivitesi şu şekilde uygulanmaktadır:

> Lütfen beni izleyin ve ne yapıyorsam onu yapın. Kollarınızı göğsünüzün üzerinden çaprazlayın, böylece her iki elin orta parmağının ucu köprücük kemiğinin veya köprücük kemiğinin altına yerleştirin ve diğer parmaklar ve eller köprücük kemiği ile omuz ve köprücük kemiği arasındaki bağlantının altında bulunan alanı kaplasın. Eller ve parmaklar mümkün olduğunca dik olmalıdır, böylece parmaklar kollara değil boyuna bakmalıdır. Dilerseniz baş parmaklarınızı kenetleyerek kelebeğin gövdesini oluşturabilirsiniz ve diğer parmaklarınızı dışa doğru uzatmanız kelebeğin kanatlarını oluşturacaktır. Gözleriniz burnunuzun ucuna doğru bakarak kapalı veya kısmen kapalı olabilir. Ardından, bir kelebeğin kanat çırpması gibi ellerinizin hareketini değiştirebilirsiniz. Ellerinizin serbestçe hareket etmesine izin verin. Düşünceler, görüntüler, sesler, kokular, duygular ve fiziksel duyumlar gibi zihninizden ve bedeninizden geçenleri, değişmeden, düşüncelerinizi uzaklaştırmadan veya yargılamadan gözlemlerken, yavaş ve derin nefes alabilirsiniz (karın nefesi). Gözlemlediğiniz şey, geçen bulutlar gibiymiş gibi davranabilirsiniz (Artigas ve ark., 2000).

Ağırlıklı Battaniyeler

Ağırlıklı battaniyeler, tutulma veya sarılma hissini simüle etmek için derin dokunma basıncı uyarımı oluşturmak üzere tasarlanmıştır ve ağırlıklı bir battaniyenin sağladığı derin basıncın ve ağırlığından gelen tutarlı duyusal girdinin, stresi azaltarak ve fizyolojik uyarılmayı azaltarak çalıştığı ve böylece uykuyu kalitesini iyileştirdiği görülmüştür (Danoff-Burg ve ark., 2020). Ağırlıklı battaniyeler, klinik ortamda kronik ağrı ve fibromiyalji, kaygı bozuklukları, uyku problemleri, otizm, alzeimer, demans ve diğer mental hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır (Parker ve Koscinski, 2016)

Aromaterapi

Aromaterapi, koku duyusunun esansiyel yağlar ile uyarılması yoluyla vücutta çeşitli reaksiyonların harekete geçirildiği bir yöntemdir (Keegan, 2000). Yoğun bakım hastaları ile yapılan ve çeşitli terapi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, aromaterapi uygulanan hastalarda algılanan kaygı seviyesinde önemli derecede azalma meydana gelmiştir (Keegan, 2000).

Aromaterapinin rahatlatıcı, iyilik halini artırıcı, başa çıkma stillerini geliştirici, stresi azaltıcı etkileri ortaya koyulmuştur (Gleeson ve Timmins, 2005).

Kaynak Olarak Göz Pozisyonu

Brainspotting Modeli'nin kurucusu olan ve aynı zamanda EMDR terapisti olan David Grand, Peter Levine tarafından verilen Somatik Deneyimleme eğitimi sırasında "beyinde olan bedendedir, bedende olan beyindedir" cümlesinden çok etkilenerek travma terapisinde bedendeki daha sakin ve topraklanmış yerleri bulma fikrini EMDR terapisine ve daha sonra da kendi modeli olan "Brainspotting"(Göz Noktası) modeline entegre etmiştir. Yaptığı çalışmalar sonucunda kaynak modelinin Göz Pozisyonu'nun danışanlarda EMDR'dan daha kapsayıcı olduğunu bulmuştur (Grand, 2014).

1.2.2 Bellek İşlemleme Evresi

Bellek işlemleme evresinde amaç, kopma yaşanmadan travma hikayesini bütünleştirmeye ve sindirmeye yardımcı olmaktır. Travmadan çıkabilmek için, danışanın onunla ilişkili duygu ve duyumları tolere edebiliyor olması gerekir. Öncelikle danışanın işlemleme evresine hazır olup olmadığı konusunda danışanla ve ekipteki diğer uzmanlarla tartışılır. Danışan ancak klinik olarak hazır olduğunda travma işlenmesi başlatılır. İşlemleme sırasında danışan hiçbir zaman tahammül penceresinin dışında olmamalıdır. Geçmişte yaşanmış bir olayın anısını bile işlerken amaç danışanın bilincinin odada kalmasıdır. Danışanın üstünde çalışması gereken hedeflerinin bir listesi yapılır ve listeye öncelik verilir (Darsa, 2020).

Bellek işlemleme evresinde travmatik durumun derecelendirilmesinin ardından çeşitli yaklaşımlara başvurulur. Bu yaklaşımlar şunlardır: Bilinçli Farkındalık, göz hareketleri, göz noktası, beden yaklaşımları (Somatik Deneyimleme, Sensorimotor Psikoterapi ve Somatik Travma Terapisi), Gestalt Boş Sandalye Tekniği ve diğer yaklaşımlar (Frame by frame, sınırlar, objeler seçme, itme, terapisti ve ilişkiyi iyileştirme aracı olarak kullanma, Belirli bir parçayla çalışma).

1.2.2.1 Travmatik Durumun Derecelendirilmesi

Danışandan belleğin ve olumsuz bilişin resmini akılda tutması, hissedilen duyguyu adlandırması ve şimdi nasıl hissettiğine bağlı olarak Öznel Rahatsızlık Düzeyi Ölçeği'ne (SUD) (Wolpe, 1958) göre bir derecelendirme vermesi istenir (0 = "rahatsızlık yok)" ila (10 = "mümkün olan en yüksek rahatsızlık"). Shapiro'ya göre genel olarak

işlemlemeye danışanın işlev bozukluğuna katkıda bulunan en belirgin anılar önce işlenmelidir (Shapiro, 2018). Darsa'ya göre ise danışanı başlangıçta aşırı uyarmamak ve yeniden travmatize etmenin önüne geçebilmek için bellek işlemleme evresine en az tetikleyen travma ile başlanmalıdır (Darsa, 2020). Shapiro da en yüksek rahatsızlık derecesindeki anıyı işlemlemeye başlamadan önce, daha az rahatsız edici bir olayla başlamanın danışana daha iyi gelip gelmeyeceğinin belirlenmesinin önemini vurgulamış, daha rahatsız edici bir duruma geçme ihtimallerine karşın, danışanın uygun şekilde hazırlanması ve çağrışımların dikkatli bir şekilde izlenmesi gerektiğini belirtmiştir (Shapiro, 2018).

1.2.2.2 Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık uygulaması Doğu geleneklerinden gelmektedir ve giderek daha popüler bir psikoterapötik araç haline gelmiştir. Bilinçli farkındalık, en genel anlamıyla, deneyimlerimize dikkat etmek; kendimizi, düşüncelerimizi, duygularımızı ve bedensel duyumlarımızı dinlemek anlamına gelir. Travma geçirmiş bireyler, aşırı bilişsel hale gelerek ya da bedensel deneyimi uyuşturarak ya da her ikisini birden yaparak vücuttan kopma eğilimindedirler. Yüksek uyarılma ve düzensizlik olduğunda, bedende kalmak acı verir. Bu yüzden NARM yaklaşımında geleneksel bilinçli farkındalığa somatik yaklaşım dahil edilmiştir. Somatik farkındalığın amacı, bireyleri travmatize eden yüksek uyarılma, çökme ve şok durumlarını ele almak için tasarlanmış topraklama, oryantasyon, titrasyon, sarkma ve deşarj gibi Somatik Deneyimleme® tekniklerini uyarlayarak sinir sisteminin yeniden düzenlenmesini aşamalı olarak desteklemektir (Heller & La Pierre, 2012).

Bilinçli farkındalık, otomatik pilotta yaşanılan bir hayattan günlük yaşam tecrübelerine duyarlı hale dönmek anlamını taşımaktadır. Kendilik organizasyonunda çelişkiye sebep olan ve uyumu bozan travma ve sınırlanmış zihinsel süreçlerde dahi sükunete ulaşılabilmesi, bilinçli farkındalık sayesinde sağlanmaktadır. Bilinçli farkındalık sayesinde yeni duygusal düzenleme organizasyonları oluşturulmakta ve savunmacı, kaotik, karmaşık süreçler sonlandırılarak gerçek değişime doğru bir yolculuk başlamaktadır. Bilinçli farkındalık ile bedenin ve duyuların incelenmesi, özellikle travma yaşamış olan ve bedeninin farkında olmayan bireyler için öncelikle korkutucu

olabilmekle beraber, süreç içinde farkındalığın artması ile kişilerin duygularındaki dürtüselliğin azalmasında, flaşbeklerin ya da geçmişteki zihni meşgul eden otomatik çağrışımların yok olmasında ve eleştirel iç seslerin ortadan kalkmasında önemli katkısı olmaktadır (Siegel, 2021).

Bilinçli farkındalık, Jon Kabat Zinn tarafından ilk olarak Massachusetts Medical Center'da "Stress Reduction and Relaxation Program (SR&RP)" isimli stres azaltma ve sakinleşme programı kapsamında sekiz haftalık yoğunlaştırılmış eğitimler ile yaygınlaşmış olsa da, temelini Asya'nın Budist geleneklerinden alan bir meditasyon türüdür. Gevşeme, dikkat etme, farkındalık ve içgörü için içsel kapasiteye dayanan, yaşamda yeni tür kontrol ve bilgelik geliştirmeye yönelik sistematik bir yaklaşımdır. Bu stres kliniği bir kurtarma servisi olmayıp insanların sahip oldukları güçleri ortaya çıkarmalarında ve kendi sağlık ve iyi oluşlarını geliştirmelerine yardımcı olacak aktif öğrenme için bir araç niteliğindedir (Kabat-Zinn, 2005).

Olumsuz deneyimlerin hatırlatıcıları dikkati geçmişe veya geleceğe çektiğinde ya da kişinin içinde olup biteni görmezden geldiğinde, içsel deneyimin farkındalığı, şimdiki ana geri dönülmesine yardımcı olur. Olumsuz deneyimler, "orada" olmak yerine "burada" olma yetisini etkileyebilir. Danışanlar kendilerini geçmişin içinde yaşarken bulduğunda, rahatsız edici hatıralar şimdiki zamana izinsiz girebilir ve çoğu zaman uzun zaman önce yaşanılan koşulları hatırlatan ipuçlarına yöneltir. Kişinin dikkati geleceğe gittiğinde, geleceğin tatsız, hayal kırıklığı yaratan veya tehdit edici deneyimlerle dolu olacağını öngörerek "en kötü durum senaryosunu" hayal edebilir. Geçmişe veya geleceğe odaklanmak, şimdiki anı - burada (bu özel yerde) ve şimdi (zamanın bu anında) doğrudan deneyimlemeyi engeller. Ayrıca, kişi kendi şu andaki deneyimini görmezden gelme, bastırma veya en aza indirme eğilimi geliştirip, başkalarına, nesnelere, görevlere veya çevreye odaklanma alışkanlıkları edinmiş olabilir. Şimdiki anın deneyimimizin farkında olunduğunda mevcut olan belirgin dolaysızlık, zenginlik, canlılık ve hayat dolu olma duygusu, göz ardı edildiğinde veya geçmiş ya da gelecek üzerinde durulduğunda azalır. (Ogden ve Fisher, 2014)

1.2.2.3 Göz Hareketleri (EMDR)

Göz hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi bütüncül bir terapi yaklaşımıdır ve beynin bilgiyi işlemlemedeki rolünü vurgular. Bilgi eksikliği, organik eksiklikler, toksik nedenler ya da fiziksel hasarlar dışında kalan ruh sağlığı sorunları, rahatsız edici ya da travmatik deneyimlere ait yeterince işlenmemiş anılarının bir sonucu olarak kavramsallaştırılır. Bu işlemlenmemiş anılar duyguları, fiziksel duyumları ve asıl rahatsızlık veren olay anındaki çeşitli bakış açılarını içerir. EMDR sekiz aşama üç yönlü bir metodolojiden oluşur. Üç yönlü metodoloji: 1- Şu anda var olan problemin altında yatan geçmiş ters yaşam deneyimlerine dair anıların belirlenmesi ve işlenmesi; 2- Rahatsızlığı ortaya çıkaran güncel durumların belirlenmesi ve işlenmesi; 3- Danışanın gelecekteki davranışlarını yönlendirecek olumlu anı kalıplarının sağlanmasında ihtiyaç duyulan yeteneklerin belirlenmesi ve işlenmesidir. Göz hareketleri setlerini veya diğer ikili dikkat uyaranlarını (dokunsal veya işitsel) içeren standart prosedürler kullanılarak, danışanın anılarına erişilebilir ve uyarlanabilir bir çözüme göre işlenir. Sorunlu deneyim uygun şekilde bütünleştirilip çözüldüğü için bilgi işleme sistemini uyarmak, iç bağlantıların oluşmasını sağlar. Bu işlem sırasında, olumlu duygular, inançlar ve fiziksel tepkilerle birlikte içgörüler otomatik olarak ortaya çıkar ve rahatsız edici olay hem bir öğrenme deneyimi hem de dayanıklılığın temeli haline gelir (Shapiro, Solomon, 2010)

EMDR protokolü, bir hedef görüntüyle başlamayı, onunla ilişkili olumsuz bir biliş (veya inanç) bulmayı ve ardından dengeleyici bir olumlu inanç bulmayı gerektirir. Bir sonraki adım, duygusal tepkiye erişmek ve ardından aktive olan sıkıntının vücutta nerede tutulduğunu belirlemektir. Bunu, göz hareketleriyle gerçekleştirilen duyarsızlaştırma adı verilen süreç takip eder. Terapist, sağdan sola ileri geri hareket ederken danışanın terapistin parmaklarını izlemesini sağlayarak göz hareketini başlatır. Danışan gözlerini hareket ettirirken, içsel işleyişini gözlemler (Grand, 2014) .

1.2.2.4 Göz Noktası (Brainspotting)

Bu psikoterapötik araç, temel olarak psikolojik travmaları ve bunlarla ilişkili duygusal düzensizlik, depresif bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, kaygı ve vb. etkileri yönetmeyi amaçlar. (Masson, Bernoussi, Cozette Mience ve Thomas, 2013).

Brainspotting, yavaş göz hareketlerinin kullanıldığı doğal akışında bir EMDR oturumu sırasında David Grand tarafından keşfedilen, psikoterapideki bir gelişmedir. Danışanının göz hareketleri sarsılıp donunca David Grand da aniden durup neler olacağını beklemiştir ve danışan daha önce erişilemeyen travmatik maddeleri işlemleyebilmiştir. Grand, diğer danışanlarda da bu gözlemlerini devam ettirerek benzer şekilde işlemlemeler olduğunu keşfetmiştir (Grand, 2013).

Bilinçli farkındalığa sahip bir terapist, bedendeki aktivasyonun doğasını ve şiddetini kontrol ederek içsel odağın sürdürülmesini sağlar ve bu aktivasyonun içeriden dışarıya açılmasını sağlar. Travmanın iyileşmesi, daha önce uyumsuz ve işlevsiz döngüye girmiş olan nöronal yolakların mümkün olduğunca mükerrer defa, sabır ve bakım ile yeniden yazılması ile mümkün olacaktır. Başka bir deyişle, Brainspotting terapisti danışanın nörobiyolojisine uyumlanmakta, bunu da danışanın sergilediği hangi göz pozisyonun artış gösterdiğini fark ederek, refleksif aktivitenin sürdürülmesini fark ederek (dışsal pencere), danışanın göz noktasını "en çok hissettiği" pozisyona odalayarak (içsel pencere) ve danışanın birden bire duygusal materyallerden bahsederken bakakaldığı göz noktasını fark ederek (bakış noktası) yapar (Grand, 2014).

Brainspotting, travmaları beynimizde nerede tuttuğumuzu bulmak için görüş alanımızı kullanır. Gözlerin bilgi için dış ortamı doğal olarak taradığı gibi, bilgi için iç ortamlarımızı, beyinlerimizi, taramak için de kullanılabilirler. Brainspotting, "tarayıcıyı" kendi üzerine döndürmek ve beyni kayıp içsel bilgileri bulması için yönlendirmek için görsel alanı kullanır. Bakışları belirli bir dış noktaya odaklayarak, travmanın serbest kalmasına ve çözülmesini sağlayan derin işlemeyi teşvik etmek için beynin travmanın depolandığı belirli iç noktaya odaklanması sağlanır. Travmatik olayı yeniden hatırlama sırasında görsel alandaki bir bölgenin maksimum derecede beden uyarılması ile bağlantılı olduğunu kolayca görülebilir. Travmatik olayı anlatırken bu olayla ilişkili göz noktasına

bakıldığında tam olarak bu noktanın somatik olarak rahatsızlık vericiliği ile ilişkili olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (Corrigan ve Grand, 2013).

Karında hissedilen içsel bir hissin ya da bir kalp kırgınlığının duygusal deneyiminin dışsal görsel ile ilişkisi olmayabilir ama yine de bir göz noktası vardır. Danışan, ilişkili beden duyumlarına odaklanmasını sağlayacak olan yeterli duygusal derinliğe ulaşmakta zorlandığından bahsediyorsa, terapist danışandan yatay düzlemde hareket ettiriyor olduğu bir işaretçiyi gözleri ile takip etmesini ister. Daha sonra terapist danışanın bakışında bir bozulma gözlemlediği zaman danışanın göz noktasını tespit eder (Nakano ve ark., 2013).

Sensorimotor Psikoterapi, Somatik Deneyimleme, Hayat Boyu Bütünleşme ve EMDR'da olduğu gibi Brainspotting de çerçevesini travmatik hafızanın beden duyumları üzerinden konuşulmasından alır. Var olan problemin doğasında ne olduğu terapiste yeniden açıklanırken kişinin içinde neler olduğuna bilinçli dikkat ile erişilir. Bu aktivasyon dikkatli bir şekilde çalışılır ve hafızaya da 1 ile 10 arasında puanlaması istenerek vurgu yapılır (Masson, Bernoussi, Cozette Mience ve Thomas, 2013).

Danışanın içsel süreçlere odaklanması orta prefrontal alanları tetikler ve duygular, anılar, beden duyumları ve biliş gözlenir. Brainspotting kurulumu ile açılmış olan bilgi dosyalarındaki gözlemin sürdürülmesi iyileştirici dönüşümün oluşmasını sağlar (Grand, 2011).

1.2.2.5 İşlemleme Sürecinde Bedenin Dahil Edilmesi

Travma iyileşmesi, vücutta yeni deneyimler yaşandığında gerçekleşir. Önce fiziksel bedende bir değişiklik gerektirir. Travmatik olay esnasında beden olaya belirli bir şekilde tepki verir ve daha sonra bu tepki vücutta depolanır. Travmatik anı hakkında konuşulduğunda, bedende aynı tepkiyi yeniden yaratmamak çok önemlidir. Geçmiş, kişinin içinde öncelikle fiziksel ve bilişsel olarak yaşar. Bu yüzden bedendeki iç hisler değiştirilmelidir, aksi takdirde travma değişmeyecek ve defalarca tekrarlanacaktır. Amaç, danışana bedende yeni deneyimler yaşatmak ve onlarla daha rahat olmayı öğretmektir (Darsa, 2020).

Somatizasyon terimi ilk kez W. Stekel tarafından, kişinin iç dünyasındaki çatışmaların beden ile gösterildiğini ifade etmek için kullanılmıştır (Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007; Lipowski,1988). Vücutta oluşan bu bedensel belirtiler tıbbi bir nedenle ilişkilendirilememekte; ama kişiler, duygusal sorunları bedensel belirtileri ile ifade ettiklerinden yaşadıklarının fiziksel bir hastalık yüzünden olduğunu sanıp çoğunlukla sadece tıbbi yardım aramaktadırlar (Özen, Serhadlı, Türkcan ve Ülker, 2010).

Kişiler yaşadıkları stres ve ruhsal sorunları bedensel olarak dışarıya gösterebilmektedirler. Kişiler, travmatik olayların onlarda oluşturduğu duygusal yükleri, bedensel şikayetler ile dışarıya yansıtabilmektedirler (Yılmaz, 2007). Şiddete uğrayan kadınlar ile yapılan araştırmalarda, mağdur kadınların somatik belirtiler gösterdikleri sonucu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda, kadınlarda; bağırsak sorunları, vücutta his kaybı, kronik ağrılar, beden ağrıları gibi bedensel belirtiler anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Koss ve Heslet, 1992). Amar ve Gennaro'nun yürüttükleri araştırma sonuçlarına göre, partnerinin şiddetine maruz kalmış kadınlarda göğüs ağrısı, sırt ağrısı, baş ağrısı gibi somatik şikayetler görülmüş, testlerde somatizasyon skor puanları yüksek gözlemlenmiştir (Amar ve Gennaro, 2005).

RITTM®'de işlemleme sürecinde bedenin dahil edilmesinde yararlanılan üç önemli yaklaşım vardır: Peter Levine tarafından geliştirilen Somatik Deneyimleme, Pat Ogden tarafından geliştirilen Sensorimotor Psikoterapi ve Babette Rothschild tarafından geliştirilen Somatik Travma Terapisi (Darsa, 2020).

Somatik Deneyimleme

Kişiler, travma veya stresli bir olay ile karşılaştıklarında, savaş veya kaç mekanizmaları devreye girer ya da üçüncü bir diğer mekanizma olan, vücutlarında ne hissettiklerine dair çok daha az duyumların olduğu "donma'' mekanizması devreye girer. Ruh sağlığı uzmanları, çocukluk çağı travmaları ve travmayla karşılaşan danışanlarla çalışırken, danışanların duygularını kendileri için rahat olan bir hızda tekrar işlenebilir duruma getirmeye çalışırlar, böylece hissettiklerini fark edip yönetebilir hale gelirler. Bunu başarmanın en iyi yollarından biri, bedende algılanan hislere odaklanmaya yardımcı olan Somatik Deneyimleme veya SD olarak bilinen, terapötik uygulamadır. (Nakazawa, 2021)

Bedeni merkeze alan tedavi yöntemlerinden biri Levine tarafından gerçekleştirilen somatik deneyimleme yöntemidir. Bu yöntem ile bireyler travma deneyimlerini tekrar yaşamak yerine onlarla anlaşmayı öğrenirken, travma sırasında kesintiye uğrayan hayatta kalma davranışlarını güvenli bir şekilde nasıl kullanacaklarını öğrenmektedirler. Somatik deneyimleme, bireyin algıladığı bedensel tepkilerine odaklanmaktadır. (Levine, 2015)

Levine'e göre, travmanın bedende hapsolması nedeni ile tedavi edebilmek için bedene ulaşmak gerekmektedir (Levine, 2010). Ama, geleneksel terapi yöntemleri travmayı konuşarak, kelimeleri kullanarak, ulaşılması zor olan deneyimlere ulaşmaya ve çözmeye çalışmaktadırlar (van der Kolk, 2002). Ancak, duygular beden aracılığı ile işlemlenmekte ve sonrasında bilişsel süreçlerden devam edilirse tedavinin faydası artmaktadır (Levine, 2010).

Somatik Deneyimleme, terapistin danışanın aksayan sinir sisteminin işleyişini yeniden düzenleyebileceği bir yöntem sunmaktadır. Bu yöntem Schore'un regülasyon teorisi, Gendlin'in "hissedilen duyu'' ve Porges'in Polyvagal teorisini içermektedir. Kişiler kendi başlarına gelenleri anlatırken terapist onların yüz ifadelerindeki jest ve mimikleri, nefes alışverişlerindeki değişimleri, bedensel duruşlarını, ses tonundaki değişimleri ve vücutlarındaki değişimleri anbean gözlemlemektedir. Terapist, danışanın farkındalığını bedenlerine yöneltmelerine yardımcı olur. Bu sayede danışan, bedenindeki düzensizliklere dikkatini yöneltebilir duruma gelmekte ve bunun sonucunda bu terapi süreci ile vücudun yeniden organize olmasına imkan sağlamaktadır (Levine, 1997).

Somatik Deneyimleme, hareketsiz ve sabit tepkileri değiştiren, bedeni odağa alan biyolojik bir yöntemdir. Somatik deneyimleme, tüm bedensel duyumları gerçekleşebilecek bir tehdit durumuna karşı kayıt altına almaktadır. Bireyin şu anki ve travma yaşantıları etkinleştiğinde eksik olan hayatta kalma becerilerini değerlendirmektedir (Levine, 2010).

Sensorimotor Psikoterapi

Somatik psikoterapinin patentli bir yöntemi olan ve Pat Ogden tarafından geliştirilen Sensorimotor Psikoterapi, bilişsel ve somatik teknikleri birleştirerek

travmanın beden üzerinde etkileri olabileceğini ve somatik belirtiler olarak ortaya çıkabileceğini ve bu semptomlarla çalışmanın terapötik sonuca yardımcı olabileceğini varsayar (Muller, 2013). Sensorimotor Psikoterapi'ye göre, ilişkisel travma yaşandıysa, travma ve bağlanma inançları arasındaki ayrım bulanıklaşabilmektedir. Genellikle bu tür durumlarda ikisi örtüşür. Aşağıdan yukarıya müdahaleler yoluyla, kaynaklar geliştirerek ve travmatik bellekle çalışarak travmayla ilgili inançlar çalışılabilir (Ogden, 2014). Bu travma terapisi biçimi, özellikle duygusal düzenleme, bilişler ve günlük işleyişte zorluklara neden olabilen bedensel çözülme veya motor engellemeler gibi dissosiyatif nitelikteki fiziksel semptomları ele alır (Ogden, Minton ve Pain, 2006).

Sensorimotor psikoterapi, travmatik anıları danışan için güçlü yönlere ve kaynaklara dönüştürmek için nörobilimden elde edilen mevcut bulguları bütünleştiren beden temelli konuşma terapisidir. Annenin uyum eksikliği gibi gelişimsel travmaların yanı sıra cinsel istismar, şiddet veya sözlü taciz gibi akut veya ağır travmalarla da çalışır (McFarlane, 1996).

Terapist seansta danışanın kesilen hareketi tamamlaması için bir yol bulur, böylece onlara sinir sistemlerine entegre edebilecekleri bir zafer deneyimi yaşatır. Terapist daha sonra travma yaşayan hali ile konuşarak süreci tamamlayabilir ve şöyle bir şey söyleyebilir: "Aklınızın gözündeki genç halinize bakın, birazdan birkaç kelime söyleyeceğim ve sizden sadece genç benliğinizin nasıl tepki verdiğine dikkat etmenizi istiyorum." Terapist yavaşça konuşur ve "Kardeşinizin neden kavga ettiğini bilmiyorum ama tüm küçük çocukların evlerinde güvende ve emniyetli hissetmeyi hak ettiğini biliyorum" (Ogden ve Fisher, 2014).

Somatik Travma Terapisi

Somatik Travma Terapisi Babette Rothschild'in entegre etmiş olduğu travma terapi yaklaşımlarının bütünü olup, Rothschild yeni bir teknik ortaya koymak yerine danışanın güvende olmasına öncelik vererek, yeterli miktarda sağduyu ve travmanın beden ve zihin üzerindeki etkisinin temel bir teorisi ile birleştirildiğinde hemen hemen her teorik psikoterapi veya beden psikoterapisi modeli ve yönteminin travma ile çalışmak için uyarlanabilir olduğunu belirtmiştir . Rothschild'a göre güvenli bir travma terapisinin on ön koşulu vardır: terapi içinde ve dışında danışan için güvenlik sağlanması, travmatik

anıları ele almak veya herhangi bir tekniği uygulamak için bir ön koşul olarak terapist ve danışan arasında iyi bir iletişimin gelişmesi (bu aylar veya yıllar sürse bile); danışan ve terapistin, travma çalışmasında "gaza basmadan" önce "freni" kullanabileceğinden emin olması; savunmaların kaynak olarak kabul edilmesi ve başa çıkma stratejilerinden/savunmalarından kurtulmak yerine daha fazla seçenek oluşturulması; travma sistemini bir "düdüklü tencere" olarak görüp hep baskıyı azaltmak için çalışılması; danışanın terapiye uyum sağlamasını beklemek yerine terapinin danışana uyarlanması; geniş bir teori bilgisine sahip olunması; danışanın bireysel farklılıklarıyla değerlendirilmesi ve uygunsuzluk veya müdahalenin başarısızlığı konusunda yargılanmaması; terapistin bazen tüm teknikleri bir kenara bırakıp sadece danışanla konuşmaya hazır olması gerektiğidir (Rothschild, 2000).

1.2.2.6 Gestalt/Boş Sandalye Tekniği

1940'larda psikanalist Fredrik S. Perls tarafından kurulan Gestalt terapisi, kişisel sorunlara tarihsel kökler aramak yerine şimdi ve buraya odaklanması yönüyle bir devrim niteliğindeydi (Perls, 1942). Gestalt terapisinin uygulayıcıları, beden farkındalığı da dahil olmak üzere farkındalığın tüm yönlerindeki değişiklikleri izlemekle ilgilenir, ancak Gestalt bir beden psikoterapisi olarak kabul edilmemektedir (Rothschild, 2000). Boş sandalye tekniği veya sandalye çalışması, tipik olarak, bir danışanın hayatındaki birinden veya bir şeyden kaynaklanan, kendi kişiliğinin yönleri, kavramları, fikirleri, duyguları vb. ya da hayatlarındaki diğer insanlardan gelen derin duygusal problemlerle ilgili, danışanın duygu ve tutumları hakkında düşünmesini sağlamaktır (Tucker-Ladd, 2009).

Danışanın boş sandalyede hitap ettiği ortak şeyler, sanki o şey o sandalyedeymiş gibi, başka bir kişi, kendi kişiliğinin yönleri, belirli bir his vb. olabilir (Nichol ve Schwartz, 2008). Ayrıca danışan sandalyeler arasında geçiş yapabilir ve tipik olarak danışanı ve kendileri için önemli olan kişileri içeren bir tartışmanın iki veya daha fazla tarafını canlandırabilirler. Danışanın duygularını ve bastırılmış duygularını açmak için pasif bir yaklaşım kullanılmakta, böylece danışanlar geride tuttukları şeyi bırakarak kendini keşfetmeye odaklanmaktadır (Schacter, Gilbert, Wegner, 2011).

1.2.2.7 Diğer İşlemleme Teknikleri (Frame by frame, Sınırlar, Objeler Seçme, İtme, Terapisti ve İlişkiyi İyileştirme Aracı Olarak Kullanma, Belirli Bir Parçayla Çalışma)

Frame by Frame

Bir seans sırasında birlikte, danışanların dikkatlerini acı verici olaydan önce, sırasında ve sonrasında bozulmamış olan unsurların kare kare deneyimine yönlendirmelerine yardımcı olunabilir. Her kaynağın ait olduğu kategoriyi ve içsel mi yoksa dışsal bir kaynak mı olduğunu belirlemek, her birinin tanımlanmasına daha fazla yardımcı olacaktır. Deneyimin ne kadar acı verici olduğunun yanı sıra, kullandıkları kaynakların veya meydana gelen olumlu unsurların hafızasını somutlaştırmak, hafıza ile farklı çağrışımlar kurmalarına yardımcı olacaktır. Danışanlar ayrıca, bu kaynakların bir versiyonunu bugün hayatlarında kullanıp kullanmadıklarını veya bu veya daha sonraki olaylar nedeniyle bir kenara mı atıldığını belirleyeceklerdir. Bu kaynaklar daha sonra gerektiğinde tekrar kullanılabilir veya danışanların geliştirilecek kaynak repertuarına eklenebilir (Ogden, 2014).

Sınırlar

Travmanın en dayanılmaz yönlerinden biri, sadece travma anında değil, kalıcı hasar olarak sınırların istilası veya çöküşüdür. Travmatize olmuş danışanlar genellikle terapiye arka planda devam eden hem fiziksel hem de duygusal olarak hayatta kalma ve kimlik duyguları ile ilgili bir tehdit duygusu getirirler (Heitzler, 2013).

Fiziksel sınırlara katkıda bulunan faktörler; mahremiyet, fiziksel yakınlık, dokunma ve cinsel davranıştır. Terapide bireylerin bu faktörlerle rahatlık düzeylerini belirlemelerine izin verilir. Bireylerin bu faktörler ile ilgili rahatlık düzeyleri, travma yaşamadan önce, sonra ve iyileşme süreci boyunca farklı olmaktadır (Whitfield, 2010).

Danışanla terapist arasındaki mesafe, sınırları geliştirmekte yardımcı olur. Sınırlar ile çalışırken danışana oturma mesafesi hakkında nasıl hissettiği sorulur ve bedenini takip etmesi istenir. Terapist danışana birkaç santim daha yaklaşır ve danışan da bedenini takip

eder. Sınırlar için doğru alan sağlanana kadar terapist öne ve arkaya hareket eder. Bu aktiviteyi yaparken terapist yavaş yavaş danışanın kaygısı üzerine çalışır (Darsa, 2020).

Danışanlar, çeşitli egzersizler aracılığıyla doğru kişisel mesafenin kendilerini güvende hissetmelerine nasıl yardımcı olabileceğini deneyimleyebilirler. Terapist odanın karşısında durabilir ve danışan, terapistin durması gerektiğine dair somatik bir his hissedene kadar yavaşça danışana doğru yürüyebilir; bu sırada danışan "dur" işareti yapar (ellerini kaldırır, avuçlarını dışa doğru kaldırır) ve/veya terapistin durması gerektiğini belirten kelimeler söyler. Yakınlığa yönelik somatik tepkileri incelemek, bir sınır belirlemek veya "hayır" demek için dili veya sesi kullanamayan danışanlar için özellikle önemlidir (Ogden, Minton ve Pain, 2006).

Objeler Seçme

Deneyimsel terapötik araçlar, danışanın duygularına ve bedenlerine giriş yapmalarına izin verir. Hedef aldığı şey bilişsel beyinden ziyade limbik sistemdir (Darsa, 2020).

Danışan duygularını işlemlerken ya da farklı insanların duygularını tetiklediğini anlatırken, onlardan bunu temsil eden objeyi seçmeleri istenir. Danışan objeye yöneldiği zaman danışanın beden duruşundaki değişim gözlemlenir ve danışanın bu değişimi fark etmesi sağlanır. Örneğin kendisini travmatize eden babasını temsil eden bir obje seçen çocuğun, objeyi incelerken bedeni daha savunmasız ve kambur hale gelmiş olabilir. Yavaş ve nazikçe çocuğun daha dik bir pozisyonda durmasını sağlamak, danışana edindiği somatik kaynakları derinleştirmesine ve daha geniş bir kaynak yelpazesine sahip olmasına yardımcı olacaktır (Ogden, Minton ve Pain, 2006)

İtme

Pierre Janet, bir eylem tamamen tamamlanıncaya kadar yürütüldüğünde, bir zevk ve neşe duygusunun kendiliğinden ortaya çıktığını fark etmiştir ve "travmatik hafızadan muzdarip olanların, zafer aşamasının karakteristik eylemlerinden hiçbirini gerçekleştiremediklerini" belirtmiştir (Janet, 1925). Danışan artık travmatik durumun içinde olmasa bile, bedenindeki hücreler hala o olayla bağlantılıdır ve seansta bu eylemi gerçekleştirdiğinde, sadece olay hakkında konuşmanın ötesinde, bedeni genellikle

hücresel düzeyde derin bir sakinlik ve rahatlama hissi yaşayabilir. Bir yastığı ya da duvarı itmek, kollardaki gücü hissetmek, bir sınır koyabilmek ya da geçmişte bir noktada danışanın travma anında gücü olmadığı, tehlikeli olduğu ya da bilmediği başka bir sebeple karşı koyamadığı her neyse ona "hayır" diyebilmek bir zafer eylemi olabilir (Ogden, 2019).

Terapisti Ve İlişkiyi İyileştirme Aracı Olarak Kullanma

Danışanın "güvenli bir temel" olarak terapötik ilişkiye güvenme yeteneği, etkileşimli düzenleme için sosyal katılım sistemini kullanmasını yansıtır. Danışan ve terapist arasındaki sosyal bağlılık azaldığında veya kaybolduğunda, terapist tarafından etkileşimli düzenleme yoluyla yeniden tesis edilmesi ve somatik kaynakların kullanılması esastır. (Ogden, Minton ve Pain, 2006).

Belirli Bir Parçayla Çalışma

Terapide parça çalışması, reddedilen parçaları tanıyarak ve bu parçalara ses vererek travma çözümünü elde etmeyi sağlar. Amaç, danışanın duygularını, hassas duygularını ve benliğinin genç kısımlarını şefkatle tutabilen bedenlenmiş bir benlik duygusu geliştirmesine yardımcı olmaktır (Schwartz ve Maiberger, 2018).

Parça çalışması terapisinin amacı, danışanların, benliğin sürgün edilmiş parçalarının sahip olduğu reddedilen duyguları ve travmatik anıları fark etmelerine ve bütünleştirmelerine yardımcı olmaktır. Terapistin genellikle danışanların sesi duymalarına ve her bir parçanın ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olması gerekir. Terapist ayrıca korunma ve bakım ihtiyaçlarının, terapötik ilişki de dahil olmak üzere diğer sağlıklı ilişkiler yoluyla karşılanabileceğini anlamalarına da yardımcı olabilir (Schwartz, 2021).

1.2.3 RITTM®'de Bütünleştirme Evresi

Bu aşamada artık yeni bir benlik duygusu ve yeni bir gelecek için bir yaratım olmalıdır. Bu son görev, anlamlı ilişkiler bağlamında kendini yeniden tanımlamayı içerir. Bu süreç sayesinde, travma artık kişinin hayatında tanımlayıcı ve hayatını organize eden bir ilke olmaktan çıkar. Travma, hayat hikayelerine entegre olur, ancak onları tanımlayan

tek hikaye bu değildir (Darsa, 2020). Terapinin amacı sadece semptom azaltma ve hafıza işlemeyi kolaylaştırmak değil, aynı zamanda danışanları travma sonrası artık travmatik olayların gölgesinin veya onların sıradan ya da zevkli deneyimlere izinsiz girişlerinin egemen olmadığı bir yaşam geliştirmeleri için güçlendirmektir. Bütünleştirme evresinde terapötik odak, kendini geliştirme, normal yaşama uyum ve ilişkiler temalarına kayar (Brown, Schefflin ve Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Herman, 1992; Steel, van de Hart ve Nijenhuis, 2005).

Terapinin bütünleştirme aşamasında danışanlar, artan bütünleştirici kapasite ve uyarılmayı daha iyi tolere edecek kadar geniş bir tahammül penceresi ile, artık sosyal bağlantılarını genişletmeye, günlük yaşam korkularının üstesinden gelmeye, uygun riskleri değerlendirmeye; almaya ve değişimi ve yakınlığı keşfetmeye hazırdır. Mesleki ihtiyaçlar ve hedefler, eğlence etkinlikleri ve manevi ilgi alanları gibi yaşamlarının ihmal edilen diğer alanlarını da geliştirmeye başlarlar (Courtois, 1988).

Danışanların hedeflere ulaşmasını engelleyen bilişsel çarpıklıkları ve buna karşılık gelen fiziksel eğilimleri keşfetmek ve değiştirmek, bütünleştirme aşamasının ana odak noktası haline gelir. Terapinin bu son aşamasında, danışanlar anlamlı ve zevkli buldukları etkinliklere katılımı daha fazla sürdürebilir ve olumlu etkilere karşı toleranslarını artırırlar. Sonunda, entegrasyon ve anlam yaratma konusundaki artan yetenekleri, geçerek ve mevcut deneyimleri yeni bir anlam ve öneme kavuşmaktadır (Herman, 1992).

Danışanların her zamankinden daha bütünleşmiş bir benlik geliştirmelerine yardımcı olmak, destek sağlamak, kaynak bulmayı kolaylaştırmak, travma sürecini yönlendirmek, uyumsuz eylem eğilimlerine meydan okumak ve “gerçek” yaşamda alternatifleri uygulamak, her zaman kaynak bulup sürdürmelerine ve tahammül pencerelerini genişletmelerine olanak sağlayan bir hızda ilerleme arasında bir denge gerektirir (Ogden, Minton ve Pain, 2006).

1.3 Amaç

Bu araştırmanın amacı, Karol Darsa tarafından geliştirilen Reconnect® Bütünleyici Travma Terapi Modeli'nin ilişkisel travmaya maruz kalan bireyler ile yürütülen bir pilot çalışma üzerinden değerlendirilmesidir.

1.4 Önem

İlişkisel travmaların bireyin ileriki yaşamında oluşturduğu olumsuz etkiler üzerine yapılan çalışmaları göz önünde bulundurduğumuzda, kişinin travmatik yaralarını iyileştirebilecek ve hasarlı olarak kurulmuş olan bağların onarılarak yeniden yapılandırılmasını sağlayacak bir modele ihtiyaç duyulmuştur. Yukarıda da açıklandığı üzere, ilişkisel travmaların oluşmasında farklı etkenler rol oynarken, bunlar arasında anne çocuk arasında veya bakım veren ile çocuk arasında kurulan güven ilişkisi, çocuğun yakın çevresi tarafından birçok açıdan ihmal ve istismara maruz kalması bunlar arasında önemli bir yere sahiptir. Çocukluktan itibaren maruz kalınan bu travma çeşidi de sonucunda biyopsikolojik olarak kişinin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, gelişimsel olarak bireyde hasar bırakmakta ve depresyon, anksiyete, TSSB gibi birçok bozukluğa yatkınlığa sebep olabilmektedir. İlişkisel travmanın kişiyi içinde bıraktığı çok faktörlü bu durumun onarılabilmesi için kişinin psikolojik yapısını farklı açılardan ele alabilecek, kanıta dayalı bir modelin ilişkisel travma üzerindeki iyileştirici etkisinin incelenmesine ihtiyaç vardır.

İlişkisel travmaların nörobiyolojik olarak sağ beynin duygu düzenleme işlevinde sebep olduğu bozukluklar, bağlanma kuramı ve hem bebeğin hem yetişkinin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ortaya konmuştur. Yaşamın ilk iki yılında travma fiziksel olarak meydana gelebildiği gibi, kişilerarası çevreden de kaynaklı olarak meydana gelebilmektedir. Bu sebeple Schore, "ilişkisel travma" terimini kullanmıştır, çünkü bu tarz travmalar çevresel kaynaklı olup içerdiği stres tek bir olaya dayanmak yerine kümülatif olarak oluşmuştur. Bağlanma durumu kişinin hem genetik olarak kodlanmış psikobiyolojik yatkınlığı ile ilgili olup, hem de bakım veren deneyimine dayalı olduğundan, ayrıca bağlanma mekanizmalarının hayatın daha sonraki evrelerinde de etkisi olduğundan, erken dönem ilişkisel travmalar hem doğrudan etkiye sahip olup hem

de ileriki evrelerde oluşabilecek psikiyatrik rahatsızlıklar için uzun süreli etkilere sahiptir (Schore, 2001).

Lanius, Vermetten ve Pain tarafından 2010 yılında yürütülen çalışmaya göre; istismar, ihmal ve ev içi işlevsizlikle ilgili on maddeli, çocukluktaki olumsuz yaşam olaylarını ölçen bir anket uygulanmıştır. Bu çalışmada ölçekteki en az beş maddeyle ilgili travmatik deneyime sahip bireylerin olgun yaşlarda depresyona yakalanma olasılığının bu deneyimlere sahip olmayanlara göre beş kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Vermetten ve Pain, 2010). Bu bağlamda baktığımızda ilişkisel travmalar diğer travmaların ani etkiler yaratmasından farklı olarak ayrıca süreğen bir travma çeşidi olması yönüyle ayrışmaktadır. Bu travma çeşidinin insan üzerinde uzun süreli olarak yaratmış olduğu tahribatın, son zamanlarda kanıta dayalı olarak kullanılan travma tedavi modellerinin bir çoğunun kapsanmış olduğu bir model ile iyileştirilmesinin mümkün olup olmadığı ortaya konmalıdır. Ayrıca yapılan araştırmalar doğrultusunda bu tarz travmaların, kişinin depresyon ve anksiyeteye yatkın olmalarına ve post travmatik stres bozukluğu semptomları göstermelerine (Huth-Bocks, 2013) sebep olduğu göz önünde bulundurularak bu semptomlarda RITTM®'in etkili olup olmadığı araştırılmalıdır. Daha önce literatürde birçok kanıta dayalı travma modelinin entegre edildiği RITTM® modeli ile ilişkisel travma üzerinde klinik görüşmeye dayalı bir bilimsel çalışma bulunmaması yönüyle bu çalışma bir ilk olacak ve terapi modellerinin entegrasyonu ile yeni kanıta dayalı modellerin ortaya konmasında ortaya çıkacak önemli çalışmalardan birisi olacaktır. RITTM®'in ilk defa Türkiye'de uygulanmasına dair bilimsel açıdan kanıta dayalı bir araştırma olması yönüyle de önem arz etmektedir.

1.5 Sınırlıklar

Araştırmanın üç örneklem üzerinden yürütülüyor olması, araştırmanın bir evrene genellenmesi için çok kısıtlı bir sayıdır. Bu yüzden bir genelleme yapmak yerine bir araştırma grubu üzerinden çalışma yürütülmüştür. İlişkisel travma yaşayan bireyler adına bir genelleme yapmak için üç kişi yetersiz olup, ilişkisel travma yaşayan kişilerin toplumdaki dağılımı ve sayısı bilinmeli ve uygun bir örneklem grubu seçilerek bir çalışma grubu ile çalışma yürütülmelidir. Ayrıca bu çalışma, kanıta dayalı farklı travma terapi modelleri ile karşılaştırmalı çalışma olarak yürütülerek bir takip çalışması yapılabilir.

Fakat şu anki şartlarda çalışma klinik gözlem üzerinden yürütüldüğü için çalışma için ayrılan süre ve diğer olanaklar göz önünde bulundurulduğunda daha fazla kişiyle tek kişinin bu çalışmayı yürütmesi mümkün olmayacaktır. Çalışmanın pandemi şartlarında yarı çevrimiçi, yarı yüz yüze olarak yürütülmüş olması sebebiyle kullanılan tekniklerin çevrimiçi terapilerde işe yararlılığı konusunda her biri için ayrı bilimsel araştırmalara ihtiyaç vardır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın evren ve örneklemi, araştırmadan elde edilen verilerin toplanması ve veri analizi açıklanmıştır.

2.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma, çocukluk çağı olumsuz yaşantısına sahip bireylerde Karol Darsa tarafından geliştirilen Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli'nin pilot çalışma ile değerlendirilmesi amacıyla nitel ve nicel desenlerin bir arada kullanıldığı karma desen olarak tasarlanmıştır. Karma yöntem araştırmaları, araştırmacının bir çalışma veya birbirini izleyen çalışmalar içerisinde nitel ve nicel yöntem, yaklaşım ve kavramları birleştirmesi olarak tanımlanır (Creswell, 2003; Tashakkori ve Teddlie, 1998; Johnson ve Onwuegbuzie, 2004). Sosyal bilimler alanında yürütülen çalışmalarda bireye özgü farklılıkların bulunması oldukça muhtemeldir. Bu araştırmanın temel konusu olan RITTM Modelinin değerlendirilmesi, RITTM'in katılımcılar için ne anlama geldiği, nasıl deneyimlendiği ve bireyi nasıl etkilediğini araştırmak için nicel araştırma ile yalnızca depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin araştırılması tek başına yeterli olmayacağı düşünülmüştür. Danışanların RITTM uygulamasındaki deneyimleri, RITTM'de kendisine eğer herhangi bir etkisi oldu ise etkilerini, daha çok etkili olan ve etkili olmayan faktörlerin ortaya konabilmesi için nitel çalışmalara daha çok ihtiyaç duyulmuştur. Ancak nitel araştırmaların tek başına kullanılmasının bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Nitel araştırma ile ortaya koyulan kavram ve kuramların nicel araştırmalarla geliştirilmesi elde edilen bilgilerin sınırlılığını azaltabilir. Yukarıda sıralanan nedenlerle bu araştırma nitel ve nicel araştırma yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma araştırma modeline göre tasarlanmıştır.

Nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanılması bilgilerin keşfedilmesi ve çoğaltılması için araştırmacıya birçok avantaj sağlamaktadır. Nitekim tek bir veri kaynağının yeterli olmaması, bulguların genellenebilmesi ve araştırmanın tamamlayıcı ikinci bir metotla zenginleştirilmesine duyulan ihtiyaçtan dolayı araştırmada karma araştırma yöntemi tercih edilmiştir (Creswell ve PlanoClark 2011). Karma araştırma yöntemi kapsamındaki problemleri anlamak amacıyla bir veya birden fazla çalışma içinde

nitel ve nicel yaklaşımların ve yöntemlerin birleştirmesi şeklinde ifade edilmektedir (Creswell, 2003, 2012; Creswell ve PlanoClark, 2011). Bu nedenle karma araştırma tasarımlarından sıralı dönüşümsel tasarım kullanılmıştır. Bu tasarımda nicel veri önceden toplanıp analiz edildikten sonra nitel veriler alınabilir. Öncelik veri türlerinden nitel veya nicele verilmekle birlikte bazı durumlarda her iki veri türüne de eşit önem verilebilir. Veri analizi genelde yorumlama ve tartışma kısımlarında birleştirilir. Bu tasarım geniş çaplı veya alternatif bakış açılarına imkân vermesi, araştırmaya katılanları destekleyici olması ve çalışılan olguyu daha iyi anlamayı sağlama bakımlarından yararlıdır (Creswell, 2003). Araştırmada öncelikle katılımcıların depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri ile ilgili nicel çalışmalar yapılmış, daha sonra RITTM deneyimleri ile ilgili veriler toplanarak bulgulara ulaşılmıştır. Son olarak nitel ve nicel bulgular ayrı ayrı ve birlikte değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

Araştırmada nitel ve nicel verilerden yararlanılarak karma desen kullanılmış, bu sayede nitel verilerin nicel verileri desteklemesi amaçlanmıştır. Nitel araştırmada tematik analiz yöntemi ile ilişkisel travmaya sahip olan ve 5 seanslık RITTM® pilot çalışmasını tamamlamış bireylerin her biri ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılması amaçlanmıştır. Böylece RITTM®'i deneyimleyen insanlar arasında ortak alt temalar belirlenerek çalışmanın değerlendirilmesinde çıkarımlar yapılabilecektir. 5 seanslık bir uygulama yürütülmüş olması, katılımcıların tamamının ruh sağlığı profesyoneli olması ve psikoterapi uygulama çalışmalarına gönüllü ve istekli olmaları, uygulamayı merak ediyor olmaları ve kolay adapte olabilecek bir grubun seçilmiş olması ile gerekçelendirilmektedir. Nicel çalışmada ise çalışmaya katılan kişilere karşılaştırmalı ön test ve son test olarak ölçek uygulaması yapılmıştır.

Bu amaçla sınanmak istenen hipotezler şunlardır:

- RITTM®'in ilişkisel travmaya sahip bireylerin depresyon düzeylerinde azaltıcı etkisi vardır.
- RITTM®'in ilişkisel travmaya sahip bireylerin kaygı düzeylerinde azaltıcı etkisi vardır.
- RITTM®'in ilişkisel travmaya sahip bireylerin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında azaltıcı etkisi vardır.

2.2 Evren ve Örneklem

Bu tez çalışması, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Araştırma Sağlık Org. ve Danışmanlık Ltd. Şti. Yönetim Kurulu Başkanı Uzm. Dr. Tahir Özakkaş'ın iletişim kurulmasını ve çalışma yürütme teklifi sunulmasını onaylamış ve yönlendirmiş olduğu örneklem grubu ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği Türkçe Formu (ÇÇOYÖ)"nu (Gündüz, 2008) doldurmayı kabul eden 23 yaş üzeri, Psikoterapi Enstitüsü tarafından verilen dört yıllık Bütüncül Psikoterapi Eğitimi'ne henüz başlamış, birinci aylarını tamamlamış olan gönüllü kursiyerler oluşturmaktadır. Eğitime en az 23 yaşında olan bireyler kabul edildiğinden, evreni de alt yaş sınırı 23 yaştır. Eğitimde 56 kursiyer olup, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kursiyerlere ÇÇOYÖ uygulanmıştır. Diğer üst seviye kursiyerler farkındalıkları artmış, çoğu kendi psikoterapi süreçlerine başlamış ve gruplar da kendi arasında aynı zamanda grup terapileri yürüttükleri için çalışmaya yalnızca birinci seviyede olan 56 kursiyer dahil edilmiştir. Süre, olanaklar araştırmanın yapısı göz önünde bulundurulduğunda, araştırmanın 3 kişi ile yürütülmüştür. İçleme kriteri olarak çocukluk çağı olumsuz yaşantısına sahip olması, çalışma sonrasında 5 seanslık RITTM® uygulamasına katılabileceğini beyan etmiş olması, Psikoterapi Enstitüsü tarafından verilen Bütüncül Psikoterapi Eğitimi kursiyeri olması ve herhangi bir psikoterapi desteği almıyor olması belirlenmiştir. Dışlama kriteri olarak Bütüncül Psikoterapi Eğitimi'nin ilk aşamasını tamamlamış kursiyerler belirlenmiştir. Psikoterapi Enstitüsü'nün fiziksel olanaklarının RITTM® uygulamasını yürütmek için uygun olması, kitlenin mesafe açısından ulaşılabilir olması, araştırma yürütülmesine açık olan toplu bir kitlenin varlığı, Psikoterapi Enstitüsü kursiyerlerinin evren olarak seçilmesindeki sebeplerdendir.

Araştırmanın ilk aşamasında çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği" uygulanıp ölçekten en yüksek puan alan 3 birey belirlenmiş olup, RITTM®'in geliştiricisi Dr. Karol Darsa ile diğer danışanlar üzerinden yürütülen altı aylık süpervizyon sürecinin ardından, 2 kadın 1 erkek katılımcı ile çalışma yürütülmüştür.

Bütüncül Psikoterapi Eğitimi: Öncelikli olarak ruh sağlığı alanında, ikincil olarak da sağlık sektöründe farklı alanlarda da olsa, hasta ilişkileri ve danışmanlık becerisi geliştirme ihtiyacı duyan profesyonellere yönelik olarak bütüncül psikoterapi

kapsamında teorik, formülasyon, süpervizyon aşamalarını ve son yıl Hipnoz, Masterson Yaklaşımı ve Rüya Yorumlama eğitimlerini içeren dört yıllık bir programdır. Program her ay üç gün, yirmi dört saat üzerinden yapılandırılmıştır. (Psikoterapi Enstitüsü, 2016)

2.3 İşlem

Araştırmacı psikolog, Maltepe Üniversitesi Beden Psikoterapisi sertifikalı Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimine devam ederken, kurum koordinatörü Doç. Dr. Özden Bademci'nin koordinatörlüğünde Temmuz 2020- Mart 2021 tarihleri arasında düzenlenen, Dr. Karol Darsa tarafından verilen 48 saatlik RITTM eğitime katılmıştır. Eğitimin çevrimiçi olarak başlayıp yüz yüze olarak devam etmesi planlanmış olsa da, pandemi koşullarından ötürü tamamen çevrimiçi olarak Zoom uygulaması aracılığıyla gerçekleşmiştir.

Veriler, Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'nun onayı (bkz. Ek 1) alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Katılımcılar araştırmaya mail üzerinden iletişime geçilerek davet edilmişlerdir. Davetle beraber bilgilendirilmiş onam formu da olası katılımcılarla paylaşılmıştır. Katılmaya gönüllü olan katılımcılar ile onam formunu onaylamalarının ardından çevrimiçi görüşme yapabilmek için ortak bir zaman ayarlanmıştır. Çevrimiçi platformda (Zoom) görüşmeler sağlanmış ve başka bir yazılım ile ses kaydı alınmıştır.

Katılımcılar hem onam formunda hem de klinik görüşmelerin ve ardından derinlemesine görüşmenin başında araştırmanın içeriği ve gizlilikleri hakkında bilgilendirilmişlerdir. Klinik görüşmeler yarı yüz yüze yarı çevrimiçi ortamda Zoom uygulaması üzerinden yürütülmüştür. Yüz yüze görüşmeler ses izolasyonu olan, klinik görüşmeye elverişli, katılımcıların kendilerini güvende hissedebilecekleri sade bir odada gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara çevrimiçi görüşme esnasında kendilerini rahat ve güvende hissedecekleri ve gizliliklerinin sağlanabileceği bir alanda bulunmaları önerilmiştir. Bu güvenin ve gizliliğin sağlanması adına araştırmacı da yapacağı çevrimiçi görüşme sırasında bulunduğu ortamda yalnız bulunmuştur. Ayrıca katılımcılar, klinik görüşmeler sonrasında yapılan derinlemesine görüşme öncesinde tüm kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, isimlerinin ses kayıtlarında, ses kaydının yazılı hale dönüştürüleceği transkripsiyon belgelerinde veya soru formlarında bildirilmeyeceği hususunda da bilgilendirilmişlerdir. Tüm bilgilere sadece araştırmacı ve danışman ulaşabilecektir.

Bununla beraber, danışman ile yapılan analiz sırasında da katılımcıların ismini temsilen bir numara kullanılacağı belirtilmektedir.

RITTM yaklaşımında yapılandırılmış bir uygulama formatı bulunmamakta olduğundan, her bir danışanın içinde bulunduğu problemli durum özel olarak kabul edilerek seanslarda izlenen yol, yöntem ve teknikler danışanın durumuna göre şekillendirilmektedir. Her danışan için yapılan klinik görüşmelerdeki akış şeması aşağıdaki gibidir:

Danışan 1: Kadın, psikolog, daha önce bir yıl süren terapi deneyimi var, panik atak şikayeti, 34 yaşında, evli. Geçmiş öyküsüde ihmal ve istismar bulunmakta olup kaotik bir aile ortamında büyümüştür. Küçük yaşta taciz edilme ve kaçırılma travmaları bulunmaktadır.

1.Seans:

- Tanışma
- Demografik bilgilerin alınması
- RITTM modelinin ve sürecin kısaca tanıtılması.
- İçsel ve dışsal kaynaklar hakkında bilgilendirme.
- Danışanın kaynaklarının kısmi olarak belirlenmesi.
- Aşırı uyarılan danışanı yatıştırmak amacıyla odağın "şimdi ve burada"ya yönlendirilmesine yönelik bilinçli farkındalık egzersizi.
- Danışanın travma hakkında bilgilendirilmesi.
- Danışanın bir sonraki seansa kadar (eğer keşfettiyse) kaynaklarını listelemesinin istenmesi.

2. Seans

- Geçen seanstaki travmanın yapısı ile ilgili öğrendiklerine dair danışanın kendisinde keşfettiklerinin paylaşılması.
- Sinir sistemini yatıştıracak alet çantası hakkında bilgi verilmesi.
- EFT tekniğinin tanıtılması 5 şiddetinden az olan rahatsızlık veren bir durum üzerinde uygulanması.
- Bedende kaynak noktası araştırılması.

- Geçmiş öyküsünün alınması.
- Vu-Va tekniğinin uygulanması.
- İşlemleme evresinde çalışılacak konuların belirlenmesi.
-Topraklama egzersizi denemesi.

3. Seans

- Geçen seanstaki deneyimlerinin ve günlük hayatındaki keşifleri ve aşırı uyarılmaları hakkında konuşulması.
- Kaynak noktası olarak göz pozisyonu çalışması
- Göz hareketleri uygulamasının tanıtılması.
- Travmatik durumun derecelendirilmesi.
- Göz hareketleri ile kaynak çalışması.
- Göz hareketleri ile danışanın geçmiş öyküsündeki travmatik anılar üzerinden en az rahatsızlık veren anının işlemlenmesi.
-Vu-Va tekniğinin uygulanması.
- Danışanın "şimdi ve burada"ya döndürülmesi.

4. Seans

- Danışanın günlük hayatındaki keşfettiği kaynakların ve kendisi ile ilgili farkındalıklarının konuşulması.
- Göz pozisyonu ile bedende keşfettiği kaynaklar ile ilgili kaynak noktasının belirlenmesi.
- Günlük yaşamdaki yaşadığı sıkıntıların geçmiş öyküsü ile ilişkilendirilmesi.
- Geçmiş öyküsü ile ilgili duyguların bedende farkındalığının sağlanması.
- Seansta fiziksel hareket yürüyüş ve itme uygulamaları ile yeni deneyim yaşatılması. Sınır çalışması.
- Gestalt boş sandalye tekniği uygulaması ile travma yaşayan çocuk ile temas kurulması.
- Terapistin travmatik parça ile temas kurması.

5. Seans

- Danışanın süreç hakkında deneyim ve keşiflerinin konuşulması.
- Danışanın süreçteki kazanımları ve hayatındaki değişimler hakkında konuşulması.
- Kelebek sarılması.

- Danışanın bundan sonraki süreç hakkında devam ettirmeyi ve hayata geçirmeyi düşündüğü planları hakkında konuşulması.

6. Görüşme (Derinlemesine Görüşme)

- Süreç hakkında deneyimleri ile ilgili soruları içeren yarı yapılandırılmış nitel görüşme.

Danışan 2: Erkek, Psikolojik Danışman, 24 yaşında, daha önce terapi deneyimi yok, depresif şikayetler, uykusuzluk. Bekar. Geçmiş öyküsünde ihmal ve istismar, aile içi şiddet ve ebeveyn tarafından terk edilme mevcut.

1.Seans

-Tanışma

- Demografik bilgilerin alınması
- RITTM Modelinin ve sürecin kısaca tanıtılması.
- İçsel ve dışsal kaynaklar hakkında bilgilendirme.
- Danışanın kaynaklarının belirlenmesi
- Topraklama egzersizi ve kaynakların bedende pekiştirilmesi
- Danışanın geçmiş öyküsünün dinlenmesi ve danışanın şimdi ve burada tutulması.

2. Seans

-Danışanın travma hakkında bilgilendirilmesi.

- Danışana sinir sistemini yatıştıracak alet çantası hakkında bilgi verilmesi.
- Danışanın bedende daha rahat hissettiği ve daha rahatsız hissetti yerler, ilişkili duygular ve çağrışımlar hakkında konuşulması.
- Danışanın farkındalıkları hakkında konuşulması.
- Vu-Va tekniği uygulaması.
- Danışanın çocukluk çağı travmaları ve şimdiki yaşantısına etkileri hakkında konuşulması.
- Uykusuzluk problemi üzerine uyku hijyeni hakkında bilgi verilmesi. Nefes egzersizleri ve mindfulness hakkında bilgi ve beceri edindirilmesi.
- İşlemleme sürecinde üzerine çalışılacak olay ve durumların belirlenmesi.
- Topraklama egzersizi.

3. Seans

- Danışanın günlük hayattaki baş etme becerileri, güçlü yönleri ve kaynakları hakkında konuşulması. Keşfettiği kaynakların dinlenmesi.
- Göz noktası ile kaynak noktasının belirlenmesi ve pekiştirilmesi.
-Travmatik durumun derecelendirilmesi.
- 5 şiddetinden düşük bir travmatik durum ile göz hareketleri çalışması.
-EFT'nin tanıtılması ve uygulanması.
- Vu-Va tekniğinin tanıtılması ve uygulanması.
-Topraklama egzersizi.

4. Seans

- Topraklama egzersizi
- Beden duyumları üzerinden çocukluk çağı travmasının konuşulması. Frame by frame çalışma.
- Göz hareketleri ile travma işlemlemesi
- Nefes egzersizi ile duygu düzenlemesi.
- Nesneler seçme üzerinden travmatik durum karşısında beden postürüne dikkat çekilerek yeni deneyim yaşatılması.
- Kelebek sarılması.

5. Seans

- Danışanın seansta ve günlük yaşamında fark ettikleri hakkında konuşulması.
- Beden duyumları üzerinden kaynak noktasının ve çağrışımların konuşulması.
- Boş sandalye tekniği ile ebeveyn ile bitmemiş işin çalışılması.
- Görülmemiş çocuk parçası ile terapistin ilişkiyi kurarak iletişim kurması.
- Danışanın farkındalıkları ve güçlü yönleri hakkında konuşulması.
- Topraklama

6. Görüşme (Derinlemesine Görüşme)

- Süreç hakkında deneyimleri ile ilgili soruları içeren yarı yapılandırılmış nitel görüşme.

3.Danışan: Kadın, Psikolojik Danışman, 24 Yaşında, daha önce terapi deneyimi yok. Depresif düşünceler, yalnızlık duyguları, sosyal olarak geri çekilme. Geçmiş öyküsünde aile içi şiddet, ihmal ve ebeveynlerden birinin aldatması mevcut.

1. Seans

-Tanışma

- Demografik bilgilerin alınması
- RITTM Modelinin ve sürecin kısaca tanıtılması.
- İçsel ve dışsal kaynaklar hakkında bilgilendirme.
- Danışanın kaynaklarının belirlenmesi
- Danışanın travma hakkında bilgilendirilmesi.
- Danışanın yaşantısı ve travmanın yapısı hakkında farkındalık sağlanması.
- Sinir sistemini yatıştıracak alet çantası hakkında bilgi verilmesi.

-EFT Uygulaması

2.Seans

- Topraklama egzersizi

-Rahatsız edici düşünceler hakkında konuşulması ve mindfulness becerisi edindirilmesi.

- Beden duyumlarına odaklanma çalışması
- Göz noktası ile kaynaklara odaklanmak ve güvenli alan oluşturulması.
- Danışanın geçmiş öyküsünün alınması ve işlemlenecek olay ve durumların belirlenmesi.
- Travmatik anının derecelendirilmesi.
- Frame by frame travmatik olayın işlemlenmesi.
- Göz noktası ile güvenli alana gidilmesi.
- Göz hareketleri ile travma işlemlemesi.
- Bedende kaynak noktası belirlenmesi.
- Nefes egzersizi.

3.Seans

- Topraklama çalışması
- Danışandaki değişimler ve farkındalıkları hakkında konuşulması.
- Danışanın içsel ve dışsal kaynaklarının beden duyumları üzerinden pekiştirilmesi.

- Travmatik anı üzerinden göz hareketleri uygulamasına devam edilmesi.
- Nefes egzersizi uygulaması.
- EFT uygulaması.
- Danışanın travmatik yaşantıları ile ilgili farkındalıkları ile şu anki yaşantısı arasındaki bağlantılar hakkında konuşulması.
- Kelebek sarılması.

4. Seans

- Topraklama egzersizi
- Fiziksel hareketin etkileri hakkında konuşulması
-Danışanın sosyal ilişkileri ve kendine bakış tarzındaki değişimler hakkında konuşulması
- Gestalt boş sandalye uygulaması.
- Duygular ve kişiler için obje seçme uygulaması ve beden farkındalığı.
- Sınırlar ve zafer eylemi uygulaması.
- Vu-Va tekniği uygulaması.

5. Seans

- Travmatik anıların rahatsızlık düzeyinin azalması üzerine konuşma.
-Göz hareketleri ile güvenli alana gitme ve beden duyumlarıyla yayılmasının deneyimlenmesi.
- Danışanın hayat görüşlerindeki yenilikler ve değişimler üzerine konuşulması.
- Travmatik yaşantıların sürmekte olan etkileri ve başa çıkma mekanizmaları üzerine konuşulması.
-Kelebek sarılması.

Derinlemesine görüşmeler yaklaşık yarım saat sürmüştür. Görüşmenin başında katılımcılar ile ilişki kurulmuş, rahat olmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Görüşme esnasında önceden hazırlanmış araştırma soruları katılımcılara yönlendirilmiş ve ses kaydı alınmıştır. Bu sorular katılımcıların deneyimlerini derinlemesine keşfetme amacı taşıyan yarı yapılandırılmış, yönlendirici olmayan açık uçlu sorulardır. Sorular, danışman ile tartışarak hazırlanmıştır. Görüşme esnasında yalnızca doğal akışı sürdürmek için geribildirim verilmiş veya takip soruları yönlendirilmiştir.

Araştırma soruları önceden belirlenmiş olsa da bu soruların katılımcıların ihtiyacına göre şekillenebileceği düşünülmektedir. Sonraki görüşmelerin daha derinlemesine anlam kazanmasına yardımcı olması açısından her görüşme sonrası mevcut soruların kapsam genişliği sorgulanmış ve sorular üzerinde ufak düzenlemeler ve eklemeler yapılmıştır.

Verilerin analizinde tematik ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

2.3 Veriler ve Toplanması

Veriler, Psikoterapi Enstitüsü'nde Bütüncül Psikoterapi Eğitimi'nin ilk aşamasına başlamış olan kursiyerlere ölçek doldurma ve görüşme teknikleriyle toplanmaya başlamıştır. Nitel veriler RITTM® uygulaması sonrası tematik analiz yöntemi ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak elde edilmiştir. Nicel veriler ise RITTM® uygulaması öncesi ve sonrası uygulanacak ölçeklerden elde edilen puanlar ile belirlenmiştir. Araştırma verilerinin yaklaşık olarak 6 haftalık bir süreçte toplanmıştır.

2.3.1 Nicel Verilerin Analizi

Bu araştırmada, araştırmaya katılan kursiyerlerden toplanmış olan nicel veriler, çeşitli envanterler uygulanarak elde edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin tamamına *Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL -5)* uygulanmıştır. "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği", bireyin ilişkisel travmaya sahip olup olmadığını tespit etmek amacıyla; "Beck Depresyon Envanteri", ilişkisel travmaya maruz kalan kişilerin RITTM® sonrası depresyon düzeylerinde bir değişim olup olmadığını tespit etmek için, kişinin depresyon düzeyini ölçmek amacıyla; "Beck Anksiyete Envanteri", ilişkisel travmaya maruz kalan kişilerin RITTM® sonrası anksiyete düzeylerinde bir değişim olup olmadığını tespit etmek için, kişinin anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla uygulanmıştır. "Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi" ilişkisel travmaya maruz kalan kişilerin RITTM® sonrası travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde bir değişim olup olmadığını tespit etmek için kullanılmıştır.

Araştırmada ölçekler uygulanmadan önce katılımcılara "Bilgilendirilmiş Onam Formu" verilecektir.

İlk olarak, "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği" uygulanmıştır. Bu ölçekten en yüksek skora sahip ve çalışmaya devam etmeyi kabul eden 3 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Daha sonrasında bu kişilere *Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi* uygulanmıştır. Ardından, katılımcılar ile 5 haftalık süre boyunca haftalık doksan dakikalık oturumlar ile klinik görüşme yapılarak RITTM® uygulaması yapılmıştır. 5 haftalık sürenin ardından tekrar *Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi* uygulanmıştır. RITTM®, beş adımlı bir terapi tekniği sunduğundan, her seansta bir adımı çalışılacak olup, 5 haftanın sonunda sırasıyla kişinin travmayı anlaması; zihni ile yeniden bağlantı kurması; bedeni ile yeniden bağlantı kurması; kalbi ile yeniden bağlantı kurması; maneviyatı, topluluk ve doğa ile yeniden bağlantı kurmasının (Darsa, 2020) sağlanması amaçlanır. 5 haftalık seansların sonunda yarım saatlik yapılandırılmış görüşme yapılarak danışanların süreç hakkında deneyimleri üzerine veriler toplanacaktır. Dr. Darsa tarafından verilen RITTM® eğitiminde sunulmak üzere travmaya maruz kalmış olan gönüllü üç kişi üzerinden yürütülen 90 dakikalık 5 seanslık RITTM® uygulaması sonucunda başvuran kişilerin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu skorlarında düşüş gözlenmiştir (Darsa, 2020).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen 0-3 arası Likert tipi puanlanan, 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her maddede insanların kaygılı oldukları zaman yaşadıkları belirtiler sorulmaktadır. Seçenekler "hiç", "hafif derecede", "orta derecede", "ciddi derecede" şeklindedir. Ölçeğin bir hafta ara ile uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı r=.75 ve r=.67'dir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .92 olduğu belirtilmektedir. Klinik gruplar ile yapılan çalışmalarda ölçeğin anksiyeteli hastaları, depresyonlu hastalardan anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Faktör yapısı çalışmalara göre çeşitlilik göstermektedir. Çalışmalardan elde edilen ölçeğe ait faktör sayısı farklılık gösterse de, bu çalışmada Avcı

(1995)'nın çalışmasında bildirildiği üzere "Öznel Anksiyete", "Öznel korku ve etkileri", "Somatik belirtiler" ve "Fizyolojik tepkiler" üzerinden incelenmiştir.

Ölçeğin Türkiye uyarlaması Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır. Toplam 177 psikiyatrik hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Maddetoplam korelasyon katsayıları ise r=.45 ile r=.72 arasında değişmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise r=.57 olarak bildirilmektedir. Ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu r=.41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile r=.34, Beck Depresyon Envanteri ile r=.46, Durumluk Kaygı Envanteri ile r=.45 ve Sürekli Kaygı Envanteri ile r=.53 bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda da ölçeğin anksiyeteli grubu, diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol gruplarından) anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck (1961) tarafından geliştirilmiş olan envanterin depresyon semptomlarının derecesini sayısal olarak inceleyebilmeyi sağlamaktadır. Depresyonun derecesini sayılarla ifade eden objektif bir değerlendirme aracıdır. Ölçekte bulunan her ifade, depresyona özgü olan davranışsal örüntüye işaret etmektedir. Toplamda 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde 4 seviyeli olarak değerlendirilmektedir. Sıfırdan 3'e kadar, depresyonun şiddetine göre sıralanan ifadeler, depresyonun görünümüyle ilgilidir. Artan puan artan depresyonun artan seviyesini ifade etmektedir. Toplam puanı alınarak hesaplanan ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişir. Bu ölçekle depresyon tipleri ve psikiyatrik tanılar arasında ayrım yapılamamaktadır ancak 25 ve üzeri puan ciddi depresyonu, 14-24 puan orta seviyede depresyonu, 0-13 puan ise depresyon olmadığını temsil etmektedir.

Beck Depresyon Envanteri'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Envanter, depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel ve vejetatif alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yaramaktadır. Bu çalışmada, yarıya bölme güvenilirliği .74 olarak bulunmuş, faktör analizinden elde edilen Cronbach alfa kat sayısının .80 olduğu gözlemlenmiştir. Yürütülen faktör analizi doğrultusunda, toplamda altı faktör bulunmasına rağmen umutsuzluk, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları,

bedensel kaygılar, ve suçluluk duygulanımları gibi dört faktörün yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ÇÇOYÖ)

ÇÇOYÖ 1997'de CDC ve Permanente tarafından ilk 18 yaştaki aile içi travmaları ölçmek üzere geliştirilmiş olan Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu(ACE) Türk danışanlardan oluşan bir örneklemde psikometrik özellikleri incelenmiştir. ÇÇOYÖ'nün iç tutarlılığının belirlenmesi amacıyla Cronbach alfa değeri hesaplanmış ve 0.74 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ÇÇOYÖ'nün yeterli düzeyde güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Madde-toplam puan korelasyonu incelendiğinde, ÇÇOYÖ madde 10 dışındaki tüm maddeler pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Elde edilen bulgular ÇÇOYÖ'nün içsel geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ölçek çocukluk dönemi travmalarını sorgulayan 10 maddeden oluşmaktadır. Sorular sadece 'evet' seçeneği içermekte, aksi halde boş bırakılmaktadır. ÇÇOYÖ toplam puanı 0-10 arasında değişmektedir. Kesme değeri yoktur. Gündüz ve ark. (2008) tarafından Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL -C)

PCL-C ölçeğinin ve alt ölçeklerinin CAPS ölçeği ve alt ölçekleri ile korelasyonu ile değerlendirildiğinde toplam puan (r=0.655, p<0.001), yeniden yaşama puanı (r=0.618, p<0.001) ve aşırı uyarılma puanının (r= 0.563, p<0.001) korelasyon katsayılarının iyi derecede olduğu, kaçınma puanı için ise orta derecede olduğu saptanmıştır (r=0.458, p<0.001). ROC eğrisi altında kalan alan ±standart hata, 0.829±0.037 olarak bulunmuştur (p<0.001). Kesim değerinin 22-24 arasında olduğu durumlarda duyarlılık ve özgüllük değerlerinin her ikisinin de %70'ten yüksek olduğu görülmüştür. PCL-C ölçeğinin Cronbach (iç tutarlılık katsayısı 0.922 (p<0.0001) olarak hesaplanmıştır. (Kocabasoglu, Ozdemir, Yargic, Pakize, 2005).

2.3.2 Nitel Verilerin Analizi: Tematik ve Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

Bu araştırmada tematik ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz olmak üzere iki nitel analiz yöntemi bir arada kullanılarak "analitik çoğulculuk" yaklaşımı benimsenmiştir. Analitik çoğulculuk, farklı analiz yöntemlerini bir arada kullanarak verinin çok boyutlu incelenmesine ve farklı anlamların ortaya çıkarılmasına imkân tanımaktadır (Clarke ve ark., 2015). Yorumlayıcı fenomenolojik analiz, bireylerin kendi yaşam dünyaları bağlamında olayları, ilişkileri ve süreçleri, kısacası deneyimlerini, nasıl anlamlandırdığını anlamaya yardımcı olur. Yaşanan deneyime odaklanmak, yorumlayıcı fenomenolojik analiz araştırmacılarının araştırdıkları fenomeni katılımcıların bakış açısından ele alması anlamına gelmektedir. Bu yüzden araştırmacılar nispeten az sayıda katılımcıdan zengin veri toplamaktadırlar (Larkin, Eatough ve Osborn, 2011). Başka bir deyişle, fenomenolojik bir çalışma, birkaç birey için bir fenomenle ilgili yaşanmış deneyimlerin ortak anlamını tanımlamaya çalışır (Creswell ve Poth, 2018).

Tematik analizde ise verinin içeriğinde yer alan örüntülerin tanımlanması, analiz edilmesi ve raporlanması söz konudur. Kavramlar kategorilenmek ve özetlenmek istendiğinde bu yöntem kullanılmaktadır. Tema oluşturma noktasında verinin içeriğinin yanı sıra araştırmacının bu veriyi nasıl bir gözle okuduğu da belirleyici olmaktadır. Ayrıca bir örüntünün tema olarak değerlendirilmesi için araştırma sorusunu cevaplandırma derecesi hesaba katılmaktadır (Braun ve Clarke, 2008).

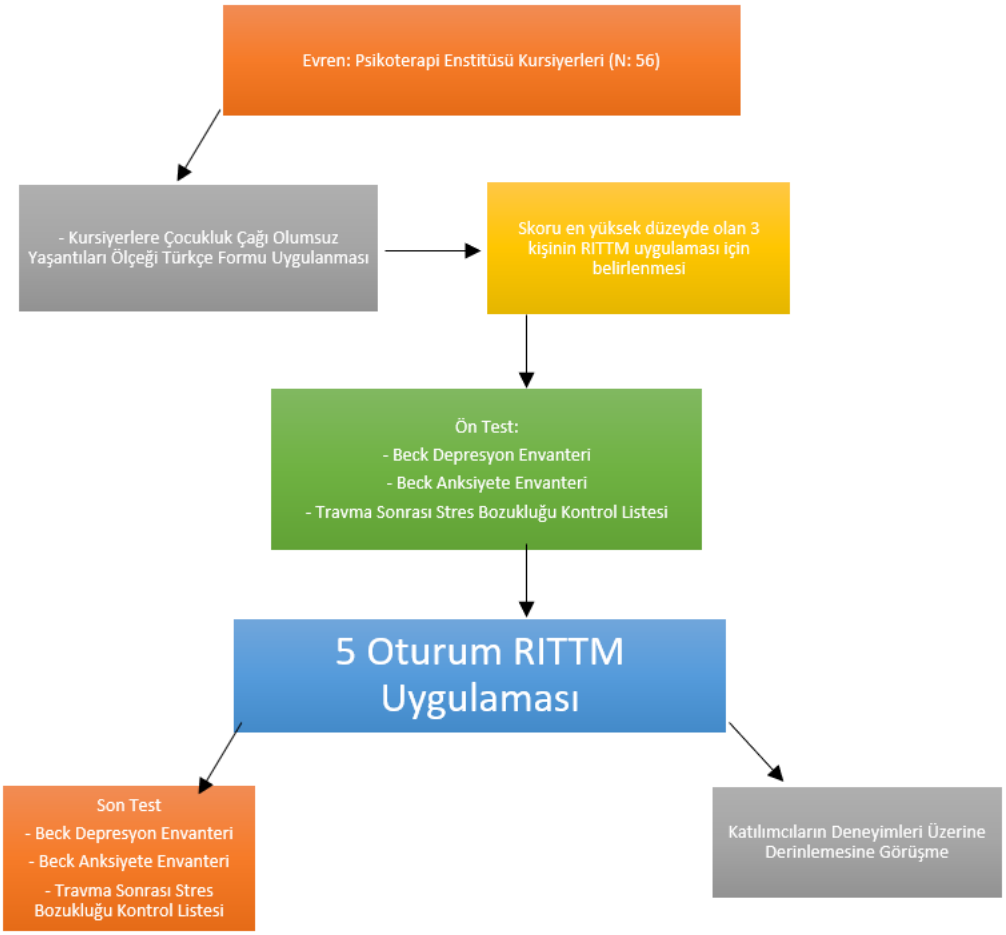
2.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 23 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Hipotezlere yönelik temel analizler yürütülmeden önce anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ön test ve son test puanlarının normal dağılıma olan uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde elde edilmiş olan verilerin normal dağılımdan farklı olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bireylerin ölçeklere ait ön test ve son test puanları arasındaki farka odaklanırken aynı grubun tekrarlı ölçümlerinde ortalama kıyaslama fırsatı sunan İki Örnek t-Testi'nin parametrik olmayan alternatifi olan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

yürütülmüştür. Ek olarak, kullanılan envanterlerin ön test ve son test puanları arasındaki ilişkiyle beraber alt faktörlerin ön test ve son test puanları arasındaki ilişkiyi gözlemlemek için çeşitli Pearson Korelasyon analizi yürütülmüştür.

Nitel çalışmada elde edilecek sonuçlar ile nicel çalışmadaki öntest ve sontest çalışmalarının birbirini destekler nitelikte olması öngörülmektedir.

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması



2.5 Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Öz-düşünümsellik

Araştırmacı, tez konusunu seçmeden önce, Beden Psikoterapisi Odaklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına devam ederken Sokakta Yaşayan Çocuklar İçin

Uygulama ve Araştırma Merkezi (SOYAÇ) tarafından yürütülen "Okuldayız Üsküdar" projesine dahil olmuştur. Proje kapsamında dezavantajlı ailelerden gelen çocukların yoğun olarak bulunduğu bir okulda ilkokul altıncı sınıf öğrencileri ile grup halinde çevrimiçi ortamda görüşmeler yapılarak çeşitli aktiviteler ile çocukların sosyal gelişimine katkı sağlanmıştır. Projede okul devamsızlık ve terk oranlarının en yüksek olduğu okullardan birinde okul personeli ile eş güdümlü olarak eğitim hayatı kesintiye uğrama riski ile karşı karşıya kalan öğrenciler ve aileleri ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Projede, SOYAÇ tarafından yüksek risk altındaki çocuk ve gençlerin topluma kazandırılması için geliştirilen "bağlanma ilişkisinin tesisi yoluyla akran temelli terapötik yaklaşım" modeli ile çalışılmış olması, araştırmacının tezinde ilişkisel travma üzerine yoğunlaşmasında etken rol oynamıştır. Araştırmacı ayrıca, yüksek lisans süpervizyon dersi kapsamında daha önce SOYAÇ tarafından desteklenmiş olan ilişkisel travma mağduru bireyler ile beden psikoterapisi çalışmaları yürütmüştür. Yürütülen bu çalışmalar, araştırmacının eğitimini almış olduğu beden odaklı bir psikoterapi yaklaşımı olan RITTM yaklaşımı ile ilişkisel travma üzerine bir araştırma yürütme fikrini geliştirmesinde önemli bir role sahip olmuştur.

Araştırmacı, almış olduğu RITTM eğitimi ile birlikte teorinin pratik ile birleştiği noktada bir çalışma yürütme fikri geliştirmiştir. Katılmış olduğu SOYAÇ projesi ve süpervizyonlar sayesinde, ilişkisel travmanın hem çocuklar üzerindeki etkisine hem de yetişkinler üzerindeki süreğen etkilerine şahit olmuştur. Toplumun farklı kesimleri ile bir araya gelme fırsatı bulan araştırmacı, bu çalışmalarda aslında daha önce karşılaşmadığı yaşamların içinden gelen bireyler ile iletişim kurarak empati geliştirmesine katkı sağlayarak önemli kazanımlar edinmiştir. Yanı sıra, toplumda fazla görünür olmayan kesimlerin yaşamış oldukları zorluk ve sıkıntılara şahitlik ederek toplumda gönüllü çalışmalara katılmanın ve buna dair mesleği ile uyumlu olarak elinden gelebilecek olan desteği verme arzusu ile tez çalışmasını RITTM çalışmasının ilişkisel travma yaşamış bireyler ile yürütülmesi üzerine şekillendirme kararını almıştır.

RITTM eğitimi çevrimiçi ortamda gerçekleşmiş olmasına rağmen, beden odaklı bir yaklaşım olması sebebiyle grup içinde yapılan role-play çalışmaları sayesinde kuvvetli bir grup dinamiği yakalanmış ve araştırmacı kendisini güvende hissederek RITTM'i bire bir deneyimleme fırsatı bulmuştur. Araştırmacı da beden psikoterapisi temelli yüksek

lisans programında eğitim görmekte olduğundan kolayca uyum sağlayarak RITTM'de kullanılan yaklaşımları kendi hayatına entegre edebilmiştir. Bu sayede SOYAÇ çalışmalarında, okul süpervizyonları kapsamında ve RITTM süpervizyonları kapsamında yürüttüğü terapilerde öz düzenleme becerilerini geliştirebilmiş, ayrıca kişisel yaşamında yaşamış olduğu zorlukların üstesinden gelebilme becerisi geliştirmesinde RITTM'de kullanılan beden odaklı çok boyutlu teknik ve yöntemlerden fayda sağlamıştır.

Beden odaklı çalışmaların klasik psikoterapi yöntemlerinin aksine çok daha hızlı bir şekilde travma üzerinde iyileştirici etkilerini görmek ve deneyimlemek, araştırmacı için umut verici olmuştur. Araştırmacı, bu süreçte süpervizyon desteğinin de önemini hissetmiştir. Beden odaklı travma yaklaşımlarında travmaya hızlı bir şekilde doğrudan temas edildiğinden, bu sürecin süpervizyon desteği ile sürdürülmesi, araştırmacının deneyim ve becerilerini zenginleştirirken, danışanların da olası tehlikelerden korunmasını sağlamıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Bu çalışmada Psikoterapi Enstitüsü tarafından verilen Bütüncül Psikoterapi Eğitimi'nin birinci aşamasına henüz başlamış 56 kursiyer arasından "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği"nden en yüksek skora sahip 2 kadın 1 erkek 3 kişi ile, RITTM® uygulaması geliştiricisi Dr. Karol Darsa ile diğer danışanlar üzerinden altı ay boyunca süren süpervizyonlar sonrasında, her biri 90 dakikalık 5 seans haftalık klinik görüşmeler yürütülmüştür ve Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli uygulanmıştır. Klinik görüşme öncesinde ve sonrasında katılımcılara Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-C) uygulanmıştır ve katılımcıların skorları arasında anlamlı bir değişim olup olmadığı incelenmiştir. Klinik görüşmeler sonrasında katılımcılar ile bu seanslar sonucunda deneyimleri hakkında ve eğer varsa kazanımları hakkında derinlemesine nitel görüşmeler yapılmıştır.

3.1 Nicel Bulgular

Kayıp veri kontrolü istatistiksel analizin başında yürütülmüş, hem ön test hem de son testte Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-C) kayıp veri bulmamıştır. Daha sonrasında, elde edilen verilerin normallik dağılımı Shapiro-Wilk sınaması ile incelenmiştir. BAE ölçeğinden elde edilen verilerin hem ön testte (W= .923, p < .01) hem son testte (W= .907, p < .01) normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Benzer olarak, Beck Depresyon Envanteri'den elde edilen ön test (W= .942, p < .01) ve son test (W= .923, p< .01) sonuçları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nden elde edilen ön test (W= .957, p< .01) ve son test (W= .991, p < .01) puanları da normal dağılıma uygunluk göstermemiştir.

RITTM® uygulamasından önce ve sonra ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için birden fazla Pearson Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Sonuçlar %95 güven aralığında ve p < .05 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir. Korelasyon katsayısı 0-0.25 aralığında ise çok zayıf; 0.26 – 0.49 aralığında ise zayıf; 0.50 – 0.69

aralığında ise yüksek; ve 0.90 – 1 aralığında ise çok yüksek ilişkili olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların RITTM® uygulamasından önce ve sonraki kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Beck Anksiyete Envanteri'nden elde edilen ön test ve son test puanları arasındaki ilişkiye bakılmış, bireylerin uygulamadan önce ve sonraki kaygı düzeyleri arasında negatif bir ilişki gözlemlenmiş fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (r = -.90, p >.05). Beck Anksiyete Envanteri'nin öznel anksiyete, öznel korkular ve etkileri, somatik belirtiler, ve fizyolojik tepkiler alt boyutlarının RITTM® uygulaması öncesi ve sonrası ilişkisi incelendiğinde ise ön testten elde edilen fizyolojik tepkiler puanı ile son testten elde edilen öznel korkular puanı arasında çok yüksek, negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (r = -.99, p= .48). Ancak, Beck Anksiyete Envanteri'ne ait alt boyutların ön test ve son test puanları arasında anlamlı başka bir ilişki bulunamamıştır (p >.05.), sonuçlar detaylı olarak Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Beck Anksiyete Envanteri alt boyutları ön ve son test sonuçları arasındaki korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Öznel Anksiyete Ön Test	1							
2.Öznel Korku ve Etkileri Ön Test	.96	1						
3.Somatik Belirtiler Ön Test	.50	.72	1					
4.Fizyolojik Tepkiler Ön Test	.80	.61	-.12	1				
5.Öznel Anksiyete Son Test	-.98	-.89	-.33	-.90	1			
6.Öznel Korku ve Etkileri Son Test	-.76	-.55	.20	-.98*	.87	1		
7.Somatik Belirtiler Son Test	-.92	-.77	-.12	-.97	.98	.95	1	
8.Fizyolojik Tepkiler Son Test	-.87	-.97	-.87	-.40	.76	.33	.60	1

Not. * Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu).

Katılımcıların uygulamadan önceki ve sonraki depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Beck Depresyon Envanteri ön test ve son test puanları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. RITTM® uygulamasından önceki depresyon puanı ile RITTM® uygulamasından sonraki depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok güçlü bir ilişki gözlemlenmiştir (r = -.99, p = .03). Beck Depresyon Envanteri'nin umutsuzluk, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, bedensel kaygılar, ve suçluluk duygulanımları alt boyutları için RITTM® uygulaması öncesi ve sonrası ilişki incelenmiştir (bkz. Tablo 2). Bireylerin uygulama öncesi kişinin kendine yönelik olumsuz duygularına ait puanları ile uygulama sonrası bedensel kaygı puanları arasında negatif yönlü ve çok yüksek anlamlı ilişki bulunmuştur (r = -1, p <.001). Benzer şekilde, uygulama öncesi kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları ile uygulama sonrası suçluluk duygulanımları puanları arasında negatif yönde, anlamlı ve çok yüksek ilişki olduğu gözlemlenmiştir (r = -1, p <.001). Fakat, uygulama öncesi bedensel kaygı puanları ile uygulama sonrası suçluluk duygulanımları arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = 1, p <.001).

Tablo 2. Beck Depresyon Envanteri alt boyutları ön ve son test sonuçları arasındaki korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Umutsuzluk Ön Test	1							
2.Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Ön Test	.50	1						
3.Bedensel Kaygılar Ön Test	-.50	-1**	1					
4.Suçluluk Duygulanımları Ön Test	.87	.87	-.87	1				
5.Umutsuzluk Son Test	.72	.96	-.96	.97	1			
6.Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Son Test	0	-.87	.87	-.50	-.70	1		
7.Bedensel Kaygılar Son Test	.50	-.50	.50	0	-.24	.87	1	
8.Suçluluk Duygulanımları Son Test	-.50	-.1**	.1**	-.87	-.96	.86	.50	1

Not. ** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu).

Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde RITTM® uygulaması öncesi ve sonrası nasıl bir ilişki olduğunu incelemek için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ön test ve son test puanları arasında Pearson Korelasyon analizi yürütülmüş, anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir (r = .96, p >.05). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nin yeniden yaşama, kaçınma, ve yeniden uyarılma alt boyutları arasında uygulama öncesi ve sonrası nasıl bir ilişki olduğuna bakılmıştır (bkz. Tablo 3). Bulgular, uygulama öncesi ve sonrası yeniden yaşama puanları arasında çok yüksek, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunduğu yönündedir (r = .99, p <.05). Benzer olarak, uygulama sonrası yeniden uyarılma puanı ile uygulama sonrası kaçınma puanları arasında pozitif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur (r = .99, p <.05).

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ön test ve son test sonuçları arasındaki korelasyon

	1	2	3	4	5	6
1.Yeniden Yaşama Ön Test	1					
2.Kaçınma Ön Test	.31	1				
3.Yeniden Uyarılma Ön Test	.49	.98	1			
4.Yeniden Yaşama Son Test	.99*	.24	.43	1		
5.Kaçınma Son Test	.70	.92	.98	.61	1	
6.Yeniden Uyarılma Son Test	.70	.89	.97	.66	.99*	1

Not. *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu).

RITTM® uygulamasının bireylerin kaygı düzeyi, depresyon düzeyi ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerine nasıl etki ettiğini ölçmek için katılımcıların Beck Anksiyete Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanları kullanılarak Wilcoxon Sıralı İşaretler testi uygulanmıştır. Buna ilişkin sonuçlar Tablo 4'e yer almaktadır.

Tablo 4. Beck Anksiye Envanteri, Beck Depresyon Envanteri Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Ölçekler	Ön Test- Son Test	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	*p*
Beck Anksiyete Envanteri	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Beck Depresyon Envanteri	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				

Tablo 4'te yer alan Beck Anksiyete Envanteri'nin ön test ve son test puanları arasındaki fark incelendiğinde RITTM® uygulaması öncesinde elde edilen Beck Anksiyete Envanteri puanının uygulama sonrası elde edilen Beck Anksiyete Puanına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (z= -1.60, p >.05). Benzer sonuçlar Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nden elde edilen puanlar için de geçerlidir. Anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'nden

uygulama öncesi aldıkları puanlar, uygulamadan sonra aldıkları puandan daha yüksek bulunmuştur (z= -1.60, p >.05). Aynı şekilde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nden uygulama öncesi elde edilen puanlar uygulama sonrası elde edilen puanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha yüksektir (z = -1.60, p >.05).

Beck Anksiyete Envanterinin alt boyutlarının RITTM® uygulaması öncesi ve sonrası puanları Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir (bkz. Tablo 5). Sonuçlara göre öznel anksiyete (z = -1.60, p >.05), öznel korkular ve etkileri (z = -1.63, p >.05), somatik belirtiler (z = -1.60, p >.05), ve fizyolojik tepkiler (z = -1.34, p >.05) ön test ve son testte puanları anlamlı bir farklılık göstermemesine rağmen uygulama öncesi elde edilen ön test puanlarının tüm alt boyutlar için daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Beck Anksiyete Envanteri'nin öznel anksiyete, öznel korkular ve etkileri, somatik belirtiler, ve fizyolojik tepkiler alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları

Ölçekler	Ön Test- Son Test	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Öznel anksiyete	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Öznel korkular ve etkileri	Negatif Sıra	3	2	6	-1.63	.10
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Somatik belirtiler	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Fizyolojik tepkiler	Negatif Sıra	2	1.5	3	-1.34	.18
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	1				

Beck Depresyon Envanteri alt boyutlarına ait ön test ve son test puanları üzerinde RITTM® uygulamasının nasıl bir etkisi olduğunu incelemek için yürütülen Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonucuna göre umutsuzluk (z = -1.60, p >.05), kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları (z = -1.34, p >.05), bedensel kaygılar (z = -1.34, p >.05), ve suçluluk duygulanımları (z = -1.60, p >.05)ön test ve son test puanları istatistiksel olarak farklılaşmadığı görülmüştür, detaylı olarak Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Beck Depresyon Envanteri Umutsuzluk, Kişinin Kendine Yönelik Olumsuz Duyguları, Bedensel Kaygılar, Ve Suçluluk Duygulanımları Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Ölçekler	Ön Test- Son Test	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Umutsuzluk	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları	Negatif Sıra	2	1.5	3	-1.34	.18
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	1				
Bedensel kaygılar	Negatif Sıra	2	1.5	3	-1.34	.18
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	1				
Suçluluk duygulanımları	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				

Son olarak, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nin alt boyutlarına ilişkin RITTM® etkisini gözlemlemek için ön test ve son test puanları karşılaştırılmıştır,

bu doğrultuda yürütülen Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir. Yeniden yaşama (z = -1.63, p >.05), kaçınma (z = -1.60, p >.05), ve yeniden uyarılma (z = -1.34, p >.05) alt boyutlarına ait RITTM® uygulaması öncesi puanlar, RITTM® uygulaması sonrası puanlara kıyasla daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Tablo 7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'nin Yeniden Yaşama, Kaçınma, Ve Yeniden Uyarılma Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Ölçekler	Ön Test- Son Test	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Yeniden yaşama	Negatif Sıra	3	2	6	-1.63	.10
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Kaçınma	Negatif Sıra	3	2	6	-1.60	.11
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	0				
Yeniden uyarılma	Negatif Sıra	2	1.5	3	-1.34	.18
	Pozitif Sıra	0	0	0		
	Eşit	1				

3.2 Nitel Bulgular

Yapılan içerik analizi sonucunda RITTM modeli ile ilgili iki tema, 5 alt tema ve bu alt temalara ilişkin 32 kod belirlenmiştir.

Tema I: RITTM Modeline Bakış

İlk tema RITMM modeline bakış olup, bu tema altında; farkındalık geliştirme, merak uyandırma ve başetme mekanizmaları olarak üç alt tema belirlenmiştir. Farkındalık geliştirme temasına ilişkin beş kod (sinirlilik, bedenine temas, duygularını hissetme, savunma mekanizmalarını keşif, cesaret), merak uyandırma temasına ilişkin üç kod (şimdi, bundan sonrası, sürdürülebilirlilik) ve başetme mekanizmalarına ilişkin 10 kod (umut, planlar, yeni bir hayat, analiz etme, anlatabilmek, sakin kalabilme, yürüyüş yapabilme, nefes egzersizlerini yapabilme, kendi kendini sakinleştirebilme, kaynaklarını keşfetme) geliştirilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların RITTM Deneyimleri

Tema 1: RITMM Modeline Bakış		
Alt Tema 1:	**Farkındalık**	N
Kod	Sinirlilik Bedenine Temas Duygularını Hissetme Savunma Mekanizmalarını Keşif Cesaret	3
Alt Tema 2:	**Merak Uyandırma**	N
Kod	Şimdi Bundan Sonrası Sürdürülebilirlilik	3
Alt Tema 3:	**Baş etme Mekanizmaları**	N
Kod	Umut Planlar Yeni Bir Hayat Analiz Etme Anlatabilmek Sakin Kalabilme Yürüyüş Yapabilme Nefes Egzersizlerini Yapabilme Kendi Kendini Sakinleştirebilme Kaynaklarını Keşfetme	3

Alt tema I: Farkındalık

Katılımcıların hepsi (n=3) bu süreçle birlikte farkındalık kazandıklarını dile getirmişlerdir. RITTM, diğer psikoterapi yöntemlerinden farklı olarak beden odaklı bir psikoterapi yöntemi olması yönüyle kişinin kendi beden farkındalıklarından yola çıkarak hızlı bir şekilde yaşantıları hakkında keşifte bulunmalarına katkı sağlamaktadır. Bu pilot çalışmada da katılımcılar kendi sinirlilik halleri, bedene temas etmiş olmaları, duygularını hissetme biçimleri, sahip oldukları savunma mekanizmaları ve cesaretli yönleri üzerine bir takım farkındalıklar geliştirmişlerdir. Bu konudaki düşüncelerini katılımcılar;

"Evet mesela keşfettiğim şeylerden biri de şu yine bu durumla alakalı mesela. Ben bir yerde otururken olaylardan direkt kopuyordum. Bunlar çok azaldı artık bende. İnsanlarla olan sohbetimden kopuyordum." (D1, kadın)

"Çok da önemli olmayan şeylerin aslında benim günlük hayatımın neredeyse her yerini kaplamış olduğunu fark ettim. O günkü modumu bile, uykumu, iletişimimi tavrımı, düşüncelerimi falan hepsini yönlendiriyormuş meğer."(D2, erkek) şeklinde ifade etmiştir.

RITTM®'e ilişkin deneyimlerini ifade ederken katılımcılar yoğun olarak hissetmenin anlamı üzerinde durmuşlardır. Özellikle bedenine temas etme, bedenini hissetme ve duygularını farketme, duygularına ses vermenin önemine değinmişlerdir. Katılımcılar bedenlerinin kendilerine yol gösterici bir işlevi olduğunu deneyimlemiş, bedenlerinden yola çıkarak kendi duyguları ile yaşamış oldukları problemlerin bağlantısını kurabilmiş ve bedenlerine daha barışık bir duruma geldikçe problemlerin üstesinden gelme düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir.

"Bu seanslarda aslında bedenimin bana rehberlik ettiğini gördüm. O anıların bedenimdeki çağrışımlarla ortaya çıkması, hani sadece kötü anıların değil güzel anıların da bedenimde saklı duruyor olması bana çok şey öğretti. Ne zaman kötü hissettiğimi beni neyin etkilediğini görebiliyorum mesela artık. Hislerimin kökenlerini görmek, onların bağlantılı olduklarını bilmek ve her defasında bana hissettirdiği şeyleri önceden bağlantılarını kuramazken şimdi bunları fark etmek gerçekten iyi geldi ."(D3, kadın)

"Özellikle buraya ilk geldiğimde bedenimle hiç hiç temasım olmadığını gördüm Kubilay abi. Geçmişte yaşadığım kilo problemiyle de ilgili bu. Bedenimi sanki düşman gibi görüyordum buraya gelene kadar. Sen sorduğunda bedeninde neler hissediyorsun diye, hiçbir şey çağrışmıyordu bununla ilgili. Şimdi ohooo (gülüyor)… her an hissediyorum. Sen sorduğunda hemen bedenime odaklanabiliyorum, duygularıma gidebiliyorum, anlamını bulabiliyorum. Bu benim için çok güzel bir şey gerçekten. Eskiden korkuyormuşum bunları hissetmeye onu anladım. Şimdi üzülsem de ağlasam da sevinsem de normal olduğunu biliyorum. İzin veriyorum kendime. Bunun da kötü bir şey olmadığını fark ettim yani ."(D3, kadın)

Terapi seanslarında RITTM® modeli uygulanan danışanlar sorunlardan kaçmak için kullanmış oldukları savunma mekanizmalarını fark ettiklerini belirtmişlerdir. RITTM'de yeniden bağlantı kurmak anlamına gelen "reconnect" kelimesi, kopma savunma mekanizmasını ortadan kaldırarak yeniden bağlantı kurulmasının amaçlandığını ifade etmektedir. Bu pilot çalışmada da katılımcılar bedenlerine temas ettikçe dünyadan, çevresindeki kişilerden, kendilerinden kopmuş olduklarını ve bunun kendilerinin geliştirmiş oldukları bir kaçış stratejisi olduğunu fark ettiklerini, bunun üstesinden gelerek yeniden bağlantıya geçebildiklerini ifade etmişlerdir.

"Ben hep unutkanım unutkanım, aslında bir şeyleri unutmak istediğimi farkında değildim. Ama şu anda farkındayım ki bazı şeyleri unutmak istiyorum, bu benim kaçış yolummuş. Bir şeylerden kaçış stratejisi arıyormuşum. Kendime bir unutkanlık yaftası da vurmuşum aynı zamanda. Aslında ben unutkan değilim bunu fark etmek benim için çok güzel. Unutmayı sever hale gelmişim ben. Bazı şeyleri unutmak hoşuma gitmeye başlamış. Onu fark etmek benim için inanılmaz güzel bir şey kubilay bey hani. Bu seanslarım bana en güzel getirisi bu oldu hani ben bu kaçma davranışını fark ettim aslında ."(D1, kadın)

"Sizinle seanslardan önce bunun mantıken farkında değildim. Yaşıyordum ama ben sanıyordum ki ben ortama ayak uyduramadım. Ayak uyduramıyordum, eşime diyordum biraz zaman geçsin biliyorsun konuşmalara giremiyorum falan. Kendimi bu konuda yetersiz görüyordum, halbuki olan şey bu değilmiş seanslardan sonra farkına vardım ki o anda kopma yaşıyormuşum. Ben farkında değilim aslında dünya duruyor kim konuşuyor bana bir şey mi soruldu, benim hakkımda bir şey mi konuşuluyor bunları bile duymuyordum inanın. Onları bile kaçıyordum. Tamamen korkmuştum çünkü. Ama mesela dün eşimin ailesinin yanındaydım onlarda bir doğum günü vardı yine Y'nin yeğeninin doğum günüydü. Oradaki iletişimin de güzeldi orda da hiç kopma yaşamadım. Yani kopma yaşamamak çok güzel bir şey, anda kalabilmek çok güzel bir şey ."(D1, kadın)

"Normalde spor yapan bir insan değildim, hala da değilim ama bu süreçte senin *önerinle hani bunaldığım zamanlarda kendimi kapatmak yerine yürüyüş yapmaya*

başladım akşam üstleri. Normalde odama çekilir saatlerce müzik dinlerdim. Bu benim için bir kaçışmış, ama problemlerimi çözemiyordum ."(D3, kadın)

Katılımcılar uygulama sonrası kendilerinde hissettikleri sakinliğe ve cesarete de vurgu yapmışlardır. Danışan 2, kendi sinirlilik halini fark ettiğini ve buna dair kendini düzenleme becerisi kazandığını ifade ederken, Danışan 3, çevresi ile bağlantısının arttığını ve öncesine göre çok daha cesur olduğunu ifade etmiştir.

"Öncelikle ne kadar sinirli bir insan olduğumu fark ettim. yaşadığım bir takım duyguları ayrıştırmayı öğrendim. Mesela artık bir şeyi yapacağım zaman o hissin geldiğini fark ediyorum. Daha önceden rastgele yaşıyormuşum gibi geliyor. Aslında bir de bir şeylere ne kadar kafayı taktığımı fark ettim."(D2, erkek)

"İlk geldiğimde biliyorsun hiç konuşmuyordum, insanlara kendimi açmakta zorlanıyordum, daha içime kapanıktım. Şimdi daha cesaretliyim diyebilirim. Öyle olduğu zaman bunu fark ediyorum. Evet bazı insanları değiştiremem ama kendi hayatımı yönetmek benim ellerimde, bunu gördüm. Günlük hayatımı da buna göre yaşamaya başladım." (D3, kadın)

Alt Tema II. Merak Uyandırma

Katılımcıların hepsi bu süreçten sonra ne olacağını ve iyilik hallerinin sürüp sürmeyeceğini ve uygulamaları kendi kendilerine yapmaya devam edebilme durumlarını merak ettiklerini ifade ettiler. Katılımcıların süreç doğrultusunda merak duygularına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

"Kafamda bir şeyler oturdu baya, çalışıyorum. Bilmiyorum bakalım nasıl olacak ben de merak ediyorum. Aslında merak ediyorum bu süreci. Yani hani seanslar bitince nasıl olacak kendimi nasıl hissedeceğim, tekrar mesela panik ataklar başlayacak mı. Başlamayacak mı, onlar benim için bir soru işareti. Bakalım yaşayıp göreceğiz, neler yaşayacağız ben de bilmiyorum açıkçası."(D1,Kadın)

"Gösterdiğiniz uygulamalara devam edeceğim. Tam olarak bir şeyleri çözdüm mü bilmiyorum ama faydası olduğunu söyleyebilirim. Bilmiyorum bundan sonra nasıl

olacak. Belki de çözmüşümdür bir şeyleri bilmiyorum merak ediyorum aynı şeyleri yaşamaya devam edecek miyim diye."(D2, erkek)

Alt Tema III: Baş Etme Mekanizmaları

RITTM ile katılımcılar yaşamış oldukları travmalar hakkında farkındalık geliştirmenin yanı sıra, çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirerek kendi yaşamlarının hakimiyetini yeniden kazanmaları yönünde önemli adımlar atmışlardır. Katılımcılar çeşitli aktiviteler ile anda kalma becerilerini geliştirerek kendileri ile temas kurabildiklerini, var olan baş etme mekanizmalarını yeniden hatırladıklarını, kontrol edemedikleri düşüncelerin üstesinden geldiklerini belirtmişlerdir. RITTM'de kaynakları keşfetmek ve onlara odaklanmak travma terapisinin ilk aşamasıdır. Katılımcıların kendi kaynaklarına odaklandıkça çok kısa sürede yeni baş etme mekanizmaları geliştirmiş olmaları, beden odaklı yaklaşımların klasik psikoterapi yöntemlerinden farkını ortaya koymaktadır. Katılımcılar terapi süreci biterken en fazla baş etme mekanizmalarını geliştirdikleri için memnun olduklarını ve bir strateji geliştirdiklerini ifade etmişlerdir.

"Seanslarda öğrendiğim şeyleri günlük hayatımda uygulamak çok güzel oldu Kubilay Bey. Kesinlikle farkındalığım arttı diyebilirim. Çünkü o kadar kopuyordum ki bi keresinde bir alt geçitte gideceğim yönü bulabilmek için kaç tur attım bilmiyorum. Şimdi daha dikkatliyim. Etrafımda olan şeyleri, insanları daha iyi fark edebiliyorum. Yürüyüş yaparken kendimden de kaçmıyorum. Hani adımlarımı bile fark etmeye çalışıyorum. Bu beni anda tutuyor. İlk geldiğimde biraz kendimi fark etmeye çalışınca direkt panik ataklarım gelecek gibi korkuyordum biliyorsunuz, şimdi bu egzersizler biraz biraz kendimle yeniden temas kurmamı sağladı diyebilirim."(D1, kadın)

"Yani bu süreçte aslında biraz daha kendime güvenmeyi öğrendim. Hani bazı şeylerle baş edebiliyorum bazı şeylerin üstesinden gelebiliyorum aslında onu daha çok hatırladım açıkçası." (D3, kadın)

"Daha da iyi olacak diye düşünüyorum. Çok garip geçmişte yaşadığım şeylerin şu anda hayatımı bu kadar etkiliyor olduğunu görmek. Gün içinde falan aklıma geliyor anılan falan. Üzüyor tabii bir yandan ama hiç olmazsa başa çıkabileceğim şeyler

öğrendim. Bir yandan mutluluk, bir yandan üzüntü, bundan sonrası için de merak ediyorum."(D2, erkek)

"...Ve biliyor musun sanki her şey daha canlı geliyor şimdi. O uçuşan düşünceler geldiğinde özellikle kendimi rahatlatmama da yardımcı oluyordu. Sanki onlar beni ele geçirmiş de kaybolmuşum gibiydim. Şimdi farkındalığım arttı, beni yönlendirmelerine izin vermiyorum. Odağımı yönlendirebiliyorum yani . (D3, kadın)

"...Bir yerden sonra beni aşırı öfkelendiren şeyler değişti, azaldı ve şu anda sorsanız onunla ilgili hiçbir şey hissetmiyorum diyebilirim. O sinirim değişti mesela bir yerde göz yaşım geldi hatta. Hiç olacağını beklemediğim duygusal şeylere girdim yani. Sonra onlarla ilgili şu anda daha iyi hissetmem, bazı şeylerin kendi kendime çözümünü bulmam bana iyi hissettirdi yani." (D2, erkek)

"Zaten seanslarda kendimle ilgili birçok şeyi çözdüğümü düşüyorum. O takıntılı düşüncelerimden eser yok. Kendimi daha iyi ifade edebiliyorum, insanlarla konuşuyorum, görüşüyorum. Bundan sonra da bunu sürdürebileceğime inanıyorum. Aslında bu da yeni bir sayfa benim için. Kendi başıma hareket edebileceğimi görmüş olacağım. Kendi kendime bir konuşma başlatabiliyorum artık mesela, kendimi daha rahat ifade edebiliyorum. Saklanmama gerek olmadığını gördüm bu seanslarda. Bu yüzden bundan sonraki süreç için de kendimi daha rahat hissediyorum." (D3, kadın)

"Bu seansların en güzel kısmı benim için kaynaklarımın var olduğunu görmek ve onları hissetmek oldu. O yüzden kaynaklarıma odaklanmak iyi geliyor bana. Seanslarda aşırı bunaldığım anlarda sakinleşmemi sağladı. Hani böyle sadece benim için travmatik olan durumlara odaklansak aşırı bunalırdım ama onlarla da başa çıkmamı sağladı kaynaklarımın olduğunu bilmek, bunları fark etmek (D3, kadın).

RITTM'in son evresi olan bütünleştirme evresinde artık yeni bir benlik duygusu ve yeni bir gelecek için bir yaratım olmalıdır. Bu son görev, anlamlı ilişkiler bağlamında kendini yeniden tanımlamayı içerir. Bu süreç sayesinde, travma artık kişinin hayatında tanımlayıcı ve hayatını organize eden bir ilke olmaktan çıkar. Travma, hayat hikayelerine entegre olur, ancak onları tanımlayan tek hikaye bu değildir. Katılımcılar da hayatlarına

yenilik getirmelerine ilişkin motivasyonel geri bildirimlerlerde bulunmuşlardır. Aşağıdaki örnek ifade bu bulguyu destekler niteliktedir.

"Bundan sonraki süreçle ilgili de hayatımda yenilikler yapmakla ilgili fikirlerim var. Önceden hep aklımda olan ama bir türlü hayata geçirmediğim şeyler bunlar." (D1, kadın)

Tema II. RITTM® Uygulamalarına İlişkin Deneyimler

Bu tema altında pozitif sonuç alınan ve karma sonuç alınan yöntemler olmak üzere iki alt tema belirlenmiştir. Pozitif sonuç alınan alt temasına ilişkin 11 kod ("Vu-Va tekniği", "nefes egzersizleri", "topraklama egzersizi", "fiziksel hareket/ yürüyüş", "kelebek sarılması", "kare kare", "sınırlar", "objeler seçme", "itme", "Terapisti ve ilişkiyi iyileştirme aracı olarak kullanma", "belirli bir parçayla çalışma"); karma sonuç alınan yöntemler alt temasına ilişkin ise 3 kod ("EFT", "göz hareketleri" ve "göz noktası") belirlenmiştir.

Tablo 9. RITTM Uygulamalarına İlişkin Deneyimler

Tema 1: RITTM® Uygulamalarına İlişkin Deneyimler		
Alt Tema 1:	**Pozitif Sonuç Alınan Yöntemler**	N
Kod	Vu-Va Tekniği Nefes Egzersizleri Topraklama Egzersizi Fiziksel Hareket/ Yürüyüş Kelebek Sarılması Kare Kare İşlemleme Sınırlar Objeler Seçme İtme Terapisti Ve İlişkiyi İyileştirme Aracı Olarak Kullanma Belirli Bir Parçayla Çalışma	3
Alt Tema 2:	**Karma Sonuç Alınan Yöntemler**	N
Kod	EFT Göz Hareketleri Göz Noktası	3

Alt Tema I: Pozitif Sonuç Alınan Yöntemler

RITTM'de kullanılan "Vu-Va" tekniği, travma yaşamış bireyler için sakinleştirici bir yöntemdir olarak kullanılmaktadır. Özellikle bedenlerinde sakin ve rahat hissetmekte zorluk yaşayan travma mağdurları için tetiklenilen anlarda sakinleştirici bir etki yaratması adına kullanılmıştır. Katılımcılar Vu-Va tekniğinden olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Vu- vu tekniği sayesinde enerji boşaltımı sağladıklarını, daha rahatlamış ve ferahlamış hissettiklerini belirtmişlerdir.

"Genelde bunu yolda yürürken yapıyordum. Yürüdüğüm yol da işlek bir yol arabaların çok geçtiği sesli bir yol o yüzden insanlar beni duymuyor olabilir bilmiyorum o yüzden. Duyan varsa artık deli mi ne falan demiştir yolda bağıra bağıra dolanıyor diye. Bana iyi geliyordu enerji boşalttırıyordu bana açıkçası biraz." (D1, kadın)

"Benim için rahatlatıcı bir şey. O andaki gerginliğimi atmamı sağlıyor. Genelde akşamları, boş kaldıkça böyle bir elimi karnıma koyuyorum, bir elimi göğsüme ve başlıyorum vuuuu diye, o sonra vaaa vooaaa falan oluyor tabi içimdeki hayvan ortaya çıkıyor. Yapınca bir enerji geliyor böyle rahatlatıcı bir enerji. Bana kendimde hissettiriyor sanki. Bir de diğer şeylerle harmanlamış durumdayım. Mindfulnessla mesela… Mindful yapıyorum bunu. Ses çıkarken hangi tonda çıkıyor, bedenimde nereler titriyor, neler hissediyorum gibi şeyleri fark etmeye başladım. Ağzımın şekli, karnımdaki his…"(D2, erkek)

"Vu-Va yapmak meditasyon gibi oluyor bana. Ruhani bir ayin gibi geliyor sanki. Sanki etrafta sadece o ses yankılanıyor ve hem içerdeki hem dışardaki diğer sesleri kısıyor. Kendimle baş başa kalmamı sağlıyor. Çok boğulduğum zamanlarda yapıyorum. Genelde bir dakikayı geçmiyor ama daha ferahlamış hissediyorum." (D3, kadın)

RITTM'de kullanılan "vu-va" tekniği dışındaki nefes egzersizleri de, travma mağduru bireylerin travmayı hatırlatıcı ve tetikleyici bir durumla karşılaştıklarında kullanılan regülasyon yöntemlerinden biridir. Psikoterapi sırasında çokça travma anılarına ve tetikleyicilerine temas edildiği için, nefes egzersizleri bir düzenleyici görevi görmekte olup kişileri kopma anlarında ve aşırı tetiklenme anlarında bedenlerine geri döndürmektedir. Danışanlar nefes egzersizlerinden olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Şey ben biraz çekinmiştim nefes egzersizi alışverişi ile ilgili beni sıkıntıya sokabilir diye ama öyle bir etkisi olmadı açıkçası. Denedim onu bayağı bir süre. Çok büyük katkısı oldu mu bana derseniz, çok büyük bir katkısını gördüğümü söyleyemeyeceğim açıkçası. Ama o anda beni rahatlattı. Hatta birkaç kere streslendiğim zaman da uyguladım. Dalgınlığı da attı beni rahatlattı." (D1, kadın)

Ya da kendi kendime sakinleşmek için kullanabiliyorum. Sinirli olduğum zamanlarda öyle ani tepkiler vermemek için önce bir sakinleşiyorum. Nefes verirken beşe kadar sayınca sanki beynim uyuşuyor gibi hissediyorum, o çok güzel bir his. Ya da aynı anda kalp atışımı duymaya başladım son zamanlarda, orda da bir mindfulness kattım işin içine. Vücudu da beyni de sakinleştirmek için çok güzel bir yöntem bence." (D2, erkek)

"Nefes egzersizleri de benim için bir kaynak. Hani o bir tetiklendiğimiz durumu vardı sinir sisteminin bir de rahat hissettiği durum vardı. Fazla tetiklendiğim günlerde kullandım bunu. Bedenimi istediğim zaman kontrol edebildiğimi fark ettim." (D3, kadın)

RITTM'de topraklama egzersizleri, danışana bedende kaynak sağlamak için, işlemlemeye hazırlamak için, işlemleme sırasında tetiklenme anlarında danışanı bedeninde regüle bir vaziyette tutabilmek için ve işlemleme sonrasında yeniden düzenleme için kullanılmıştır. Danışanlar da topraklama sayesinde bedenlerine yeniden dönebildiklerini ve kendi bedenleri ile barışıklık sağlayabildiklerini belirtmişlerdir. Danışanlar topraklama egzersizinden olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Onlar şöyle ayağınız yere basın dediğiniz zaman kendime geliyordum. Bedenime dinlemediğimi fark ediyordum. Söylemenizle yeniden dönmüş oluyordum. Ama bedenindeki huzursuzlukları hissetmek pek iyi gelmiyor bana açıkçası. Bedende nerede huzursuzluk hissediyorsun kısmı biraz can sıkıcı olan kısmı daha yönetemiyorum. Ama ayaklarınız yere basıyor mu diye sorduğunuz zaman o anda daldığımı fark edip geri seansa dönüyordum." (D1, kadın)

"Sonradan sonraya da kendi bedenimde olan biteni fark etmeye başladıkça daha anlamlı geldi. Mesela çok köklendiğimi hissettim. Kendimi bir ağaç gibi hissediyorum çoğu zaman köklenmek topraklanmak diyince bende o çağrışıyor yani. Sanki yerin altına doğru ayaklarımın altından kökler devam ediyormuş da ben sımsıkı bağlıymışım buraya gibi ayaklarım yere basarken hissettiğim bu oluyor. Zaman zaman sorduğunuzda ayakların şu anda yere basıyor mu diye, ben öyle hissediyordum yani. Bu da burda olduğumu yeniden fark etmeme yarıyordu." (D2, erkek)

"Bedenimle barışmama çok yardımcı oldu. Daha öncelerde hiç dönüp bakmamışım kendime. Hani o ayakların yere basması, bedendeki gergin hissettiğim yerleri fark etmem, rahat hissettiğim yerleri fark etmem aslında bedenimin gerginlikten ibaret olmadığımı anlamamı sağladı. O gerginliğin baştan ayağa doğru indiğini hissediyordum, onları toprağa doğru bıraktığımı hissediyordum. Üstümden bir yük kalkmış gibi hissediyordum her yaptığımızda." (D3,kadın)

Fiziksel hareket etmek ve yürüyüş yapmak bedeni hareketsiz bir konumdan hareketli bir konuma geçirerek donma halinin onarılmasında önemli bir rol oynamıştır. Danışanlar hareket ederek ve yürüyüş yaparak içlerindeki enerjiyi boşaltıp rahatladıklarını belirtmiş, içlerindeki gerginliği bu aktiviteye yönelttiklerini bildirmişlerdir. Danışanlar fiziksel hareket/ yürüyüşten olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Kubilay bey aslında gerçekten ben bedenimi dondurmuşum şimdiye kadar. Ben eskiden yürüyüş yapmayı çok severdim. Sonradan sonraya yapmamaya başlamıştım. Yani içimde gerçekten boşaltılamamış bir enerji duruyormuş. Bunu fark ettiğimden beri hemen hemen her gün yürümeye çalışıyorum ve bu bana o kadar iyi geliyor ki… Yürüyemediğim zamanlarda evde Youtube'dan video açıp o hareketleri yapıyorum. Gerçekten bana iyi gelen benim ihtiyacım olan şey buymuş dedim." (D1,kadın)

"Spor yaptığım zaman o kaslarımın yandığını hissetmek bana güçlü hissettiriyor. Sporu bir süredir bırakmıştım ama şimdi tekrar başlamak çok iyi geldi. Daha zinde hissediyorum. İçimde biriken öfkeli daha zararsız, sağlıklı bir şeye yönlendirmiş oldum." (D2, erkek)

Kelebek sarılması egzersizi çift taraflı bir işlemleme sağlaması yönüyle RITTM'de travmaların duygusal ve bilişsel olarak işlemlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca kişinin kendine sarılması bir kaynak yöntemi olarak kullanılmaktadır. Danışanlar kelebek sarılması ile kendilerine karşı şefkat duygusu hissettiklerini belirtmişlerdir. Danışanlar kelebek sarılmasından olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Kendimi tebrik ettiğim zamanlarda yapıyorum. Hani böyle kendi kendime sarılıyormuşum gibi ne güzel, canım kendim diyorum… Aferin A… Bunun da üstesinden geldin. O zamanlarda yapıyorum onu kendime. Kendime şefkatli daha şefkatli davranıyorum artık. Hani demiştim ya bir şeyleri aşmak için gerçekten çok çalışıyorum. Bunları aştığımı görmek gerçekten mutlu ediyor beni. O zamanlarda bir de kelebek sarılması yapıyorum kendime." (D1, kadın)

"Bedenimde rahat hissedecek bir yer bulduğum zaman kelebek sarılması yaptığımızı hatırlıyorum. O hissi arttıran bir şey olmuştu. Hani böyle sana iyi hissettiren birine sımsıkı sarılırsın ya… Bunu ilk defa kendi kendime yapmış oldum. Hani kendini sevmek onu içine bastırmak gibi… O güzel hisse sımsıkı sarılmak gibi… " (D3,kadın)

Travma yaşayan bireyler psikoterapide sözel olarak travmalarını anlattıklarında bu durum danışanı yeniden travmatize edebilmektedir. RITTM'de bunun yerine klasik psikoterapi yöntemlerinden farklı olarak travma anının öncesi ve sonrasına ayrı ayrı odaklanılmış, çeşitli beden egzersizleri ile danışanın güvende ve hazır hissetmesi sağlanmış ve daha sonra travma anına gidilmiştir. Bu sayede danışanlar kendilerini travmaları ile ilgili daha rahat hissedebilmiş ve travmadan bahsederken şimdi ve burada kalabilmişlerdir. Danışanlar kare kare işlemlemeden olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Zaman zaman hâlâ bir yolda yalnız yürürken, bir araba yaklaştığında irkilirim mesela. Kaçırılma travmam aklıma gelir böyle kesit kesit. Sanki tekrar başıma gelecekmiş gibi hissederim. O anımla ilgili seanslarda bahsettiğimiz yerlerde sizin önce beni hazırlamanız, rahatlatmanız, sonra bunun aslında bana zarar vermediğini anladığım ana götürmeniz hani böyle adım adım bana bir sorun yok ve bunun üstesinden geldim mesajı verdi. Öncelerde çok kaybolmuş hissediyordum. Bu beni panikletiyordu." (D1, kadın)

"Babamın anneme şiddet gösterdiği anıda kendimi hiç güvende hissetmemiştim. Kardeşimin üstüne kapanıp sadece bitmesini beklemiştim. Onun hakkında düşündüğüm zaman hala gergin hissediyordum. Bunu aşmamda seanstaki kare kare o anıyı getirmek, şu anki kaynaklarımdan faydalanmak yardımcı oldu. Hani nasıl yardımcı oldu derseniz şu andaki kaynaklarımı fark etmemi sağladı. Şu anda daha güçlüyüm, aynı çocuk değilim. Ama aynı çocukmuşum gibi etkiliyormuş." (D2, erkek)

Travma yaşayan bireyler bazı zamanlarda kendi sınırlarının işgal edildiğini hissederek bunalmış hissedebilmektedir. Bu durum kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmakta ve aşırı tetiklenmelere ve kopmalara neden olabilmektedir. RITTM'de uygulanan beden odaklı sınır çalışmaları, katılımcıların kendi bedenleri ve dış dünya arasındaki dınırları belirlemelerine ve kendilerini güvende

hissetmelerine yardımcı olmuştur. Danışanlar sınırlar uygulamasından olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Bir seansımızda bana odanın dışına çıkmakta serbest olduğumu söylemiştiniz. Dolaşıp gelmiştim. Ben normalde birinin odanın kapısını kapatmasına bile dayanamam. Hele birisi üstüme kapıyı kilitlesin, panik atak geçiririm direkt. O seansta da bunaldığım bir an olmuştu. Şöyle bir etrafı turlayıp gelmiştim. Sınırları benim belirlemem güvende hissettirmişti. Sizin böyle bir şey sunmanız da bana iyi gelmişti." (D1, kadın)

"O çalışmada sınırı benim belirlemem aslında insanlarla ilişkilerimde de bunun benim elimde olduğu hissiyatını verdi. Birine fazla yakın durmak beni panikletir mesela. O çalışmada da sen yaklaşınca bedenimdeki değişimi fark ettim, kalbim hızlı hızlı atmaya başlamıştı. Sonra kendi mesafemi çizmem kaygımı azaltmıştı. Çoğu zaman insanlara hayır diyemediğimi fark ettim. Aslında bu benim elimde." (D3,kadın)

Danışanlar objeler seçme uygulamasından olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Hayatlarında ifade edemedikleri duygu ve düşüncelerini, olumsuz deneyim yaşatan kişileri temsilen seçtikleri objelere ifade edebilmişlerdir.

"Annem, babam, ablam için farklı farklı objeler seçtiğimde onlara karşı söyleyemediğim şeyleri söyledim ve hani o anda sanki düşünmüyordum, kelimeler öylece çıkıyordu inanamadım kendime. Normalde böyle bir şeyi asla yapamam, o seanstan sonra kendimi çok iyi hissetmiştim. Kendimi hiç bu kadar iyi ifade edebildiğimi hatırlamıyorum." (D3,kadın)

Travma yaşayan bireyler kendilerinde var olan gücü hissetmeyebilirler. Travma anında savunmasız kalmış ve karşı koyamamış olabilirler. Bedende hapsolmuş olan bu gücü açığa çıkarmak adına RITTM'de itme uygulaması kullanılmıştır. Danışanlar kendilerinde var olan gücü yeniden hissettiklerini belirtmişlerdir. Danışanlar itme uygulamasından olumlu sonuç aldıklarına dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Kendimi hâlâ eskisi kadar savunmasız hissediyormuşum. Ama aslında bu gücüm varmış. Bedenim orda donmuş kalmış sadece. Kollarıma gelen güçle o yastığı iterken hissettim bunu. Ben güçlüymüşüm de haberim yokmuş." (D1, kadın)

"O kadar spor salonuna gitmem kendimi bir şeylere karşı, küçüklüğümde yaşadığım şeylere karşı savunma ihtiyacımdan geldiğini anladım. O zamanlar savunmasızdım. Hani bir gücüm olsa bile onu kullanabilecek bir olanağım yoktu o zamanlar. Şimdi de gücüm olsa bile biriyle en ufak bir sözlü tartışma, sorun yaşadığım zaman bile ordaki duygularımı hissediyordum. Bunu seanslarımızda fark ettim. O yastığı ittiğim çalışma da içimdeki güce tekrar kavuşmak gibiydi benim için." (D2, erkek)

Alt Tema II: Karma Sonuç Alınan Yöntemler

RITTM® uygulamasında kullanılan yöntemler ile ilgili aynı uygulamadan bazı danışanların fayda gördüklerine ilişkin geri bildirimleri bulunurken bazı danışanların ise fayda sağlayamadığına ilişkin geri bildirimlerine rastlanmıştır. Bu uygulamalar, "Karma Sonuç Alınan Yöntemler" alt teması altında açıklanmıştır.

Danışan 1 ve danışan 2 EFT uygulamasından fayda sağlayamadıklarına dair geri bildirimlerde bulunurken, danışan 3 ise EFT yöntemi sayesinde baş ağrılarını azalttığına ve kendini daha rahat hissettiğine dair geri bildirimde bulunmuştur.

"Evet onları ben kendi kendime yapmaya çalıştım ama çok beceremedim. Hatta onunla ilgili video izledim ama ondan sonra uygulamada beceremedim ben onu." (D1, kadın)

"O bana pek mantıklı gelmedi. Sanki plasebo effect gibi bir şey olabilir mi? Yani bundan faydalanan, çok muhteşem bir şeymiş tüm sorunlarım problemlerim çözüldü diyenler var mıdır acaba bilmiyorum. Bana pek gerçekçi gelmedi (D2, erkek)."

"Bu düşünceler geldiği zaman baş ağrılarım çoğalıyordu biliyorsun Kubilay abi. Baş ağrılarım çoğaldığı zaman uyguluyordum EFT'yi. O biraz azaltıyordu ağrılarımı. Olumlamaları da bir zorlukla karşılaştığım zaman yapıyorum. Daha önceden çok değersizleştiriyordum kendimi. Kendime değerli olduğumu hatırlatıyorum. Beni daha rahat hissettiriyor." (D3, kadın)

Göz hareketleri uygulaması, danışanlara kaynak sağlamak ve travma işlemlemesi sırasında danışanların travmatik olaya karşı duyarsızlaşmasını sağlamak adına RITTM'in içinde kullanılmıştır. Danışan 1 göz hareketleri uygulamasını hatırlamadığı yönünde geri

bildirimde bulunurken, danışan 2 ve danışan 3 göz hareketleri uygulamasının kendilerine iyi geldiğine ve artık travmatik anıların rahatsızlık vermediğine dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

"Bilmiyorum hiç hatırlamıyorum şöyle doğrudur kubilay bey ama onu çok hatırlayamadım yani onu yaptığımı hatırlayamadım yani kusura bakmayın."(D1, kadın)

"Gayet iyiydi. Beklemediğim anılarım falan çağrıştı bazen. Bir şeyle ilgili neler çıkacak diye serbest bıraktığımızda çok farklı şeyler çağrıştı aklımda. Sanki aralarında bir köprü kurduk. Bazıları hala neden geldi bilmiyorum ama o yönden iyiydi.Babamın terk etmesiyle ilgili anının şiddet derecesinin düşmesi, sonra diğer çağrışan anıların da artık o kadar hayatımı etkilemiyor olması güzel bir şey."(D2, erkek)

"Yaptığımız zamanlar açıkçası pek bir şey açığa çıkacağını düşünmüyordum çok garip gelmişti bu teknik ama orada da çok yoğun yaşıyordum duygularımı, istemsiz düşünceler aklıma geliyordu. Çok alakasız şeyler aklıma geliyordu. Bazen de alakalı ama o da iyi geliyordu mesela onu yaptığımızda içimde bir gerginlik oluşuyordu ama istemsizce bir sürü duygum ve düşüncemin açığa çıkacağını biliyordum. O yüzden rahatça yapıyordum. Hmm. Rahatsızlık vermiyor şuan pek zaten o zamanlar söylemiştim sürekli gözümün önünden geçtiği için unutmuyordum. Sürekli sürekli hatırlıyordum kötü hissediyordum. Ama şuan artık o kadar alıştım ki o olaya, her dakikasına her saniyesine o kadar özümlemişim ki artık rahatsız etmiyor." (D3,kadın)

Göz noktası uygulaması, danışanların travmatik durum karşısında kaynak oluşturulması ve ayrıca travmatik olay işlemlemesinde olaya karşı duyarsızlaştırılmasının sağlanması amacıyla kullanılmıştır. Fayda sağlayan danışanlar en çok kaynak olarak göz noktası uygulamasından fayda sağladıklarını belirtmişlerdir. Danışan 1 göz noktası işlemlemesinin ondan kaçma isteği uyandırdığını fark ettiğini, kaynak olarak göz noktasından ise fayda sağladığını belirtmiş, danışan 2 sürecin göz noktası ile ilişkisi olup olmadığını anlamlandıramadığını, danışan 3 ise kaynak olarak göz noktası uygulamasından fayda sağladığını belirtmiştir.

"Bu çalışmada aslında şöyle o yaptığımız çalışmada mesela o huzursuz olduğumuz ortamda mesela hemen kaçınma davranışı sergilediğimi fark ettim ama bunu

bilinçsiz yaptığımı fark ettim aynı zamanda. Orada fark ettiğim şey şuydu daha çok bahsetmiştim size bazen bir yerden çıkmak istiyorum durmak istemiyorum. Aslında kendimi güvensiz hissediyorum. Bu noktalarda kaçınma davranışını gösteriyorum aslında kendimi huzursuz ediyorum. Benim için en azından bunu gösterdi. Çünkü o zaman da hatırlarsanız farketmeden durumdan kendimi kurtarıveriyordum. Konuyu değiştiriyordum. Bunları fark etmemi sağladı açıkçası. Kaynak noktası kısmında daha iyi hissediyordum, özellikle huzurlu hissettiğim doğayla iç içe olan ev var ya S…'deki, orası benim için içimde güzel hisler uyandıran yer. Bir de yeğenimin sevgisini kalbimde hissettiğim kısım çok özeldi benim için." (D1, kadın)

"Onu tam olarak anlayamadım aslında yani bir nokta belirliyoruz oraya bakakalıyoruz. Yani belli şeyler çağrışıyordu ama başka bir yere de baksam çağrışacak gibiydi. Ama bir kaynak noktası belirlemiştik ya… Bir de rahatsızlık veren nokta… Orda bir oraya bir oraya baktığımda farklı hisler oluyordu gerçekten ama iyiyle kötü şeyleri sıra sıra aklıma getirdiğim için miydi yoksa noktaların bir olayı var mıydı tam emin değilim, vardır mutlaka." (D2, erkek)

"Göz noktasında kendime yarattığım güvenli alana gitmek benim için çok çok huzur verici oluyordu. Hani sadece benim yarattığım, doğayla iç içe, kimsenin bilmediği bir yer. Keşke orda yaşasam diyordum. Sonra orası için bedenimde bir yer bulmak onu içimde hissetmek daha büyük bir güven verdi. Aslında kendimi güvensiz hissederken bunu içimde bulmak şaşırtmıştı beni. İçimde sadece sıkıntılarımın olmadığını, benim bunlardan ibaret olmadığımı anladım sayende." (D3, kadın)

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda ilişkisel travmaya maruz kalmış bireyler ile yürütülen RITTM® uygulaması öncesinde ve sonrasında uygulanan Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve PCL-C Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi skorlarındaki değişime dair elde edilen bulgular ile katılımcıların RITTM® uygulamasına yönelik deneyimlerine dair yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen bulgular tartışılıp yorumlanarak öneriler getirilmiştir.

Katılımcıların Beck Anksiyete Envanterindeki ön test toplam puanları ve son test toplam puanları arasındaki korelasyonel ilişkiye ve Wilcoxon İşaretli sıralar testi sonuçlarına bakıldığında katılımcıların tamamının anksiyete skorlarında bir düşüş gözlense de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu durum bize beş seanslık RITTM® uygulamasının katılımcıların kaygı düzeylerinde bir farklılık yarattığını, fakat bunun istenilen düzeyde bir değişime sebep olmadığını göstermiştir. Katılımcıların kaygı seviyelerinde anlamlı bir değişimle karşılaşılmamasının oturum sayısının az olmasından kaynaklandığı ve ilişkisel travma yaşayan bireylerde RITTM® uygulamasının daha uzun bir süre zarfında yürütülmesi gerektiği düşünülmüştür. Uygulama sonrası katılımcılar ile gerçekleştirilen nitel görüşmelerde de katılımcıların kaygı seviyelerini kendilerini regüle edebilecekleri bir düzeye kadar indirgedikleri, fakat tamamen aşamadıkları ile ilgili beyanları bulunmaktadır.

Beck Anksiyete Envanterinden alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında ön testten elde edilen “fizyolojik tepkiler” alt boyutu puanı ile son testten elde edilen “öznel korkular” alt boyutu puanı arasında korelasyonel olarak negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş olması ve “fizyolojik tepkiler” alt boyutunun “panik ataklar sırasında oluşan öznel korku ve bu korkuya ilişkin bilişsel bulgular” ile ilişkili olması ve “öznel korkular” alt boyutunun da “anksiyete sırasında oluşan alarm reaksiyonu sonucu oluşan fizyolojik tepkiler” ile ilişkili olması (Avcı, 1995) sebebiyle RITTM® uygulamasının panik atak hastaları üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Wilcoxon işaretli sıralar testinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış olması RITTM® uygulamasının kaygı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. Öte yandan, derinlemesine görüşmeler sonucunda “RITMM Modeline

Bakış" temasının "Baş Etme Mekanizmaları" alt temasında ulaşılan bulgulara göre ve "RITTM® Uygulamalarına İlişkin Deneyimler" temasının "Pozitif sonuç alınan Uygulamalar" alt temasında ulaşılan bulgulara göre; danışan 1'in panik ataklarını durdurduğunu ve korkularının üstesinden geldiğine ve danışanların öznel korkularının üstesinden geldiklerine, fizyolojik tepkileri ile ilgili bilişsel stratejiler geliştirdiklerine, daha önce kopmalar yaşarken şu anda daha çok anda kalarak kendilerini regüle edebilme stratejileri edindiklerine, tetiklendikleri zamanlarda RITTM® uygulamasında öğrendikleri teknikleri kullanarak sakinleşebildiklerine dair beyanları olmuştur. Danışanların öznel beyanları, istatistiksel olarak elde edilen bulgularla çelişki oluşturmuştur. Travma terapilerinden kullanılmakta olan, 9-12 hafta süren "prolonged exposure terapisi"nin kuramsal temeli, Foa ve Kozak'ın anksiyete bozukluklarını açıklamak için geliştirdikleri emotional processing (duygu işleme) kuramından kaynak almaktadır. Alıştırma (exposure), travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarında sık görülen "patolojik korku"yu ve bununla ilişkili duyguları azaltmaya yönelik bir uygulamadır (Foa ve Kozak 1985, Foa ve Kozak 1986). Foa ve ark. tarafından 1999'da yapılan prolonged exposure terapisinde tecavüz mağduru kronik travma sonrası stres bozukluğu olan 97 kadın hastaya prolonged exposure terapisi, stres aşılama tedavisi ve her iki tedavi birleştirilmiş olarak uygulanmış, sonuçlar bekleme listesindeki hastalar ile karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında her üç tedavi protokolünün de travma sonrası stres bozukluğu, genel anksiyete ve depresyon belirtilerinde belirgin derecede azalma sağladığı, fakat birleştirilmiş terapinin tek uygulamalardan daha etkisiz sonuçlar verdiği saptanmıştır (Foa ve ark. 1999). Foa ve ark.'ın yürütmüş olduğu çalışma, RITTM uygulamasından daha etkili sonuçlar vermiş olup, RITTM uygulamasındaki etkili olmayan sonuçların katılımcı sayısının az olması ve daha kısa bir süre içinde yürütülmüş olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, Foa ve ark.'ın yürütmüş olduğu çalışmada birleştirilmiş terapinin tek uygulamaya göre daha etkisiz olması, RITTM uygulamasının da birleştirilmiş bir model olduğu düşünüldüğünde "Birleştirilmiş travma terapisi uygulamalarının tek uygulamalara göre etkisinin nasıldır?" sorusunu ortaya çıkarmıştır.

Katılımcıların Beck Depresyon Envanterindeki ön test toplam puanları ve son test toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında korelasyonel olarak elde edilen çok

yüksek negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin yanı sıra, Wilcoxon isaretli sıralar testi bulgularına göre herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamış olması ile, 5 seanslık RITTM® uygulamasının katılımcıların depresyon durumlarını azaltmada etkisi olan bir terapi yöntemi olduğu, fakat bu etkinin yeterli bir değişime yol açmadığını göstermektedir.

Bireylerin uygulama öncesi kişinin kendine yönelik olumsuz duygularına ait puanları ile uygulama sonrası bedensel kaygı puanları arasında korelasyonel olarak negatif yönlü ve çok yüksek anlamlı bir ilişki bulunurken, Wilcoxon İşaretli Sıralar testinde anlamlı bir ilişki bulunmamış olması, ilişkisel travmaya maruz kalmış katılımcıların kendilerine yönelik eleştirel inanç ve tutumları azaldıkça kendi bedenleri ile daha barışık hale geldiklerinin işaretçisi olarak görülmüş, fakat kişinin bedeni ile barışıklığının olumsuz inanç ve tutumları ile bağlantısını yeterli düzeyde açıklayamamış olabileceğini göstermiştir. Katılımcılar ile yapılan nitel görüşmelerde de katılımcıların daha önceden kendilerine eleştirel davrandıklarını fark ettikleri, daha önceden bedenlerine küs oldukları ve bedenlerindeki kaynakları keşfettikçe kendilerine daha şefkatli yaklaştıklarına dair beyanları bulunmaktadır. Beden ile yapılan somatik çalışmalar, kelebek sarılması tekniği ve bir parça ile çalışma tekniğinin burada etkili olduğu fakat anlamlı bir etki yaratmamış olabileceği düşünülmektedir. Kısa süreli bir çalışma olması sebebiyle katılımcıların depresyon nüksünün olup olmadığının, ileride yürütülebilecek araştırmalarla incelenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Ampirik olarak desteklenen depresyon, anksiyete ve yaygın kaygı bozukluğu üzerine yürütülen bir meta analizde panik hastalarının önemli bir bölümünün iyileştiği ve bunu durdurduğu; depresyon ve yaygın kaygı bozukluğu hastalarının ise tedavilerinin etkileyici kısa vadeli etkiler yarattığı fakat çoğu hastanın klinik olarak anlamlı takip aralıklarında düzelmediğini ve iyileşmeye devam etmediğini göstermiştir (Westen ve Morrison, 2001). Demir (2014) tarafından Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi incelenmiş olup, 15 kız öğrenci ile sekiz oturumluk bilinçli farkındalık uygulamasında katılımcıların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Envanteri ile ölçülmüş, ön test ve son test uygulamaları yapılarak Wilcoxon işaretli sıra testi uygulanmıştır. Uygulama sonrasında katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı bir düzeyde azaldığı gözlenmiştir (Demir, 2014). Demir'in yapmış olduğu çalışmanın RITTM uygulamasına göre daha etkili olduğu gözlenmiş, RITTM

uygulamasında daha etkisiz sonuçlara ulaşılmasının kompleks travma biçimi olan ilişkisel travmaya sahip bireyler ile çalışılmış olması olduğu ve RITTM'in ilişkisel travma yaşayan bireyler ile daha uzun oturumlar devam ettirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Şaşırtıcı bir şekilde, bireylerin uygulama öncesi "Bedensel Kaygılar" alt puanları ile uygulama sonrası "suçluluk duygulanımları" alt puanları arasında korelasyonel olarak çok yüksek derecede pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki Wilcoxon İşaretli sıralar testinde bulunamamıştır. Beck Depresyon Envanterinde "suçluluk duygulanımları" faktörü, suçluluk duyguları, cezalandırılma duygusu, kendini suçlama ve kararsızlık maddeleri ile ilişkilidir (Hisli, 1989). Danışanların bedensel kaygılarının müdahale öncesinde artmış olduğu, müdahale sonrasında da suçluluk duygulanımlarının bedensel kaygıları ile ilişkili olarak artmaya devam ettiği düşünülmüştür. Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların buna dair herhangi bir beyanına rastanmamıştır.

Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ön test ve son test verilerinin bir düşüş gösterdiği gözlenmiş olsa da, korelasyonel olarak da, Wilcoxon İşaretli Sıralar testine göre de anlamlı bir değişim göstermemiştir. 5 seanslık RITTM® uygulamasının ilişkisel travma yaşayan bireylerin travma sonrası stres bozukluğu üzerinde kayda değer bir değişim yaratmamış olabileceği düşünülmüştür. Uygulama öncesi ve sonrası yeniden yaşama puanları arasında çok yüksek, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunması, katılımcıların uygulama öncesinde travmatik durumu yeniden yaşamaları durumunun uygulama sonrasında bununla ilişkili bir biçimde yaşamaya devam ettiklerinin bir habercisi olmuştur. Wilcoxon işaretli sıralar testinde ise böyle bir ilişki bulunmamıştır. Korelasyon analizinde ulaşılan sonuca karşıt olarak, yapılan derinlemesine nitel görüşmelerde ise, katılımcıların geçmişteki travmalarının artık günümüzde onları rahatsız etmediği, yaşamış oldukları çoğu travmanın üstesinden gelebildiklerine dair beyanları bulunmaktadır. Korelasyon analizinden alınan bir diğer bulguya göre uygulama sonrası yeniden uyarılma puanı ile uygulama sonrası kaçınma puanları arasında pozitif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuş olması, katılımcıların travmatik durum ile ilgili yeniden uyarılma durumlarının kaçınma durumları ile bağlantılı bir şekilde azalma göstermiş olabileceği olarak değerlendirilmiştir olsa da Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre

anlamlı bir ilişki bulunmaması, bu durumun kayda değer bir değişime sebep olmadığının habercisi olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan, katılımcılar ile gerçekleştirilen nitel görüşmelerde danışanların kaçınma davranışlarını fark ettikleri ve panik atak ile ilgili yeniden uyarılma durumlarının artık devam etmediğine dair beyanları mevcuttur. Karadağ (2020), cinsel istismar mağduru karmaşık travma sonrası stres bozukluğu olan 13 kız ergen ile 3 oturumluk grup EMDR uygulaması gerçekleştirmiştir. Çalışmada hem depresyon hem de travma skorlarında terapi öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Karadağ, 2020). RITTM uygulaması da ilişkisel travma yaşayan bireyler ile 5 oturumluk bir uygulama olması yönüyle benzer bir çalışma olup, Karadağ tarafından yürütülen uygulamada daha etkili sonuçlar gözlenmiştir. EMDR uygulaması RITTM uygulamasının içinde "göz hareketleri" uygulaması olarak kapsanmış olsa da bütünleştirilmiş bir model içinde kullanıldığında standart EMDR protokolü uygulamasına göre daha düşük bir etki gözlenmiştir. Bu durumun araştırmacının RITTM eğitimini henüz aldığı ve yeterince yetkin olmadığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Ulaşılan bulgular göz önünde bulundurulduğunda, ilişkisel travma yaşayan bireylere yönelik yapılan RITTM® müdahalelerin beş seanslık bir çalışma yerine daha uzun süreli ve ayrıntılandırılmış bir terapi şeklinde yürütülmesi gerektiği düşünülmüştür. Literatürde sadece erken çocukluk döneminde istismar veya aile içi şiddet geçmişi olan danışanların başarılı tedavisi hakkında nispeten az şey bilindiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, yazarlar, "bir dereceye kadar ampirik destekle birlikte, bu öykülere sahip bazı danışanların daha uzun bir süre boyunca tutarlı bir şekilde uygulanan multimodal müdahalelere ihtiyaç duyduğuna dair büyüyen bir klinik fikir birliği olduğunu" belirtmektedirler (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). Öte yandan, Kim ve Choi, Kompleks TSSB'nin terapisi ile ilgili kısa süreli yürüttükleri ve olumlu sonuçlar aldıkları bir vaka raporu bildirmişlerdir. Daha önce psikotropik ilaç ve destek tedavisi ile tedavileri başarılı sonuçlar vermeyen, çoklu travmatize bir kadınla yürütmüş oldukları altı haftalık EMDR seansının ardından danışan, Semptom Kontrol Listesi 90 (SCL-90), Olayların Etkisi Ölçeği (IES), Sürekli Durumluk Kaygı Envanteri (STAI), Ayrışma Deneyimleri Ölçeği (DES) ve Beck Depresyon Envanteri'nde (BDI) terapi bitiminden bir hafta sonra ve altı aylık takipte gelişme göstermiştir (Kim ve Choi, 2004).

Korn ve Leeds, kompleks TSSB mağduru iki vaka üzerinden EMDR RDI (Kaynak geliştirme kurulumu) çalışmasının EMDR protokolünün ilk aşaması olan stabilizasyon sürecindeki etkisini incelemişlerdir. Kompleks TSSB ve majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayan iki danışan ile yürütülen, 3 hafta süren ilk aşamada danışanların depresyon, anksiyete ve travmatik semptomlarında klinik olarak anlamlı değişimler gözlenmiştir. TSSB intrüziv semptomlarından hiçbirinde anlamlı bir düzelme gözlenmemiştir (Korn ve Leeds, 2002). Korn ve Leeds tarafından 3 hafta boyunca yürütülen çalışmadan alınan sonuçlar, 5 hafta boyunca yürütülen bu çalışmanın bulguları ile karşılaştırıldığında, danışanların Pearson korelasyon analizine göre depresyon düzeylerinin anlamlı derecede düşmesi ve TSSB semptomlarının anlamlı derecede değişim göstermemesi yönüyle paralellik göstermektedir. Fakat danışanların anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede azalması yönüyle EMDR RDI çalışmasının RITTM® çalışmasından daha etkili sonuçlar verdiği düşünülmüştür. Her iki çalışma da travma terapisinin ilk aşamasında danışanların kaynaklarının keşfedilmesi ve güçlendirilmesine vurgu yapmaktadır. İlişkisel travmaların literatürde kompleks TSSB biçimi olarak değerlendirildiği düşünüldüğünde (van der Kolk, 2021), kompleks TSSB terapilerinde danışanların kaynakları üzerinde çalışmanın depresyon ve anksiyete seviyelerinin düşmesinde önemli etkisi olduğu düşünülmüştür.

David Grand, Brainspotting kitabında çocukluk ve ergenlik dönemine ait kompleks travması bulunan, travmatik bir anneye sahip ve bağlanma problemleri yaşamış olan bir danışanın panik bozukluğu terapisinde etkili sonuçlar aldığını, haftalık görüşmelerle altı aylık bir terapi sürecinin ardından panik bozukluğu kontrol altına alabildiğini ve sadece durumsal problemler yaşamaya devam ettiğini, yaşamış olduğu geçmiş travmaların birçoğunu çözümlediğini bildirmiştir (Grand, 2014). Grand'ın gerçekleştirmiş olduğu çalışmada da görüldüğü üzere ilişkisel travma yaşamış bireylerle çalışmanın, 5 seanslık bir süreçten daha uzun bir süre çalışma gerektirebilir. RITTM® uygulaması yürütülen danışanlar ile yapılan derinleme görüşmelerde elde edilen bilgilere göre 1 nolu danışanın panik ataklarını kontrol altına almış olması ve şu anda bazı durumsal problemler yaşasa da kontrol altında tutabilme becerisi gösteriyor olması, Grand'ın çalışması ile benzer özelliklere sahip olması yönüyle RITTM® çalışmasının kısa sürede olumlu etkiler yaratabileceğini göstermiştir. RITTM® çalışmasının ilişkisel

travma yaşayan bireylerle altı ay ve daha uzun süreli sonuçlarının ileriki çalışmalarda incelenebileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların geri bildirimlerinden en çok olumlu sonucu kaynak geliştirme ile ilgili uygulamalardan edinmiş oldukları çıkarımı yapılmış olup, RITTM®'in başlangıç evresinin ilişkisel travma yaşamış olan bireyler üzerinde olumlu ve değiştirici bir etkisi olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Danışanların beş haftalık süre içerisinde en çok başlangıç evresinin kapsamış olduğu kaynak geliştirmelerle ilgili kısımdan fayda görmüş oldukları göz önünde bulundurulduğunda, istatistiksel sonuçlara paralel olarak beş seanslık RITTM® uygulamasının ilişkisel travma yaşayan bireyler üzerinde kısa bir uygulama olduğu düşünülmüştür. Buna rağmen, danışanların sadece kaynaklarını güçlendirmiş olmaları ile birçok problemin üstesinden gelebildikleri ve travmalarını hayatlarında artık kendilerine rahatsızlık vermeyecekleri bir seviyeye indirgeyerek kontrol altına alabilmiş olmaları ile ilgili geri bildirimleri, alınan nicel sonuçlar ile çelişkili olarak RITTM® uygulamasının bu süre içinde yeterli bir olumlu etki yaratmış olabileceğini göstermiştir. Katılımcıların RITTM ile ilgili deneyimleri ve olumlu beyanları göz önünde bulundurulduğunda beş seanslık kısa bir sürede alınan pozitif sonuçların beden odaklı bir yaklaşımın hızlı etkilerini bir kez daha göstermiş olduğu, danışanların ruh sağlığı profesyoneli olması yönüyle katılıma istekli ve meraklı olmaları, ayrıca katılımcılar ile kurulan güçlü terapötik ilişkinin sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Sayısal olarak somut bir şekilde yapılan araştırmaların etkilerini gözler önüne seren nicel uygulamaların birçok alanda olduğu gibi sosyal bilimler alanında da önemi yadsınamaz. Konusu insan olan sosyal bilimler alanında doğrudan katılımcıların kendi öznel ifadeleri ile dahil olabildikleri nitel araştırmaların bu yönüyle, bu çalışma ile gözlendiği üzere büyük bir öneme sahip olduğu düşünülmüştür.

BÖLÜM 5. SONUÇ

Sonuç olarak, RITTM® uygulaması beden odaklı bir terapi yaklaşımı olarak klasik terapi yöntemlerinden direkt olarak bedene temas etmesi yönüyle ayrışmış, odağına kişinin kendini regüle edebilmesini, topraklamayı ve kaynaklara temas etmeyi alıp bu sayede beden üzerinden travmaya güvenli bir şekilde temas edilmesine ve kısa sürede etkili sonuçlar alınmasına yol açmıştır. Kısa süreli uygulanan RITTM® uygulaması, ilişkisel travma yaşayan bireylerin depresyon, anksiyete ve post travmatik stres bozukluğu durumları üzerinde yeterli bir etkiye sahip olmamıştır. RITTM® uygulaması, ilişkisel travma yaşayan bireyler üzerinde olumlu bir etki bırakmış olup, katılımcılar kendileri hakkında farkındalık geliştirmiş, yaşamlarında merak ve keşif duygularının aktive olmasını sağlayarak hayatlarını meşgul eden ve sekteye uğratan problemlerine karşı RITTM®'de kullanılan yöntemler sayesinde sinir sistemlerini yatıştırma becerisi edinerek kaynaklarını keşfedebilmiş, kaynaklarına odaklanabilmiş ve travmatik anıların etkilerinden kurtulabilecekleri yeni baş etme stratejileri geliştirebilmişlerdir. Bunun sonucunda kendilerini meşgul eden ve şimdiden koparan problemlerini artık kendilerini kontrol altına alamayacak bir seviyeye indirgemeyi veya yok etmeyi başarmışlardır.

BÖLÜM 6. ÖNERİLER

Çalışmamız ilişkisel travma yaşamış olan üç katılımcı ile yürütülmüş olup, sonraki çalışmalarda daha fazla ilişkisel travma yaşamış birey ile RITTM® uygulamasının etkinliği tekrar incelenebilir.

Çalışmamız sadece ruh sağlığı profesyoneli bireyler ile yürütülmüş olup, sonraki çalışmalarda farklı örneklem grupları ile tekrarlanabilir. Ayrıca, araştırma 2 kadın, 1 erkek bireyler yürütülmüş olduğundan, daha uygun kadın erkek oranı ile çalışma tekrarlanabilir.

Bu çalışmada ön test ve son test ölçümleri yapılmış olduğundan sonraki çalışmalarda her seans sonrası etkilerinin gözlemlenmesine dayalı bir çalışma yürütülebilir. Ayrıca, ön test ve son test çalışmaları toplam puanlar dikkate alınarak oluşturulduğundan, sonraki çalışmalarda her danışan için ayrı ön test ve son test ölçümlerinin yapılabileceği düşünülmüştür.

Çalışmanın süre kısıtlılığından ötürü herhangi bir izleme çalışması yapılmamıştır. Bir sonraki yapılabilecek çalışmada uygulamanın bir takip çalışması şeklinde yürütülebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız ilişkisel travma yaşayan bireyler ile yürütüldüğünden, RITTM® uygulamasının diğer travma türleri üzerinde etkilerinin sonraki yürütülebilecek çalışmalarda incelenebilir. Ayrıca RITTM® uygulamasının daha büyük bir çalışma grubu ile farklı travma türlerinin etkinliği üzerinde karşılaştırmalı çalışmalar ile incelenebileceği ve daha büyük bir çalışma grubu ile ilişkisel travma yaşayan bireyler ile daha uzun süreli uygulamalar yürütülerek farklı terapi biçimleri ile karşılaştırılabileceği düşünülmüştür.

EK'LER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma Maltepe Üniversitesi Beden Psikoterapisi Sertifikalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı Programı öğrencisi olan Yaşar Kubilay Taner'in yüksek lisans tezi kapsamında ve Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner'in danışmanlığında yürütülmektedir.

Sizinle öncelikle "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği"ni doldurmanız istenmektedir ve formda adınızı yazmanız istenmektedir. Daha sonra grubunuzdan üç kişiye, grubun bilgisi dahilinde olmadan ulaşılacak ve beş seanslık klinik görüşmeye davet edilecektir. Üç kişiden biri olmamanız durumunda çalışmanın diğer aşamalarına dahil edilmeyeceksiniz. Üç kişiden biri iseniz sizden öncelikle "Beck Depresyon Envanteri", "Beck Anksiyete Envanteri" ve "Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi" ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Sizinle beş oturumluk her biri doksan dakika olan, Dr. Karol Darsa Tarafından geliştirilen Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modelinin (RITTM) kullanıldığı klinik görüşmeler yapılacaktır. Klinik görüşmelerden bir hafta sonra araştırma kapsamında size RITTM uygulaması deneyimleriniz ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Daha fazla bilgiye ihtiyaç duymanız halinde tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner'e aşağıda belirtilen iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Görüşmeler kendinizi rahat ve güvende hissedeceğiniz ve gizliliğin sağlanabileceği bir alanda çevrimici ortamda veya yüz yüze gerçekleştirilecektir (araştırmacı, gizliliği sağlayabilmek için sizinle yapacağı görüşme sırasında bulunduğu ortamda yalnız olacak ve aktardığınız bilgilere yalnızca araştırmacı ve araştırmacının tez danışmanı erişebilecektir). Tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Klinik görüşmeler sonrası yapılacak görüşmede ses kaydı alınacaktır. Adınız ses kayıtlarında, ses kaydının yazılı hale dönüştürüleceği transkripsiyon belgelerinde veya soru formlarında belirtilmeyecektir. Çalışmada sizi temsil edebilmesi için size özel belirlenen bir sayı kullanılacaktır. Adınız yalnızca şu anda okumakta olduğunuz onam formunda ve ilk aşamada doldurmuş olduğunuz "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği"nde yer alacaktır. Onam formu ve "Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği", diğer belgelerden başka bir yerde saklanacaktır. Tüm bu bilgilere sadece araştırmacı ve tez danışmanı ulaşabilecektir. Analiz sırasında katılımcılar için belirlenen sayı kullanılacaktır.

Çalışmaya katılımınız tamamen isteğe bağlıdır. Görüşmeler sırasında sizde rahatsızlık yaratan sorular olursa, bu sorulara cevap vermemeyi tercih edebilirsiniz.

Çalışma sırasında herhangi bir zamanda, herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılmaya karar verebilirsiniz ve kayıtların silinmesini isteyebilirsiniz. Çalışma hakkında herhangi bir sorunuz varsa Araştırmacı Psikolog Yaşar Kubilay Taner veya Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner ile iletişime geçebilirsiniz.

Yukarıda belirtilen bilgi ve koşulları okudum ve anladım. Bu koşullarda çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu onay formunun bir kopyası tarafıma ulaştırıldı.

Evet ☐

Gönüllünün Adı / Soyadı: **Tarih:** …./…./….

İmza:

EK 3. Derinlemesine Görüşme Soruları

1. Bu süreci genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. Bundan sonraki süreç için düşünce ve hisleriniz nelerdir?
3. Seanslarda kendinizle ilgili farkındalıklarınız oldu mu? Oldu ise nelerdir?
4. Bu seansların size bir getirisi oldu mu? Oldu ise getirileri nelerdir?
5. Çalışmada yaptığımız uygulamalar hakkında düşünceleriniz nelerdir?
6. RITTM'i geliştirmek adına sizin için daha yararlı olabileceğini düşündüğünüz noktalar nelerdir?
7. Kaynaklarınıza odaklanmak ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

KAYNAKÇA

Airasian, P., Gay, L., & Mills, G. (2012). *Educational Research: Competencies for Analysis and Application*. Upper Saddle River: Pearson.

Afifi, T.O., Mota, N.P., Dasiewicz, P., MacMillan, H.L., Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*. *130*(2), 184-192.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Amar A.F., Gennaro S. (2005). Dating violence in college women: associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *The Journal of Nursing Research*, *54*(4), 235-42.

Arslan, S. (2007). *Dokunma, Müzik Terapi ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi.* (Yayınlanmamış doktora tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (2000). EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters: Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug. *EMDRIA Conference Poster Sunumu*, Toronto, Ontario, Canada.

Augenthaler, Debbie. (2017). Toolbox Series 2: Butterfly Hug with Debbie Augenthaler. Erişim: 12 Ocak, 2022. https://youtu.be/W9exVaCMwvo adresinden alındı.

Benes, F. M. (1989). Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 585- 593.

Bhreathnach, E. (2008). *Parent-Child Engagement, A Co-Regulation Process.* The National Conference for Occupational Therapists in Child and Adolescent Mental Health bildiri sunumu. St Andrews, Northampton.

Boel, J. (1999). The Butterfly Hug. *EMDRIA Newsletter*,*4*(4),11-13

Bowlby J (1969) Attachment and Loss: Volume 1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby J (1973) Attachment and Loss: Volume 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.

Bradshaw, J. (1990). *Homecoming: Reclaiming and championing your inner child.* New York: Bantam Books.

Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Briere, J.A. ve Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri.* B. D. Genç (çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2014).

Brown, D. P., and Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.

Brown, D., Schefflin, A., & Hammond, D. (1998). *Memory, trauma, treatment, and the law: An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys, and judges*. New York: Norton.

Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley

Clauer, J. (2011). Neurobiology and psychological development of grounding and embodiment. Applications in the treatment of clients with early disorders. *Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the Institute for Bioenergetic Analysis, 21*, 17–56.

Clarke, N. J., Willis, M. E., Barnes, J. S., Caddick, N., Cromby, J., McDermott, H. ve Wiltshire, G. (2015). Analytical pluralism in qualitative research: a meta-study, Qualitative Research in Psychology, 12(2), 182–201.

Corrigan, F. & Grand, D., 2013. Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses, 80*(6), 759-766.

Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.

Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.

Cozolino, L. (2014). *İnsan İlişkilerinin Nörobilimi: Bağlanma ve Sosyal Beynin Gelişimi.* (Çev. M. Benveniste). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 2006).

Craig, G. (2008). The EFT manual. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.

Creswell, J. W. (2003). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (2nd ed.). Thousands Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W. (2005). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (2. Baskı). Boston: Pearson Education Inc.

Creswell, J. W. (2012). Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. New Jersey: Upper Saddle River.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Creswell, J. W. ve Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research* (1. Baskı). London: Sage Publications Ltd.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (4th ed.). California: Sage Publications

Danoff-Burg, S. Rus, H. M. Cruz Martir, L. Raymann, R. J. (2020). Worth The Weight: Weighted Blanket Improves Sleep And Increases Relaxation. *SLEEP®. 43*(1), A460.

De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology, 13,* 539-564.

Demir, V. (2014). *Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi: İstanbul.

De Tord, P., Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy, 43,* 16-22.

Dishman RK, Nakamura Y, Garcia ME, Thompson RW, Dunn AL, Blair SN. (2000). Heart rate variability, trait anxiety, and perceived stress among physically fit men and women. *International Journal of Psychophysiology*. *37*(2), 121–133.

R. Descartes (1970). *The Philosophical Works of Descartes*, İngilizcesi: Elizabeth S. Haldane ve G. R. T. Ross, (1. Baskı). New York: Cambridge University Press (Orijinal basım tarihi 1637).

Finkelhor, D., Turner, H., Ormond, R., & Hamby S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics, 124*, 1411-1423.

Fraenkel, J., Hyun, H., & Wallen, N. (2012). *How to Design and Evaluate Research In Education*. (8. baskı). New York: Mc Graw Hill.

Flanagan, J. S. ve Flanagan, R. S. (2015). *Klinik Görüşme* (Birinci baskı). (G. Akbaş, L. Korkmaz, Çev.) İstanbul: İthaki. (Orijinal çalışma basım tarihi 2009).

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1985). *Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology*. Anxiety and the anxiety disorders. içinde (1.baskı) (s. 421–452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure of corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35

Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. ve Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol, 67*(2), 194-200.

Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen, J. (2009). *Introduction*. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (Birinci Baskı) içinde (s. 1-20). New York: Guilford.

Ford, J.D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol.* 67(1), 3-12.

Geuze, E., Vermetten, E., ve Bremner, J.D. (2005). MR-based in vivo hippocampal volumetrics: 2. Findings in neuropsychiatric disorders. *Molecular Psychiatry, 10*, 160-184.

Gleeson, M., Timmins, F. A. (2005). Review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *9*, 69-77.

Grand, D. (2011). Brainspotting a new brain-based psychotherapy approach. *Trauma and Gewalt*. *3*, 276–285.

Grand, D. (2014). Brainspotting: the revolutionary new therapy for rapid and effective change. Boulder, Louisville, Colorado: Sounds True Inc.

Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 372-378.

Goodman, L.A. ve Epstein, D. (2008). Listening to battered women: A survivor centered approach to advocacy, mental health, and justice. Washington, DC: American Psychological Association.

Gündüz, N. ve Aker, A. T. (2015). Travmatik stres ve beyin. Türkiye Klinikleri. *Journal of Psychiatry-Special Topics*, *8*(1), 1-9.

Halasz, G. (2011). In Conversation With Allan Schore. *Australasian Psychiatry 19*(1), 30-36.

Van der Hart, O., Brown, P. ve Van der Kolk, B. (1989). Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress 2*(4), 1-11.

Harris, R. (2019). *ACT'i Kolay Öğrenmek: İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç*.(4.Baskı).(H.D. Karatepe ve K. F. Yavuz Çev.) Istanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi: 2016).

Heim, C., Plotsky, P. M., ve Nemeroff, C. B. (2004). Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*, *29*(4), 641–648.

Heitzler, M. (2013). Broken Boundaries, Invaded Territories: The Challenges of Containment in Trauma Work. *International Body Psychotherapy Journal. 11*(1). 28-89.

Heller, L. ve La Pierre, A. (2012). *Healing Developmental Trauma: How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image, and the Capacity for Relationship*. Berkeley, California: North Atlantic Books.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Janet, P. (2019). *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study.* (1. Baskı). Eastford, CT: Martino Fine Books. (Orijinal çalışma basım tarihi 1925)

Janet, P. (1904). L. Amnesie et la dissociation des souvenirs par Nmotion. *J. Psychol. l*: 417-453. Janet, P. (1911). *LEtat mental des hystériques*, Félix Alcan, Paris.

Janet, P. (1925). *Psychological Healing*. New York: Macmillan.

Jerath, R., Edry, J.W., Barnes, V.A. ve Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Med Hypotheses*. *67*(3), 566–571.

Johnson, R. B. ve Onwuegbuzie, A. J. (2004). "Mixed methods research: A research paradigm whose time has come". *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15. Yıl dönümü baskısı). New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.

Keegan, L. (2000). Alternative and complementary modalities for managing strees and anxiety. *Critical Care Nurse*, *20*(3), 93-97.

Kagan, J., ve Fox, N. A. (2006). Biology, culture, and temperament biases. W. Damon, R. M. Lerner ve N. Eisenberg (Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (6. baskı) içinde (s. 167-225). Hoboken: NJ: Wiley.

Kim, D., & Choi, J. (2004). Eye movement desensitization and reprocessing for disorder of extreme stress: A case report. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 43, 760–763.

Kocabaşoğlu, N., Özdemir, A., Yargıç, İ. ve Geyran, P. (2005). The Validity And Safety Of Turkish "PTSD Checklist - Civilian Version" (PCL-C) Scale. Yeni Symposium. 43(3), 126-134

Kohut, H. (2012). *Psikanaliz Nasıl Sağaltır?* (1. Baskı). (F. B. Helvacıoğlu, Çev.) Istanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1984).

Korn, D. L. (2009). EMDR and the Treatment of Complex PTSD: A Review. *Journal of EMDR Practice and Research. 4*(3). 264-278.

Kroenke, K., Spitze, R. L. ve Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. *16*(9), 606–613.

Lanius, R. A., Vermetten, E., ve Pain, C. (2010). The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Larkin, M., Eatough, V., & Osborn, M. (2011). Interpretative phenomenological analysis and embodied, active, situated cognition. Theory & Psychology, 21(3), 318-337.

Laub, B., ve Bar-Sade, E. (2009). The Imma EMDR Group Protocol. In M. Luber (Ed.) *Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and Special Situations*. New York: Springer.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*(11), 1358-68.

Levine P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma* (1. baskı). Berkeley, California: North Atlantic Press.

Levine, P. (2010). In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores (1. baskı). Goodness. Berkeley, California: North Atlantic Books.

Levine, P. ve Phillips, M. (2012). Freedom from Pain: Discover Your Body's Power to Overcome Physical Pain. Boulder, Louisville, Colorado: Sounds True Inc.

Levine P. (2015). Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living past: A Practical Guide for Understanding and Working with Traumatic Memory (1. baskı). Berkeley, California: North Atlantic Books.

Lowen, A. (1993). Depression and the body. New York, NY: Penguin Compass.

Lowen, A. (2006). The language of the body. Physical dynamics of character structure. How the body reveals personality (3. baskı). Alachua, FL: Bioenergetics Press.

Masson, J., Bernoussi, A., Cozette, M. ve Thomas, F. (2013). Complex Trauma and Borderline Personality Disorder. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 403-407.

McFarlane, A. C. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* içinde (s. 155–181). New York: Guilford.

Meaney, M. J., Aitken, D. H. , Viau, V, Sharma, S. ve Sarrieau, A. (1989). Neonatal handling alters adrenocortical negative feedback sensitivity and hippocampal type II glukocorticoid receptor binding in the rat. *Neoendocrinology, 50*, 597- 604.

Mikulincer, S., Shaver, P.R. (2007) Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. New York: Guilford Press.

Mollon, P. (2001). Releasing the self: The healing legacy of Heinz Kohut. London: Whurr Publishers.

Muller, R.T. (2013). Sensorimotor Psychotherapy: A Somatic Path to Treat Trauma: Using mind and body, somatic psychotherapy is a holistic approach to healing. Ocak, 2022 tarihinde https://www.psychologytoday.com/gb/blog/talking-about-trauma/201309/sensorimotor-psychotherapy-somatic-path-treat-trauma adresinden alındı.

Nakano T, Kato M, Morito Y, Itoi S, Kitazawa S. (2013). Blink-related momentary activation of the default mode network. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. *110*(2), 702–706.

Nakazawa, D. J. (2021). *Kesintiye Uğrayan Çocukluk* (1. baskı). (A.C. Taşlıoğlu Sayıner, Çev.) İstanbul: Diyojen Yayıncılık.

Neimeyer, R. A. (2006). *Re-storying loss: Fostering growth in the posttraumatic narrative.* Handbook of posttraumatic growth: Research& practice içinde (s. 68-80). L. G. Calhoun ve R. G. Tedeschi (Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Nichol, M. P. ve Schwartz, R. C. (2008). *Family Therapy: Concepts and Methods* (8. baskı.). New York: Pearson Education.

Özen, Y. (2017). İntihar Etmiyorsak Yaşayalım Bari!!! (Travma Terapisi ve Travmada Psikoeğitim). *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 1*(3), 463- 486.

Özen, E. M., Serhadlı, Z.N.A, Türkcan, A., Ülker, G.E. (2010). Somatization in depression and anxiety disorders. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23*(1), 60-65.

Ogden, P., Minton, K. ve Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy.* New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Ogden, P. ve Fisher, J. (2014). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment.* New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Ogden, P. (2019). Acts of triumph. *Rediscovering Pierre Janet* içinde (s.200-210). (1. Baskı). Londra; New York: Routledge.

Plano Clark, V. ve Creswell, J. W. (2015). *Understanding research : a consumer's guide*. (2. Baskı). USA: Pearson Education Inc.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions , attachment, communication, and self-regulation*. New-York, NY: Norton.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.

Parker, E., Koscinski, C. (2016). *The Weighted Blanket Guide*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Peacock F., Holliday C. (2021). *Relational and Developmental Trauma and Schools.* S. C. Faircloth (Ed.). Ocak 11, 2022 tarihinde Oxford Bibliographies Online: https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756810/obo-9780199756810-0270.xml adresinden alındı.

Perls, F. (1942). *Ego, hunger and aggression*. Durban, South Africa: Knox Publishing.

Plotsky, P. M. Ve Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF), mRNA, median eminence CRF content, and stress induced release in adult rats . *Brain Research and Molecular Brain Research, 18,* 195- 200.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* New York; Londra: Norton.

Schacter, D. L., Gilbert, D. T., Wegner, D.M. (2011). *Psychology* (2. baskı). New York, NY: Worth Publishers.

Siegel, D. J., ve Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out: How a deeper self understanding can help you raise children who thrive*. New York: Tarcher/Putnam.

Siegel, D. (2018). *Zihnin Gelişimi: İlişkiler ve Beyin Arasındaki Etkileşim Bizi Nasıl Yapar?* (2. baskı) (G. Güzel, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları. Orjinal Çalışma Basım Tarihi 2012).

Siegel, D. (2021). *Beynin Bilinçli Farkındalığı: Sağlık ve Mutluluk İçin Derin Düşünce ve Uyumlanma* (1.Baskı) (M. Benveniste, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları. (Orjinal Çalışma Basım Tarihi 2007).

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

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22(1-2), 201–269. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9

Schore A.N. (2002). Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(1): 9-30.

Schore, A. N. (2013). *Duygulanımın Düzenlenmesi ve Kendiliğin Kökeni: Duygusal Gelişimin Nörobiyolojisi* (1. Baskı). (N. Batan, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1994).

Schwartz, A., Maiberger, B. (2018). *EMDR Therapy and Somatic Psychology*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Schwartz, A. (2021). *The Complex PTSD Treatment Manual: An Integrative, Mind-Body Approach to Trauma Recovery.* Wisconsin*:* PESI Publishing, Inc.

Simha-Alpern, A. (2007). "I have finally have words!" integrating a psychodynamic psychotherapeutic approach with principles of emotional intelligence training in treating trauma survivors *Journal of Psychotherapy Integration, 17*(4), 293-313.

Sgoifo, A., Koolhaas, J., De Boer, S., Musso, E., Stilli, D., Buwalda, B. ve Meerlo, P. (1999). Social stress, autonomic neural activation, and cardiac activity in rats. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *23*, 915–923.

Shapiro, F. & Solomon, R. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy. *Corsini Encyclopedia of Psychology* içinde. (ed. Weiner & W. Craighead) New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. (3.edisyon). New York; Londra: Guilford Press.

Smith, J. (2020). *Psikoterapinin Ortak Altyapısı.* (1. Baskı). (Psikoterapi Enstitüsü Çeviri Ekibi, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2020).

Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder the GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 166 1092–1097. 10.1001/archinte.166.10.1092

Staples JK, Abdel Atti JA, Gordon JS. (2011). Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*. *18*(3), 246–262.

Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation, 6*(3), 11–53.

Stern, D. N. (1985). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York, NY: Basic Books.

Streeter CC, Gerbarg PL, Saper RB, Ciraulo DA, Brown RP. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Med Hypotheses*. *78*(5), 571-9.

Tashakkori, A., Teddlie, C. (Eds). (2003). Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tedeschi, R. G. ve Moore, B. A. (2021). Posttraumatic Growth as an Integrative Therapeutic Philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration. 31*(2), 180-194. https://doi.org/10.1037/int0000250.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Sheu, Y.S., Polcari, A., McGreenery, C.E. (2011). Hurtful words: association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *American Journal of Psychiatry*. *167*(12), 1464-1471. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10010030.

Tucker-Ladd, C.E. (2009). *Psychological Self-Help.* Ocak, 2022 tarihinde www.psychologicalselfhelp.org adresinden alındı.

Van der Hart, O., Brown, P., van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress. 4*(2), 379-395.

Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. İçinde F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (s.57–83). Washington: American Psychological Association.

Yılmaz B. (2007). Traumatic stress in help relief workers. *Klinik Psikiyatri Dergisi. 10*(3), 137- 47.

Warner, E., and Koomar, J. (2009). *Arousal Regulation in Traumatised Children: Sensorimotor Interventions*. International Trauma Conference, Boston

Watson, J. (2021). Duygu Odaklı Terapide Terapötik İlişkinin Rolü. L. Greenberg ve R. N. Goldman (Ed.), *Duygu Odaklı Terapi Klinik El Kitabı.* (1. Baskı) içinde (s. 182-212). (M.F. Ateş, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2019).

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). 2020'de www.ptsd.va.gov adresinden alındı.

Westen, D., Morrison, K. (2001). A Multidimensional Meta-Analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *6*(69).875-899.

Whitfield, C.L. (2010). *Boundaries and relationships: Knowing, protecting, and enjoying the self*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Wilkinson, M. (2006). Coming into mind: The mind–brain relationship. London/New York, NY: Routledge.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Woolfolk, R.L., Allen, L.A. ve Tiu, J.E (2007). New directions in the treatment of somatization. *Psychiatr Clin North Am*., *30*(4), 621-44.

Zaghrout-Hodali, M., Alissa, F. ve Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(2), 106-113.