FİBROMİYALJİ SENDROMU TANISI ALMIŞ KADINLARIN TEDAVİSİNDE BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TEDAVİ MODELİNİN (RITTM) KARMA YÖNTEM İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu GÖKTAŞ
191195101

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Beden Psikoterapisi Sertifikalı / Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. H. Özden BADEMCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2023

FİBROMİYALJİ SENDROMU TANISI ALMIŞ KADINLARIN TEDAVİSİNDE BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TEDAVİ MODELİNİN (RITTM) KARMA YÖNTEM İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu GÖKTAŞ
191195101
ORCID: 0000-0002-5317-0121

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Beden Psikoterapisi Sertifikalı / Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. H. Özden BADEMCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2023



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 6698 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 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Aklımdaki fikirleri gerçekliğe kavuşturmamda beni destekleyen ve cesaretlendiren, tez sürecimde tezime dair yeni fikirler veren, yüksek lisans eğitimi süresince aldığımız eğitimi en iyi şekilde alabilmemiz için elinden geleni yapan tez danışmanım Doç. Dr. Özden Bademci hocama,

RITTM modelini bize tanıtmış, öğretmiş ve modeli en iyi şekilde uygulayabilmemiz için yarım yıllık bir süreçte süpervizyon desteği sağlayan ve RITTM'e dair sorularıma en hızlı şekilde dönüş sağlayan Dr. Karol Darsa hocama,

Bu süreçte beni hastalarıyla tanıştırmış, arada bir köprü olan ve hastalarla irtibat sağlanmasında destek sağlamış ve alana dair bir sorum olduğu zaman daima destek vermiş olan Prof. Dr. Evrim Karadağ Saygı'ya,

Tez sürecimde fikir alışverişi için bana zaman ayıran ve fibromiyaljiye dair derinlemesine bilgileri ile bana destek olmuş olan Öğr. Gör. Ayça Evkaya Acar'a,

Tez sürecimde aklımda oluşan sorular noktasında, destek ihtiyacımın olduğu zamanlarda her zaman ulaşılabilir olan Klinik Psikolog Can Hasateş'e,

Tez sürecimin her aşamasında yanımda olan ve bu yolda her zaman desteğini hissettiğim Klinik Psikolog Bensu Akbulut'a ve Klinik Psikolog Canan Cennet Kaya'ya,

Koşulsuzluk ile beni kapsayan, rahatlatan ve destekleyen canım annem ve babama,

Tez sürecimde sabırla beni destekleyen ve bana olan inancını sonuna kadar hissettiren nişanlım Adil Onur Parlak'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum…

Burcu GÖKTAŞ

Şubat, 2023

ÖZET

FİBROMİYALJİ SENDROMU TANISI ALMIŞ KADINLARIN TEDAVİSİNDE BÜTÜNLEYİCİ TRAVMA TERAPİ MODELİNİN (RITTM) KARMA YÖNTEM İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu Göktaş
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Beden Psikoterapisi Sertifikalı / Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. H. Özden Bademci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2023

Dr. Karol Darsa'nın geliştirmiş olduğu Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM); Gestalt Terapi, EMDR, Somatik Deneyimleme, Göz Noktası, Sensorimotor Psikoterapi modellerinin entegrasyonu ile oluşturulmuş bir modeldir. Fibromiyalji Sendromu (FMS), psikosomatik bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma, karma desen yöntemi ile RITTM desteği almış FMS katılımcılarının deneyimlerini değerlendirmektedir. Bu araştırmada, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümüne başvurmuş ve FMS tanısı almış 4 kadın RITTM ile desteklenmiştir.

Araştırmalarda, FMS'nin; depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların, RITTM deneyimleri değerlendirilirken, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu değerleri, müdahale öncesi ve sonrasında uygulanan; Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) ile ölçülmüştür. Ölçeklerden elde edilen veriler, Wilcoxon işaretli sıralar testi ile analiz edilmiştir. Müdahale sonrası gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerden elde edilen nitel veriler, fenomenolojik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Katılımcılara RITTM, 60 dakikalık ardışık seanslar ile 10 hafta boyunca uygulanmıştır. 4 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin analizleri sonucunda; "Ayrışmadan Bütünleşmeye, hayır diyebilmek ve bedensel ağrıların şiddetinde azalma: 'artık'" ana temalarına ve bu

temalara ait alt temalara ulaşılmıştır. Katılımcıların duygularını keşfettikçe ağrılarını yönetebildikleri, ağrı deneyimlerine dair farkındalıklarının arttığı ve bedenleriyle bağlantı kurabilmeye başladıkları görülmüştür. Müdahale öncesinde, esnasında ve sonrasında uygulanan VAS ölçeği aracılığı ile toplanan veriler, katılımcının deneyimlediği ağrının düşüş gösterdiğini nicel olarak göstermiştir. Nitel bulgularda bulunan katılımcı ifadelerinde de ağrı üzerinde deneyimlenen düşüş ifade edilmiştir. Müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçeklerden elde edilen nicel bulgular, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeylerinin RITTM müdahalesi ile birlikte düşüş gösterdiğini fakat bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olmadığını göstermektedir. Nitel ve nicel analizler sonucunda, FMS hastalarının travmatik deneyimlerinin, beden ağrıları ile ilişkili olabileceğine dair bulgular elde edilmiştir. Bulgular dikkate alınarak, FMS tedavi sürecine bütünleyici olan ve bedeni merkeze alan RITTM modelinin entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: fibromiyalji sendromu (FMS), travma, kadın, tedavi, RITTM

ABSTRACT

A MİXED METHOD RESEARCH ON THE IMPLICATION OF RECONNECT INTEGRATIVE TRAUMA TREATMENT MODEL (RITTM) WITH WOMEN WHO ARE DIAGNOSED WITH FIBROMYALGIA

Burcu Göktaş
Master Thesis
Department of Psychology
Clinicl Psychology Programme With Thesis/Body Psychotherapy Certificate
Thesis Advisor: Associate Professor H. Özden Bademci
Maltepe University Graduate School, 2023

RITTM is a trauma therapy model, which is developed by Dr. Karol Darsa. RITTM model consists of; Gestalt Therapy, EMDR, Somatic Experiencing, Brainspotting, and Sensorymotor Psychotherapy.Fibromyalgia Syndrome (FMS), is considered as a psychosomatic disorder. It has been shown by scientific studies that FMS is linked with depression, anxiety and PTSD.

The research evaluates the experiences of FMS participants who received RITTM support with the mixed design method.

In this study, 10 sessions of RITTM therapeutic intervention were conducted with 4 women particiant who applied to the Physical Medicine and Rehabilitation Department of Marmara University Training and Research Hospital and were diagnosed with FMS. The changes in depression, anxiety and post-traumatic stress disorder levels of the participants before and after the intervention; Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, and Post Traumatic Stress Disorder Checklist (PLC-C) scales were used. The data obtained from the scales were analyzed with the Wilcoxon signed-rank test. Qualitative data obtained from in-depth interviews after the intervention were analyzed with thematic and phenomenological analysis methods. RITTM was applied to the prticipants in 60 minute consecuitve sessions, once a week, over a period of 10 weeks. As a result of the analysis; The mainn themes of “From Segregation to Integration, Being Able to Say No and Reducing the Severity of Bodily Pain: Now’” and sub-themesbelonging to these themes were reached. As a result of the anlysis; It was ssen that

as the participant got to discover their emotions, they were able to manage their pain, their awareness of their pain experiences increased, and they began to experience the positive aspectes of being in touch with their bodies. The data collected through the Vas scale applied before, during and after the intervention quantitatively showed that the pain experienced by the participant decreased. This decrease was also observed in participant statements in qualitative findings. Qualitative findings obtained from the scales administered before and after the intervention show that the levels of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression decreased with the RITMM intervention, but this decrease was not statistically significant. As a result of qualitative and quantitative analyzes, findings were obtained that that the traumtic experiences of FMS patients may be associated with body pain. Considering the findings, it is recommended to integrate the RITTM model, which is integral to the FMS treatment process and centered on the body.

Keywords: fibromyalgia syndrome (FMS), trauma, woman, treatment, RITTM

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiv
KISALTMALAR xv
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 1
1.3 Önem 2
1.4 Varsayımlar 3
1.5 Sınırlıklar 3
1.6 Tanımlar 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1 Fibromiyalji 5
2.1.1 Fibromiyalji oluşumunda depresyon, anksiyete ve travmanın rolü 6
2.1.2 Fibromiyaljide tedavi yaklaşımları 6
2.2 Fizyolojik Ağrılar ve Psikolojik Etmenleri 8
2.2.1 Fibromiyalji ve psikosomatik yaklaşım 9
2.2.1.1 Bedenselleştirme 9

2.3 Fibromiyalji ve Travma 10
2.3.1 Travma 10
2.3.2 Travma deneyimi 11
2.4 Travma ve Beden 12
2.4.1 Beden hafızası 12
2.4.2 Zihin-beden bütünlüğü 13
2.4.3 Duyguların bedende kayıt oluşu 14
2.5 Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM) 15
2.5.1 RITTM'in aşamaları 15
2.5.1.1 Stabilizasyon evresi 17
2.5.1.1.1 Nefes egzersizi uygulamaları 18
2.5.1.1.2 Kelebek sarılması 18
2.5.1.1.3 Duygusal özgürleştirme tekniği (EFT) 18
2.5.1.1.4 İçsel ve dışsal kaynaklar 18
2.5.1.1.5 Bilinçli farkındalık 19
2.5.1.1.6 Voo/vaa sesi tekniği 19
2.5.1.1.7 Hareket etmek 19
2.5.1.1.8 Topraklama 20
2.5.1.2 Bellek işleme evresi 20
2.5.1.2.1 Göz hareketleri (EMDR) 20
2.5.1.2.2 Göz noktası (Brainspotting) 21
2.5.1.2.3 Somatik deneyimleme 21
2.5.1.2.4 Sensorimotor psikoterapi 22
2.5.1.3 Bütünleştirme evresi 22
3. YÖNTEM 23
3.1 Araştırma Modeli: Karma Desen 23
3.1.1 Nitel araştırma 24
3.1.2 Nicel araştırma 24
3.2 Evren ve Örneklem 25
3.3 Veriler ve Toplanması 27

3.3.1 Demografik bilgi formu ... 27
3.3.2 Beck anksiyete ölçeği (BAI: Beck anxiety inventory) ... 27
3.3.3 Beck depresyon envanteri ... 28
3.3.4 Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi (PLC-C) ... 28
3.3.5 Görsel ağrı skalası (VAS) ... 29
3.3.6 Müdahale sonrası soru listesi ... 29
3.3.7 Nitel verilerin analizi: Fenomenolojik analiz ... 31
3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması ... 32
3.5 Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Öz-Düşünümsellik ... 32
4. BULGULAR VE TARTIŞMA ... 35
4.1 Nitel Bulgular ... 35
4.1.1 Ayrışmadan bütünleşmeye ... 36
4.1.1.1 Öz-farkındalık ... 38
4.1.1.1.1 İhtiyaçlara gelen farkındalık ... 38
4.1.1.1.2 Kaynakların keşfi ... 39
4.1.1.1.3 Bedensel farkındalık ... 40
4.1.1.1.4 Zihin-beden bütünlüğü ... 41
4.1.1.2 Öz-düzenleme ... 42
4.1.1.2.1 Anda kalabilme ... 43
4.1.1.2.2 Duyguların işlenme (me) si ... 44
4.1.2 Hayır diyebilmek ... 45
4.1.2.1 Öz-değer ... 46
4.1.2.1.1 Özgüven ... 46
4.1.2.1.2 Öz-saygı ... 46
4.1.2.1.3 Öz-şefkat ... 47
4.1.2.1.3.1 Koşulsuz sevgi ... 48
4.1.2.1.3.2 Koşulsuz kabul ... 48
4.1.2.1.3.3 Öz bakım ... 49
4.1.3 Bedensel ağrıların şiddetinde azalma: ‘artık…’ ... 49
4.1.3.1 Kontrol hissi ... 50
4.1.3.2 Metaforik anlatım ... 51

4.2 Nicel Bulgular 52
4.3 Tartışma 54
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 60
KAYNAKLAR 61
EKLER 66
Ek-1: Etik Kurul Kararı 66
Ek-2: Derinlemesine Görüşme Soruları 67
Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği 69
Ek-4: Beck Depresyon Envanteri 70
Ek-5: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) 72
Ek-6: Demografik Bilgi Formu 73
ÖZGEÇMİŞ 74

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Karma Desen Araştırma Örneklemi 26

Tablo 2. Analizler Sonucu Ulaşılan Ana Temalar ve Alt Temaları 36

Tablo 3. Yordayan Değişken RITTM Müdahalesinin Öncesi ve Sonrası Ortalamaları 53

Tablo 4. Yordanan Değişken BD, BA ve TSS Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi Analizi Sonuçları 54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tolerans Penceresi 16

KISALTMALAR

FMS **:** Fibromiyalji Sendromu

RITTM® **:** Reconnect® Bütünleyici (İntegratif) Travma Tedavi Modeli

VAS **:** Görsel Analog Ölçeği

TSSB **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

EMDR **:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing Resource Development and Installation

1. GİRİŞ

1.1 Problem

FMS Türkiye'de daha çok Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon alanının ilgilenmekte olduğu bir rahatsızlıktır (Nazlıgül ve Bozo, 2017). Literatüre bakıldığı zaman, FMS'de multidisipliner yaklaşımın benimsenerek tedavi planında ilerlenmesi, hastanın bulgularında önemli derecede değişimler sağladığı görülmektedir ve hastaya terapi desteğinin multidispliner tedavi yaklaşımı içerisinde bulunması hastanın kapsanabilmesi bakımından oldukça kıymetlidir (Özkan, 2017). Araştırmacı, Türkiye'de FMS tanısı almış hastaların tedavi planını gözlemlediğinde daha çok medikal veya alternatif tıp müdahalelerine rastlamış olup hastanın zihinsel sürecinin bedensel sürecinden kopuk olabileceği ihtimalin fark etmiştir. Literatürde FMS hastaları ile yapılan araştırmalarda hastaların depresyon, anksiyete ve TSSB düzeylerinin FMS ile yüksek korelasyon gösterdiği görülmüştür. Bu noktada eklektik bir travma terapi modeli olan RITTM 'nin FMS tedavi sürecine eklenebilecek yeni bir terapi desteği olarak tanıtılması ve FMS' de etkinliğinin değerlendirilmesi hedefi ile bu araştırma oluşturulmuştur. RITTM'nin FMS tedavisinde uyulanmış olan diğer terapi modellerine göre daha kapsamlı ve bütüncül olduğu görülmektedir.

1.2 Amaç

RITTM, bütüncül bir yaklaşım ile bireyi kapsamayı hedefleyen, bireyin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeylerinde olumlu değişim sağlayabilen bir travma terapi modelidir. Bu araştırma, Dr. Karol Darsa tarafından geliştirilmiş olan Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli'nin (RITTM) FMS tanısı almış kadınlara terapi yöntemi olarak sunulmasının karma desen ile değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu amaçla, müdahale öncesinde ve sonrasında araştırmanın katılımcısı 4 kadına; Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) ölçekleri uygulanmıştır ve müdahale sonrasında derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. RITTM desteği almış katılımcıların deneyimleri değerlendirilirken, değişim göstermesi beklenen bulgular doğrultusunda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1) FMS tanısı almış 4 kadın katılımcının depresyon düzeylerinde, RITTM müdahalesi ardından düşüş görülmesi

2) FMS tanısı almış 4 kadın katılımcının anksiyete düzeylerinde, RITTM müdahalesi ardından düşüş görülmesi

3) FMS tanısı almış 4 kadın katılımcının travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) düzeylerinin, RITTM müdahalesi ardından düşüş görülmesi beklenmektedir.

1.3 Önem

FMS psikosomatik bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir (Nazlıgül ve Bozo, 2017). FMS'nin psikosomatik bir rahatsızlık olarak belirlenmiş oluşu, bu rahatsızlığın zihinsel ve bedensel süreçlerin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıktığı fikrini gündeme getirmektedir. FMS tanısı almış bir bireyin psikolojik süreçleri, deneyimledikleri ağrının şiddetinde ve seyrinde değişimlere sebep olan bir faktör olarak yerini almaktadır. FMS'nin etiyolojisine bakıldığı zaman pek çok sebep yer almaktadır fakat FMS'yi tamamen ortadan kaldırabilen bir tedavi planı henüz bulunmamaktadır ve bu alanda öne sürülen varsayımlara alan açmaktadır. FMS tedavisinde yalnızca medikal uygulamalar veya yalnızca fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları yetersiz kalabilmektedir (Nazlıkul, 2014).

Araştırma, FMS'nin oluşmasına ve tekerrür etmesine yol açan psikolojik etmenlerle çalışılırken sırf fizik tedavi uygulamaları veya farmakolojik destek dışında psikolojik desteğin de tedavi planında yer alması gerektiğini vurgulamaktadır. Öte yandan, hastaya sağlanan psikolojik desteğin hastanın yalnızca zihinsel sürecini değil bedensel sürecini de takip edebileceği bir şekilde organize edilmesi gerektiği araştırmanın tartışma konusu olarak gündeme getirmek istediği kısımdır. RITTM modeli eklektik bir model olmasıyla pek çok ekolün perspektifini ve uygulamalarını kapsamaktadır. Model, hastanın terapi sürecinde ağırlıklı olarak hastanın bedeni ile çalışır ve beden hafızasından yararlanır. Bu noktada RITTM diğer terapi ekollerine göre daha kapsamlı kalmakla birlikte bedenin daha fazla dahil olduğu bir süreci de beraberinde getirir.

FMS tedavi süreçleri araştırıldığı zaman, farmakolojik ve non-farmakolojik metotların kombinasyonlarının uygulandığı görülmektedir. FMS tedavisinde hastaya verilen

psikolojik destek, hastanın zihinsel süreçlerini çalışmaya yönelik bir yol izlemektedir. Bu noktada bireyi kapsayan ve bireyin zihnini ve bedenini bir bütün olarak değerlendiren bir modelin ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Araştırmada uygulanan model tam da bu ihtiyaca hizmet edebilmek üzere belirlenmiştir. Araştırmanın karma desen bir araştırma desenine sahip olması, bu araştırmayı FMS üzerine yapılan diğer araştırmalardan ayrıştırıcı bir yandır.

1.4 Varsayımlar

Araştırmada, RITTM desteği sağlanmış ve FMS tanısı almış 4 kadın katılımcının deneyimleri değerlendirilirken, RITTM desteği ile birlikte anksiyete, depreyon ve TSSB değerlerinde düşüş gerçekleşeceği ve buna bağlı olarak katılımcıların ağrı düzeylerinde düşüş deneyimleneceği öne sürülmektedir. Ayrıca, RITM müdahalesi ile birlikte katılımcıların FMS sebebiyle bedenlerinden uzaklaşmalarının yerini beden ile yeniden bağlantı ve bedenleri ile yakın temas sağlayabilmeleri beklenmektedir.

1.5 Sınırlıklar

Araştırmacının araştırmayı 4 katılımcı ile gerçekleştirmiş olması, örneklemin evrene genellenebilmesi açısından kısıtlılık getirmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler, FMS tanısı almış tüm kadınlara genellenemiyor oluşu ile yetersiz kalmaktadır. Bu çalışma, boylamsal çalışma olarak devam ettirip RITTM müdahalesinin sağladığı değişimlerin ileriki aylarda sürdürülebilirliği analiz edilebilir çünkü bu çalışmanın verileri katılımcının deneyimlediği depresyon, anksiyete, TSSB ve ağrı değerlerinin uzun vadede artış gösterip göstermeyeceğini göstermemektedir. Ayrıca, FMS tedavisinde halihazırda başvurulan terapi modelleri ile karşılaştırmalı bir çalışma oluşturulabilir. Çalışmanın pandemi koşullarında online olarak ilerletilmesi ve seansların online olarak gerçekleşmiş olması, müdahalede uygulanılan tekniklerin sanal ortamdaki verimliliği konusunda ayrı bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. RITTM uygulamasının bu alanda daha fazla uygulama örneklerine ve çalışmaların ihtiyaç vardır. Ayrıca, araştırmada FMS'ye dair ölçeklerin katılımcılara uygulanmamış olması, FMS değerlerindeki değişimin gözlenememesi ve araştırmanın diğer bulgular üzerinde sınırlı bilgi sunulmasın sebep olmuştur.

1.6 Tanımlar

Fibromiyalji Sendromu (FMS): Nedeni tam olarak bilinmeyen ve vücutta yaygın ağrı olarak karakterize olmuş kronik bir rahatsızlıktır.

Etiyoloji: Psikoloji veya biyoloji gibi birçok fenomenin nedenini açıklamak anlamında kullanılmakla birlikte tıpta bir hastalığın nedenini araştırmak ve ifade etmek üzere kullanılır.

RITTM: Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM), Dr. Karol Darsa tarafından geliştirilmiş olan, zihin-beden bağlantısını temel alan ve insanı bir bütün olarak ele alan bir terapi modelidir.

Multidisipliner yaklaşım: Bir problem veya tema ele alınırken tek bir perspektifte ilerlemek yerine çoklu perspektif ile çalışmak ve değerlendirmek.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Fibromiyalji

Fibromiyalji Sendromu (FMS), bireylerin işlevselliğini, günlük yaşantılarını ve psikososyal durumlarını etkileyen klinik ve evrensel bir rahatsızlıktır (Dernek ve ark., 2016; Güleç ve ark., 2007; Tütüncü, 2011). FMS, özellikle boyunda, omuzlarda, kalçalarda ve sırtta belirgin olmak üzere yaygın kas eklem ağrıları ile kendini belli eden, yorgunluk, sabah tutukluğu ile özgünleşmiş kronik ve kompleks bir kas-iskelet sistemi rahatsızlığıdır (Bair ve Krebs, 2020; Dernek ve ark., 2016; Kavakçı ve ark, 2010). Tanı kriterleri olarak, kronik yaygın ağrının olması, ağrıların en az üç ay boyunca devam ediyor olması ve belirlenmiş olan 18 spesifik hassas noktadan en az 11 tanesinde hassasiyet tespit edilmesi olarak tanımlanmıştır (Dernek ve ark., 2016). Her cinsiyette ve yaşta görülmesiyle birlikte, en sık 30-60 yaş aralığında görülmekte olup kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (Nazlıkul, 2014; Tütüncü, 2011). Kadınlarda FMS'ye daha fazla rastlanıyor olması farklı bir tartışma konusunu gündeme getirmektedir çünkü, bu boyutun hem toplumsal hem de biyolojik faktörleri gözlemlenmektedir. FMS, toplumun yaklaşık %2'sinde önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır (Nazlıkul, 2014). FMS kompleks semptomları kapsayan bir rahatsızlıktır. FMS'si olan bireylerde uyku bozuklukları, kas ağrıları, yoğun yorgunluk, baş ağrısı, belli vücut noktalarında yaygın ağrı, uykusuzluk, hafıza ve konsantrasyonda sorunlar görülmektedir (Kavakçı ve ark., 2010). Birey tarafından hissedilen yoğun ağrılar, bireyde aşırı yorgunluğa da yol açmaktadır (Bair ve Krebs, 2020; Kavakçı ve ark., 2010).

FMS'nin etiyolojisi geçmişten bugüne farklı sebeplere dayandırılmış olup bu rahatsızlığın ortaya çıkışı üzerine pek çok varsayım yapılmıştır ve halen yapılmaktadır. FMS'nin tam olarak neyden kaynaklandığı ve ne şekilde ortaya çıktığı gizemini korumaktadır ve bu alana dair araştırmalara daha geniş bir alan sunmaktadır. FMS, ilk etapta romatolojik bir hastalık olarak görülmüş ancak sonradan psikosomatik bir hastalık olarak kabul görmüştür (Güleç, Sayar ve Yazıcı, 2007). FMS her ne kadar ağrı hastalığı olarak kategorize edilse de alt dinamiğinde ağrıdan daha fazlası barınmaktadır. Kimi araştırmacı, bedensel yakınmaların somut bir sebebe dayanmayışı sebebi ile rahatsızlığın

varlığını şüpheci bir yaklaşım ile sorgularken, kimi araştırmacı ağrının varlığını kabul ederek hastayı desteklemeye çalışmaktadır.

2.1.1 Fibromiyalji oluşumunda depresyon, anksiyete ve travmanın rolü

Literatürde yer alan kimi araştırmalarda, FMS, depresyon, anksiyete ve travma ile yüksek korelasyon göstermektedir (Tütüncü, 2011; Kavakçı ve ark., 2010). Depresyon bulgusu, FMS öncesinde veya FMS tanısı akabinde ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Raphael ve ark., 2004; Tütüncü, 2011). FMS'de etken olarak düşünülen psikolojik faktörlerden bazıları bastırılmış öfke, çocukluk döneminde ihmal edilmişlik, depresyon ve anksiyetedir (Tütüncü, 2011). Çocukluk döneminde deneyimlenmiş ihmal, çocukluk çağı travmasına dahil olarak literatürde yer almaktadır. Genetik etmenlerin, karakter yapısının ve fizyolojik yatkınlıkların da FMS'nin oluşumunda payı olduğu öne sürülmektedir (Nazlıkul, 2014). Kaygı, stres ve depresyonun FMS'ye neden olabileceği gözlemlenmiştir. (Kavakçı ve ark., 2010; Nazlıkul, 2014). Mikkelsson ve arkadaşları (1997), 1756 öğrenci ile gerçekleştirdikleri çalışmada depresif belirtiler ile FMS arasında yüksek oranda korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır. Başka bir çalışmada, FMS tanısı almış 36 hasta ve kontrol grubu ile çalışılmıştır ve hasta grubunun depresyon skorları kontrol grubuna göre daha yüksek seyretmiştir (Kaya, Erden, Kayar, ve Kıralp, 2010). Bir başka çalışmada, romatoid artritli ve FMS'li hastalar ile çalışılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların ağrı şiddetleri ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Ataoğlu ve diğerleri, 2002). Raphael ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada TSSB ve FMS arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu gözlemlemişlerdir (2004).

2.1.2 Fibromiyaljide tedavi yaklaşımları

Birçok çalışmada, bireyin beden farkındalığının artmasının hem ağrı konusunda pozitif sonuçlar verdiği, hem de yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği gözlemlenmiştir (Erden ve ark, 2013; Herman, 2007). Nazlıgül ve Bozo, hastanın hem psikolojik hem sosyoçevresel hem de biyolojik etmenlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamışlardır (2017). FMS'de uygulanan tedavi planlarına bakıldığı zaman, FMS'de multidisipliner tedavi yaklaşımı çatısı altında farmakolojik tedavi çeşitleri, non farmakolojik tedavi çeşitleri ve tamamlayıcı tıp yaklaşımı çeşitleri yer almaktadır (Nazlıkul, 2014). Farmakolojik tedaviler arasında; analjezikler, miyorelaksanlar,

antidepresanlar, antikonvülzanlar ve diğer ilaçlar bulunmaktadır. Non-farmakolojik yani farmakolojik olmayan tedaviler arasında; fizik tedavi modaliteleri, masaj, hidroterapi, egzersiz, akupunktur, eğitim ve bilişsel davranışçı terapi yer almaktadır (Sindel, Saral ve Esmaeilzadeh, 2012). Bahsedilen müdahaleler kimi zaman hastaya göre kombine edilerek uygulanırken kimi zaman tek bir tedavi yaklaşımı ile de ilerlenmektedir. Müdahaleler çeşitlenmekle birlikte henüz hangi tedavinin bir diğerine kıyasla daha verimli olduğu netleşmemiştir ve bunun üzerine bir standardizasyon yapılmamıştır. Bunun sebebi ise, tedavi yönteminin kişiden kişiye farklı verimlilik oranı göstermesidir (Dernek ve ark., 2016). Dernek ve arkadaşları, bu tedavi yöntemlerinin öncesinde birincil olarak hastanın stres ile baş etmeyi öğrenmesine yönelik bir yol izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (2016). FMS' de multidisipliner yaklaşımın tedavi planında uygulanması, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerden kombinasyonlu bir şekilde yararlanıldığını ifade etmektedir. FMS rahatsızlığı olan kişi desteklenirken multidisipliner yaklaşım ile ilerlenmesi, tedavi sürecinde daha verimli ve daha hızlı sonuçlar elde edildiğini göstermektedir (Bair ve Krebs, 2020; Özkan, 2017). Farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler, FMS tedavisinde multidisipliner yaklaşımın yapıtaşlarını oluşturmaktadır (Bair ve Krebs, 2020; Özkan, 2017).

Kronik ağrısı olan bireylerin tedavi sürecinde, farmakolojik desteğin psikolojik destek ile paralel ilerlemesinin, kayda değer anlamda olumlu gelişmelere sonuç vermiştir (Tütüncü, 2011). Farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerin yanı sıra birincil olarak hastanın stres ile baş etmeyi öğrenmesine yönelik bir yol izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Dernek ve ark., 2016; Nazlıkul, 2014). Kronik ağrı tedavisinde uygulanan yöntemler arasında, diyafram solunumunun öğretilmesi, otojenik gevşeme, aşamalı kas gevşetme, resim hayal etme ve düşünceyle gevşeme gibi egzersizler yer almaktadır (Tütüncü, 2011). Bu ve benzer egzersizler, stres ile baş etme yetisinin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Kavakçı ve arkadaşları (2012), 22-41 yaş aralığında olan FMS tanısı almış 6 kadın ve 1 erkek ile çalışmışlardır. Çalışmalarında FMS tanısı almış 6 kişiye 8 seans EMDR uygulanmıştır. EMDR'nin, travma sonrası stres bozukluğunda ve deneyimlenen kronik ağrılarda efektif olduğu gözlemlenmektedir. Uyguladıkları müdahalede FMS tanısı almış kişilerin travmaları üzerine çalışarak ağrı düzeylerini azaltmayı hedeflemişlerdir

(Kavakçı ve ark., 2012). Araştırmalarında müdahale öncesinde ve sonrasında vizüel ağrı skalası (VAS) ölçeği ile katılımcıların ağrı düzeyleri kaydedilmiştir. Müdahale öncesinde ve sonrasında uygulamış oldukları ölçekler; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Fibromiyalji Etki Anketi (FEA). Araştırmalarının sonucunda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur ve FMS üzerinde EMDR'nin etkili olduğu gözlemlenmiştir (Kavakçı ve ark, 2012).

2.2 Fizyolojik Ağrılar ve Psikolojik Etmenleri

Tıbbi olarak hiçbir yorumlama yapılamayan fizyolojik şikayetlerin psikolojik etmenleri son yıllarda hekimlerin oldukça eğilim gösterdiği ve gözettiği bir etmen olarak yerini aldı (Nazlıkul, 2014) Medikal olarak herhangi bir sebebe dayanmayan fiziksel şikayetler geçmişten günümüze güncelliğini korumaktadır ve bu konu üzerine birçok tedavi modeli geliştirilmiştir. Fizyolojik ve zihinsel süreçlerin senkron şekilde ele alınması gerektiği görüşü yıllar içerisinde artarak yayılmaya devam etmektedir (Nazlıkul, 2014; Tütüncü, 2011; Dernek ve ark, 2016).

Psikanalitik bakış açısına göre, ağrının kökeni bilinçdışı süreçlere ve bilinçdışı çatışmalara dayanmaktadır (Freud, Kapkın, ve Breuer, 2001). Kronik ağrıya birçok psikolojik etmenin sebep olduğu ve disiplinlerarası bir yaklaşım ile müdahale uygulanması gerektiği pek çok klinik müdahalede görülmektedir (Tütüncü, 2011; Nazlıkul, 2014; Engel, 1977; Herman, 2007). Literatüre bakıldığı zaman, tıbba dayanmayan ağrılar genellikle fizyolojik teorilerle yorumlanmaya çalışılmıştır ama yıllar içerisinde psikolojik etmenler bu alanda çok önemli bir yer kazanmıştır. Melzack ve Wall'un (1965) araştırmalarında, kronik ağrının bilişsel, duygusal, psikolojik ve fizyolojik yanlarının ele alınmasının önemli olduğunu çok güçlü bir şekilde kanıtlamaktadır. Bu araştırmalardan bir tanesi Özgüllük (Specificity) Teorisi'dir (Melzack ve Wall, 1965). Bu teori, ağrı reseptörlerinden gelenin beyne iletilmesinde psikolojik etmenlerin rolü olduğunu söyler, yani ağrının ortaya çıkışında fizyolojinin yanında psikolojik durumun da önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır (Melzack ve Wall, 1965).

2.2.1 Fibromiyalji ve psikosomatik yaklaşım

Geçmişten günümüze, sebebi psikolojik olan ama fiziksel olarak kendini var eden rahatsızlıklar mevcuttur. İçinde yaşamakta olduğumuz çağda, psikosomatik yaklaşıma eğilim artmakta olup, hastanın etiyolojisi incelenirken yalnızca fiziksel olarak değil ruhsal olarak da ele alınmaktadır. Psikosomatik yaklaşım bireyin zihinsel süreçlerinin soma (beden) üzerinde etkilerinin fiziksel süreçlerine yansıdığı görüşü ile bireyi görmektedir. Zihnin ile beden arasındaki çift yönlü etkileşim ve zihin-beden bütünlüğü yadsınamaz bir gerçek olarak pek çok ekole ve tedavi modeline yön vermiştir ve vermeye de devam etmektedir (Totton, 2008; Herman, 2007). Psikanalist George Engel'in tıbba dayanmayan ağrılar üzerine yapmış olduğu incelemeler sonucunda, ağrının sadece tıbbi ya da sadece psikolojik bir sonucunun olmadığı, ağrının hem psikolojik hem biyolojik hem de sosyal faktörlerinin ele alınması gerektiğini ve bu bağlamda müdahaleler esnasında, 'biyopsikososyal' bir modelin izlenmesinin gerektiğinin önemini vurgulamıştır (Engel, 1977).

Travmanın etkilerinin yalnızca psikolojik olmakla kalmayıp bedensel olarak da bireye kendisini hissettirdiği yadsınamaz bir gerçektir (Kavakçı ve ark., 2010; Nazlıkul, 2014; Tütüncü, 2011). Fizyolojik belirtileri ağır basan fibromiyaljinin de en temel sebebi bireyin yaşamış olduğu travmalardır (Gard, 2005). Bu noktada 'beden hafızası/somatik hafıza' kavramı, bahsedilmeye çalışılan bağlantıyı daha derinlemesine açıklamaktadır.

2.2.1.1 Bedenselleştirme

Psikososyal stresin ve psikolojik durumların bedensel bulgularla belirtilmesi süregelen bir konudur. Bedenselleştirme, duyguların sözel ifadede yer almayıp bedene yansıyarak ortaya çıkarılması olarak tanımlanmaktadır (Spinhoven ve van der Does, 1997). Olumsuz duyguların dışa vurumu farklı kültürlerde kabul edilmeyen bir yerde olmakla birlikte, deneyimlenen olumsuz duygular vücut organlarına atıfta bulunularak ve bedenselleştirilerek ifade edilmektedir. Her kültür birbirinden farklı koşullara ve yaşayış biçimine sahiptir. Bu farklılıklar kültürlerin kendilerine özgü söyleyişlerini ve ifadelerini getirmektedir. Psikolojik sıkıntıların ifade edilişinin vücut organları üzerinden bedenselleştirilerek ifade edilmesi, bir yandan dilegelemeyen duygunun bedende hapsolduğunu ve beden hafızasında yer edindiğini düşündürebilmektedir (Aydın, Selvi

ve Güzel Özdemir, 2013). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun bedenselleştirme ile birlikte görüldüğü gözlemlenmektedir (Ford, 1986). Depresyon ve anksiyete yaşayan biri, bedensel belirtilerini bilişsel olarak daha yoğun ve uyarıcı şekilde deneyimleyebilmekte ve değerlendirebilmektedir (Ford, 1986). Aydın ve arkadaşları, duygusunu ifade etmekte güçlük çeken ve ifade edemeyen bireylerin bedenselleştirme düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (2013).

2.3 Fibromiyalji ve Travma

FMS tanısı almış kişiler ile çalışılırken kişinin psikolojik travması ve TSSB değerlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bunun bilinmesine karşılık, son yıllarda FMS tedavisinde travma odaklı tedaviler ile ilerlendiği görülmemektedir (Kavakçı ve ark, 2012).

Raphael ve arkadaşları çalışmalarında, fibromiyalji ile travma ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki güçlü ilişkiye dikkat çekmişlerdir (2004). Sherman ve arkadaşları fibromiyalji tanısı almış olan ve takip edilen 93 hastanın 52'sinde TSSB benzeri belirtiler saptamışlardır (2000). FMS üzerine araştırma yapan pek çok araştırmacı travma ve fibromiyalji arasında oldukça yüksek korelasyonlu bir ilişki olduğunu ve fibromiyaljide travmanın göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir (Amital, ve ark., 2006; Aaron ve ark., 1997; Gupta ve ark, 2007). Araştırmalar, travmaların FMS oluşumu üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu, fakat bazı müdahalelerde travmadan ziyade yalnızca bedensel semptomların giderilmeye çalışıldığı veya tam tersi olarak yalnızca travma üzerine odaklanıldığı görülmektedir (Kavakçı ve ark., 2010; Tütüncü, 2011). Bu noktada, bir yandan travma üzerine çalışmak, bir yandan da bedensel şikayetlerin azalmasına yardımcı olan ve nihayetinde zihni ve bedeni yeniden bağlantılı hale getirmeye yardımcı olan bir model ve müdahale yöntemi ile ilerlenme ihtiyacı doğmaktadır (Darsa, 2020; Kavakçı ve ark, 2010; Tütüncü, 2011).

2.3.1 Travma

"Travma" kelimesi, duygusal olarak kişiye üzüntü ve acı veren, kişiyi güçsüz bırakan durum ve deneyimleri ve kişinin baş etme becerilerini olumsuz etkileyen durumları tanımlamak için kullanılmaktadır (Darsa, 2020). Travmayı stresten ayıran ise, devam etme süresi, yaşanılan deneyimin yoğunluğu ve sakinleşmek için gereken süredir (Darsa,

2020). Travmatik deneyimler her zaman stres barındırır ama stresli deneyimler her zaman içerisinde travma barındırmaz. Stresi deneyimleyen kişi, kendi hayatı üzerinde belli bir seviyede kontrol hissini koruyabilirken travma deneyimleyen birisinin kontrol hissini deneyimleyebilmesi daha zordur (Herman, 2007).

Travma kelimesi, travma çeşitlerinin çatısı niteliğindedir (Darsa, 2020). Travmanın genel kapsamda 6 farklı türü vardır; ilişki travması, fiziksel travma, doğal afetler, askerlik hizmetleri, medikal travma ve şiddet eylemleri. Şiddet eylemleri; saldırı, suç tecavüz, hırsızlık veya bu olaylara tanıklık etmeyi deneyimlemeyi, askerlik hizmetleri; askeri görev esnasında travmatik olaylar deneyimlemeyi, fiziksel travma; yaralanma, düşme, araba kazası ve diğer ekstrem olayları deneyimlemeyi, medikal travma; tıbbi olarak yeni teşhis almak ya da uzun süren, hayata etkisi olan bir hastalık deneyimlemeyi, ilişki travması; duygusal, cinsel ya da sözel istismar olarak kendini belli eden ve sevilen birisinin kaybını, doğal afetler travması ise bireyin kontrolünde olmayan deprem, sel, kasırga gibi ekstrem olayları deneyimlemesini kapsamaktadır (Zara ve ark., 2011). Travma deyeimi üzerine çalışlırken; Şefkat Odaklı Terapi (Gilbert, 2010), Diyalektik Davranışçı Terapi (Miller ve ark., 2007), Sensorimotor Psikoterapi (Ogden ve Fisher, 2014), Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma Yeniden İşlemleme Terapisi (EMDR) gibi yaklaşımlardan yararlanılmaktadır.

2.3.2 Travma deneyimi

Travmanın belirtileri, travmanın çeşidine ve bireysel farklılıklara göre değişkenlik gösterebilir (Zara ve ark., 2011). Travma çeşitlerinden yola çıkılacak olursa çaresizlik hissi, depresyon, günlük işlevin bozulması, konsantrasyon güçlüğü, aşırı tetikte olma ve aşırı uyarılma hali, panik ve anksiyete hali, istenmeyen düşünceler, hızlı kalp atışları ve kişinin kendisinden kopuk hissetmesi başlıca travma sonrası belirtiler arasında yer almaktadır. Kişinin kendisini kopuk hissetmesi, kişinin kendi zihninden, kalbinden, sevdiklerinden ve bedeninden kopuş olarak tanımlanabilir (Darsa, 2020).

Travmatik bir olay sonrasında, beyin vücuda tehdit sinyalleri iletmektedir. Beyin, savaşma, kaçma veya donma reaksiyonunu sinir sisteminde uyandırmaktadır. Koruyucu reaksiyonlar (yüksek kalp atışı, soluk deri, soğuk ter, vb.) sonradan güçsüzlüğe sebep olan ızdırap verici semptomlar olarak evrilmektedir (Schore, 2002). Objeler, sesler, renkler,

hareketler gibi uyaranlar başta önemsiz nötr bir uyaranken, klasik koşullanma yoluyla travmatik olayla eşleşmekte ve aşırı uyarılmaya sebep olmaktadır (Van der Kolk, 2015). Sonucunda da bu uyaranlar dışsal bir tehdit olmakta ve içsel olarak tehlike gibi deneyimlenmektedir. Travmayı yaşayan kişi öyle bir döngünün içindedir ki, ilk olarak hayatını kurtarmak için yaptığı bir hareket bir bozukluk olarak kendini devam ettirmektedir (Darsa, 2020). Bu döngüyü kırabilmek, travma deneyimi sonrası (TSSB) tedavi süreci için önemli bir adımdır (Darsa, 2020). Geçmiş dökümanlarda, TSSB, rahatsız edici beden hisleri ve kaçınılan davranışlarla yüksek derecede bağlantılı bulunmuştur. TSSB tedavi sürecinde hislere ve haraketlere dikkat vermek travma tedavi stratejisi olarak yarar sağlayabilmektedir (Frazier ve ark., 2019).

2.4 Travma ve Beden

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı olan kişilere tedavi planı uygulanırken, bedeni bir kaynak olarak kullanmak tedavi için önemli bir nokta olarak literatürde vurgulanmaktadır (Totton, 2008; Rothschild, 2017). Danışanın kendi bedenini fark ediyor olması ve dışsal veya içsel uyaranlardan dolayı deneyimlenen hislerin farkındalığı, tedavi sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (Van der Kolk, 2015). Şuanki duyusal uyaranlar hakkında bilinçlilik, şimdi ve buradada olmak için birincil bir bağlantıdır ve duygulara direkt bir bağlantı sağlar (Rothschild, 2017). Terapide beden farkındalığı ile ilerlendiği zaman, danışanın anda kalma deneyiminin desteklenmesi, fazla uyarımın dindirilmesine yardımcı olur ve ölçüm yapılabilmeside yardımcı olur. Bedensel farkındalık, somatik hafızayı yorumlama yolundaki ilk adımdır (Rothschild, 2017).

2.4.1 Beden hafızası

Beden hafızası, bedenin geçmişte yaşadıklarını hatırlamasındaki nörolojik etken olarak açıklanmaktadır (Rothschild, 2017). Sinir sisteminde bulunan duyusal, otonomik ve somatik ağlar TSSB ve TSSB ile bağlantılı kondisyonlarla yakından alakalıdır (Rothschild, 2017). Duyusal sistem, hafızayı oluşturan sistemdir. Hafıza, duyusal veri ile başlar ve bir insanın dünyayı algılamasını sağlamaktadır. Duyusal organizasyon eksteroseptif ve interoseptif olmak üzere ikiye ayrılır (Rothscild, 2017). Eksteroseptif sistem, bedenin dış dünyasını duyularıyla (tatmak, koklamak, duymak, dokunmak, görmek) tanımasına yardımcı olur ve dış dünyadaki büyük veya küçük değişimlere yanıt

verir. İnteroseptif sistem bedenin içindeki uyarıcılarla ilgilenir ve kendi içerisinde ikiye ayrılır; iç algı (proprioception) ve vestibüler duyu (Rothscild, 2017). İç algı, kişinin bedeninin her bir bölümünü boşlukta konumlandırabilmesini sağlar (kinestetik duyu) ve kişiye kalp atışı, vücut ısısı, solunum gibi geri bildirimleri sağlar.

Vestibüler duyu bedenin dengeli postürünün sürdürülmesini ve yerçekimi ile rahat bir ilişki kurabilmesini sağlar. Deneyimlerden edindiğimiz ilk etki bizim duyularımızdan gelir (hem interoseptif hem de eksteroseptif). Bu etkiler sözcüklerden ziyade somatik duygular olarak bedene kodlanır. Örtük hafızada saklanan anılar bazen benzer bir duyusal girdi tekrarlayınca ortaya çıkabiliyor ve bu duruma bağlı hatırlama olarak adlandırılıyor. Duruma bağlı hatırlama, bir şarkı, tat veya koku tarafından hafıza çağrışımının tetiklenmesidir (Van der Kolk, 2015). Duyusal hafıza, travmatik anıların nasıl saklandığını anlamamızı sağlayan bir merkezdir. Post travmatik stres bozukluğu olan bir kişi, geçmişi gösteren sahneler yaşar ve somatik bellek, o kişinin o anki realiteyle geçmişi ayırt etme yetisini kısıtlar (Darsa, 2020). Geçmişte yaşamış olduğu anı, sanki şu an oluyormuş gibi yaşar (Rothschild, 2017). Kaslardan ve bağ dokularından gelen duyusal mesajlar (belli pozisyonlar, aksiyonlar veya niyetler), tetiklenmenin kaynağı olabilir. Artan kalp ritmi ve nefes alışı, üstü kapalı bir şekilde travmalarda yaşanılmış terörün hatırlatıcısı olabilmektedir (Rothschild, 2017).

2.4.2 Zihin-beden bütünlüğü

Geçmişte yaşanmış olan anılar bedende kodlanarak bedenin gelecekte bunu hatırlamasını sağlar, yani beden hatırlar (Van der Kolk, 2015). Riva, bedenin tecrübesini ve beden temsillerinin ontolojik gelişimini incelediği araştırmasında, çocukluk dönemindeki beden temsillerinin anlaşılmasının beden hafızasını anlayabilmek açısından önemini vurgulamaktadır ve beden hafızasının çok kipli (multimodal) olduğunu ama her temsilin kendi içerisinde sıkı sıkıya bağlı olduğunu ve bu temsillere ek olarak beden hafızasının algısal, bilişsel ve duygusal içeriklerden de etkilendiğini vurgulamaktadır (2018). Aynı zamanda beden hafızasının doğrudan yaşanılan deneyimlerle ve başkalarının gözünden bu deneyimin nasıl anlaşıldığı ile oluştuğunu söylemektedir (Riva, 2018). Beden hafızası, insanların nasıl davranması gerektiği konusunda yol gösterici konumundadır (Riva, 2018). Bedenin iletişimsel ve sosyal rolü, beden hafızasını besleyen önemli

faktörlerdendir (Riva, 2018). O'Shaughnessy, beden hafızasının büyük bir çoğunluğunun doğuştan var olduğunu ama aynı zamanda bunun kısa sureli bellekle genişletilebileceği ve kişiye şuan varolduğu gerçeklik ile ilgili, bedeninin konumu ve pozisyonuyla ilgili bilgi sağladığını söylemektedir (2000). Beden tecrübesi, erken gelişim döneminde başlamakta olup kültürel ve duyusal verilerle entegre olarak devamlılığını sağlamaktadır (Riva, 2018).

2.4.3 Duyguların bedende kayıt oluşu

Duygular, zihin tarafından algılanmakta ve adlandırılmaktadır ve aynı anda da bedene tecrübe olarak yansımaktadır (Van der Kolk, 2015). Her duygunun bedene yansıyış şekli farklıdır. Her duygu, yüzdeki ve vücuttaki ayrı iskelet kaslarının kasılmasına sebep olur. Duygular duyusal, otonomik ve somatik sinir sisteminin etkileşiminin bir sonucudur ve beyin korteksinde değerlendirilir. Rothschild (2017), duyguların doğum anından hemen sonra ifade edildiğini, bununda bebeğin ilk nefesi ile gerçekleştiğini söylemektedir. Tarihe bakıldığında, duygu ve beden arasındaki ilişkiyi destekleyen teoriler mevcuttur. Darwin, erkeklerin duygusal ifadelerini araştırırken fark ediyorki, duyguların bedensel ifadelerinde benzerlikler gözlemlenmektedir (Rothschild, 2017). Tomkin, duygulanımı fiziksel dışavurum ile tespit edebildiğini ve sadece yüz ifadesinin değil, beden postürünün de değişiklik gösterdiğini tespit etmiştir. Joseph Ledoux, teorisinde beyin ve bedenin birbirine bağlılığından ve buna bağlı olarak duyguların bedensel dışavurumundan bahsetmektedir. Ledoux aynı zamanda duyguların hayatta kalmamızı sağladığını, bunun hem üremeyimiz, hem de düşmanca bir ortamla mücadele etmemizde yardımcı olduğunu savunmaktadır (Rothschild, 2017). Damasio, beyninin belli bölgesi hasar görmüş bireylerle duygular üzerine çalışmıştır (Damasio ve ark., 1999). Çalışmalarının sonucunda bedensel hislerin, duyguların farkındalığına işaret ettiğini bulmuştur ve bir insanın rasyonel bir karar verebilmesi için o kararın sonuçlarını hissedebiliyor olması gerektiğini savunmuştur. Damasio'ya göre duygu, hislerin kümeleşmesi ile farklı derecelerde yaşanmaktadır (pozitif ve negatif). Damasio bunu 'somatik işaretler' olarak adlandırmıştır ve bu işaretlerin karar verme anında rehberlik ettiğini belirtmektedir (Damasio ve ark., 1999).

Travmanın bedende kayıt oluyor oluşu, psikolojik rahatsızlıklara davetiye

çıkarırken akabinde de fizyolojik rahatsızlıkların da ortaya çıkmasınn başlıca sebebidir (Rothschild, 2017). Fibromiyalji de aslında bu rahatsızlıklardan bir tanesidir ve travmalar bu rahatsızlığın temelini oluşturur niteliktedir (Kavakçı ve ark., 2010; Nazlıkul, 2014, Tütüncü, 2011).

2.5 Reconnect Bütünleyici Travma Terapi Modeli (RITTM)

Reconnect Bütünleyici Travma Tedavi Modeli (RITTM), bütüncül bir yaklaşım ile bireyi kapsamak amacıyla geliştirilmiş olan, zihin-beden bağlantısına dayalı bir terapi modelidir (Darsa, 2020). Model adını Dr. Karol Darsa'nın Los Angeles'ta kurduğu Reconnect Bütünceliyici Travma Terapi Merkezi'nden almaktadır. Merkez, travma tedavi yöntemlerini farklı disiplinler ile işbirliği içerisinde ilerleyerek çalışmaktadır.

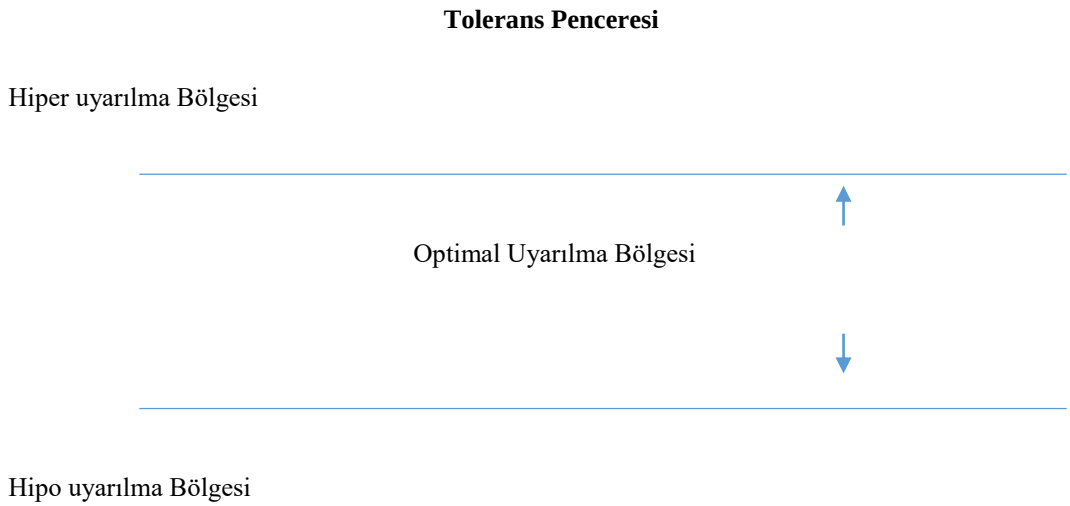
RITTM modelinin travma tedavisindeki hedefleri; kontrol hissinde artış sağlanması, hayat kalitesinde yükseliş, duygu durumunun iyileştirilmesi, korku veya panikte azalma, duygularda denge sağlanması, ilişkilerde iyileşme, içsel ve dışsal güven hissinin yeniden sağlanması ve kişinin şimdi ve şu ana yönelebilmesidir (Darsa, 2020).

RITTM, travmanın kişiyi duygularından, bedeninden, zihninden ve çevresinden koparabildiğini savunmaktadır. RITTM, bireyin travmadan dolayı deneyimlediği 'kopuşa' odaklanır ve bireyin kendisi ile 'yeniden bağlantı' kurmasına destek olur. Bunu yaparken; beden psikoterapisi, Gestalt Terapisi, Sensorimotor Psikoterapi (Pat Ogden), bilinçli farkındalık (mindfulness), Somatik Deneyimleme (Babette Rothschild), EMDR, BSp (Brainspotting) ve enerji psikolojisi entegrasyonu ile bireyi desteklemektedir ve kapsamaktadır (Darsa, 2020). RITTM modeli, anksiyete, travma, panik atak ve depresyonda, danışanın olumlu yönde yol kat etmesine büyük katkı sağlamaktadır (Darsa, 2020). Model, Reconnect Center'ın son üç yıllık kayıt ettiği verilere göre, danışanların anksiyete skorlarında %61, travma skorlarında %90, depresyon skorlarında ise %37 oranında iyileşme gözlenmiştir (Darsa, 2020).

2.5.1 RITTM'in aşamaları

RITTM modeli süreç olarak 3 temel aşamadan oluşmaktadır; Başlangıç Evresi (Stabilizasyon), Bellek İşleme ve son aşama olarak Bütünleştirme Evresi (entegrasyon). Bu evreler Pierre Janet'nin travma sonrası iyileşme üzerine geliştirdiği 3 evre içeren

çerçevesinden esinlenerek oluşturulmuştur (1904). Pierre Janet'in travma sonrası strese odaklanarak geliştirdiği terapötik yaklaşım; stabilizasyon, travmatik anıların tanımlanması ve değerlendirilmesi ve semptomların giderilmesi ve rehabilitasyonu olarak 3 basamakla ilerlemektedir (Janet, 1904). Bu evrelerin kaç seans sürdüğü ve seans sayısı dağılımları, danışandan danışana farklılık göstermekte olup, danışanın sürecine göre terapist bu 3 evrenin zamanlamasını terapi süreci çerçevesine oturtur. Bu 3 aşamalı modelin öncesinde danışana mutlaka travma ile ilgili psiko-eğitim verilir ve danışanın sürece hazır olup olmadığı gözetilir. Süreç boyunca danışanın tolerans seviyesi, Dr. Dan Siegal tarafından geliştirilmiş olan tolerans penceresi ile kontrol edilmektedir (Siegal, 2018). Tolerans penceresi Şekil 1' de gösterilmiştir (bkz. Şekil 1). Danışanın, şimdi ve burada tutulması, danışana bilinçli farkındalık çalışmaları öğretilerek sağlanabilmektedir. Kişinin farkındalığını günümüze odaklayarak, duygularını, düşüncelerini ve bedensel hislerini sakince tanıyıp kabul ederek elde edilen zihinsel bir durum olan bilinç farkındalık, danışanın tolerans penceresinde tutulmasını ve ileriki süreçte bu pencerenin esneyebilmesini desteklemektedir.



Şekil 1. Tolerans Penceresi (Ogden ve Minton, 2000)

Bu terapi modelinin temel amacı, bireyin kendisine yeniden bağlanabilmesini zorlaştıran kısımlar ile çalışarak kendisi ile yeniden bağlanabilmesini sağlayabilmektir. Bu modelde terapi süreci boyunca terapist (araştırmacı); hem kendisinin hem de danışanın bedenine odaklanır, danışanın kendisinden kopma belirtilerini (düşünce ve yarıları, duyguları, beden) ve başkalarından (doğa, sevdikleri) kopma belirtilerini ve danışan-terapist ilişkisini gözetir (Darsa, 2020).

2.5.1.1 Stabilizasyon evresi

Stabilizasyon evresinde amaç, danışanı güvende hissettirmektir. Bu evrede terapötik ittifak oluşturulur, yani danışan ve terapist arasında bir ilişki geliştirilir ve terapist danışanı değerlendirir, danışanın geçmiş öyküsünü alır ve travma ve süreç hakkında danışana psiko-eğitim verir (Darsa, 2020). Tedeschi ve Moore'a göre (2021), travma terapi sürecinde travmaya dair verilen psiko-eğitim, deneyimledikleri semptomların gizemini keşfetmeleri noktasında bir motivasyon kaynağı ve destek oluşturmaktadır. Bu evrede terapist danışan ile şimdiki zaman üzerinde çalışır ve danışanı güçlendirir. Bu evrede danışanın kendisi ile olan ilişkisi de gözlemlenir (Darsa, 2020). Danışanın baş etme becerilerini geliştirmesi de bu evrenin temel amaçlarındandır (Darsa, 2020). Bu güçlendirmeyi danışana hayatındaki içsel ve dışsal kaynaklarını keşfettirerek, sinir sistemini yatıştırma odaklı egzersizleri sunarak ve topraklamayı (grounding) danışana öğreterek sağlar. Bu aşamada amaçlardan bir tanesi de danışanın kontrol hissi üzerinde artış hissedebilmesini desteklemek ve danışanın ihtiyaçlarını keşfetmektir (Darsa, 2020).

Stabilizasyon evresinde sinir sistemini yatıştırmak için birçok yöntem mevcuttur fakat bireyin ihtiyacına göre kombinasyonlar yapılması, bireyin sinir sistemini daha rahat yatıştırmasını sağlamaktadır (Darsa, 2020). Danışanın kendisini yatıştırabildiğini deneyimlemesi, sürece ve kendisine olan güveni desteklemektedir. Nefes egzersizi uygulaması, fiziksel hareket, kelebek sarılması, EFT (duygusal özgürleştirme tekniği), içsel/dışsal kaynakları tanımlamak, bilinçli farkındalık üzerine çalışmak, 5 duyuyu kullanarak ana yönelme, Voo/vaa sesi tekniği, bedeni izlemek (body tracking), ilk aşamada bireyin ihtiyacına göre kullanılabilecek yöntemler olarak modelde yer almaktadır. Bu aşamada beden farkındalığı, danışan eğer hazır ise danışana kazandırılmaya başlamaya adım atılmalıdır.

2.5.1.1.1 Nefes egzersizi uygulamaları

Çalışmalar, derin nefes almanın beden ve zihinsel aktivite üzerinde yatıştırıcı etkisi olduğunu ve kontrol hissini arttırdığını açıklamıştır (Jerath ve ark., 2006). Yavaş nefes almanın parasempatik sinir sistemini, hızlı nefes almanın ise sempatik sinir sistemini harekete geçirmektedir. Yavaş nefes almak, psikofizyolojik uyarılmayı azaltmaktadır ve stres tepkilerinin azalmasını sağlamaktadır (Grand, 2014). Çalışmalar, yoga pratiklerinde uygulanan nefes egzersizlerinin TSSB semptomlarını azaltabildiğini göstermektedir (Grand, 2014).

2.5.1.1.2 Kelebek sarılması

Kelebek sarılması kökenlerini EMDR'dan alan, aşırı uyarılmış danışanın rahatlayıp yatıştırılabilmesi için yapılan terapötik müdahale metodudur. Uygulama EMDR terapilerinde uygulanmak için yaratılmıştır ama rahatlatıcı bir teknik olarak tek başına da kullanılmaktadır (Boel, 1999). EMDR de kelebek sarılması, travma işlenirken, tetiklenme anında tetiklenmeyi düzenlerken ve travma üzerine çalışılırken kullanılmaktadır (Augenthaler, 2017).

2.5.1.1.3 Duygusal özgürleştirme tekniği (EFT)

EFT uygulaması, bedende tıkanıklık yaratan duygu ve düşüncelerin iyileştirilmesine ve nihayetinde deneyimlenen tıkanıklığın giderilmesini sağlayan enerji terapisi tekniğidir. Bedende bulunan 12 ayrı meridyene denk gelen 12 ana nokta dahil edilerek enerjinin dengelenmesi sağlanır (Craig, 2004). EFT'nin, TSSB'ye, anksiyete bozukluğuna, fobilere ve üzerine çalışılan diğer sıkıntılarda iyileştirme sağladığı görülmektedir (Craig, 2004).

2.5.1.1.4 İçsel ve dışsal kaynaklar

RITTM'e göre, danışanın içsel kaynakları; danışanın güzel anıları, hareket etmesi, nefes alması, spritüelliği ve başarılarıdır. Danışanın dışsal kaynakları ise; müzik, sevdiği kişiler, hobiler, mekanlar ve eşyalardır.

2.5.1.1.5 Bilinçli farkındalık

Kökenlerini Doğu'nun Budist geleneklerinden alan bilinçli farkındalık uygulamaları, psikoterapik bir araç olalar terapilerde de kullanılmaktadır. Bilinçli farkındalık terimi ilk olarak Jon Kabat Zinn tarafından "Stress Reduction and Relaxation Program (SR ve RP)" isimli programda ön plana çıkmıştır (Kabat-Zinn, 2005). Farkındalık, içgörü ve gevşemeyi geliştirme odaklı sistematik bir yaklaşımdır (Kabat-Zinn, 2005). Bilinçli farkındalık uygulamaları, otomatik pilottan çıkılmasını ve daha duyarlı hale geçilmesini destekler (Siegal, 2021).

2.5.1.1.6 Voo/vaa sesi tekniği

Vu sesi kaynağını tibet geleneklerinden almaktadır. Vu sesi iç organları açmakla birlikte titreştirmektedir. Titreşim vagus sinirini uyarmaktadır ve sinir sistemini dengelemektedir. Egzersizde voo ve vaa sesi çıkarılır, aynı anda nefes verilir (Levine ve Philips, 2012)

2.5.1.1.7 Hareket etmek

Eğer beden tehdit altında kaldıysa, acıyla başa çıkmak ve kendini korumak için, danışan kendi bedenini terketmiş ve düşüncelerinin içine girmiş olabilir. Biz insanların bedenden "çıkış yaparak" acıyı azaltma kapasitesi vardır (Darsa, 2020). Böyle bir acı anında bedeni terk etmek hayatta kalmanın tek yolu olabilir. Bu bir kopuştur yani disosiyasyondur. Bedene tekrar bağlanma yavaş ve sakince olmalıdır çünkü bazen zihin hatırlamasa bile beden travmayı hatırlayabilir ve tetiklenebilir. Egzersiz yapmak yeniden bağlanmanın bir yoludur (Darsa, 2020).

2.5.1.1.8 Topraklama

Topraklama, bireyin şu ana hızlıca bağlanması üzerine tasarlanmış belirli bir başa çıkma stratejisidir. Terim, beden ve zihin etkileşimine dayalıdır ve Alexander Lowen tarafından ifade bulmuştur (Lowen, 2006). Topraklama egzersizleri, bireyin kopuşlarla (disosiyasyonla) ve geriye dönüşlerle (flashback) başa çıkma yolu olarak kullanılabilmektedir (Clauer, 2011). Bu teknik sinir sisteminin yatışmasını desteklemektedir ve bedene şu anı hatırlatmaktadır. Topraklama egzersizi, travma deneyimi ile çalışılırken kişinin gerçeklikte tutulabilmesi, anda kalabilmesi, güvende hissedebilmesi ve kendini rahat hissedebilmesi için büyük önem taşımaktadır (Clauer, 2011).

2.5.1.2 Bellek işleme evresi

Bellek işleme evresinde, danışana somatik takip konusunda bilgi verilmeye başlanır ve seans dışında da bunu kendi hayatında pratik etmesi istenir (Darsa, 2020). Bu evrede amaç, bireyin kopma yaşamadan travma hikayesini bütünleştirip sindirebilmesine yardımcı olmaktır (Darsa, 2020). Danışan ile birlikte, danışanın çalışmak istediği hedeflerin listesi yapılır. Bu evrede, en az tetikleyen travma ile başlanır ve bu travma danışan tarafından hem derecelendirilir hem de bedendeki hissi üzerine odaklanılır (Darsa, 2020). Danışanın travması işlenirken, travmanın yarattığı rahatsızlık seviyesini azaltan bir göz noktası bulunur ve o nokta ile çalışılır (Darsa, 2020). Bu evrede beden duyumsamalarına ve beden hareketlerine de odaklanılır (Darsa, 2020). Danışan, yaşadığı duygular için ve bahsettiği insanlar için obje seçebilir, olayda tamamlanmamış bir aksiyon varsa seansta gerçekleştirilebilir ve Gestalt ekolüne ait olan boş sandalye tekniği ile karşısına yüzleşmek istediği kişiyi veya duyguyu alabilir. Terapistin yönlendirmeleri ile bahsedilen egzersizler gerçekleştirilir. Bu evrede terapötik ilişki, iyileştirici bir araç olarak kullanılır (Darsa, 2020).

2.5.1.2.1 Göz hareketleri (EMDR)

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi, işlenmemiş anılara odaklanır ve buna odaklanırken bütüncül bir yaklaşım ile kişiye yaklaşır (Shapiro ve Solomon, 2010). Terapi modeli, işlenmemiş anıların, duyguların, travmatik deneyimlerin işlenmesini hedef alır. Bunu yaparken öncelikle kişinin olumsuz biliş veya

inancını ve olumlu inancını bulur, ardından bedensel duyumsamaların bedenin hangi bölgelerinde olduğuna odaklanır ve göz hareketleri kullanılarak duyarsızlaştırma süreci gerçekleştirir (Shapiro ve Solomon, 2010). EMDR sekiş aşamayı içermektedir ve üç yönlü bir metadoloji ile ilerlemektedir. EMDR'de, şu an var olan problemin altında yatan geçmiş yaşantı deneyimi belirlenir ve işlenir, problemi ortaya çıkaran güncel durumlar belirlenir ve onlar da işlenir ve kişinin gelecek süreçlerde ihtiyaç duyabileceği becerileri belirlenir ve işlenir (Shapiro ve Solomon, 2010).

2.5.1.2.2 Göz noktası (Brainspotting)

Bu yöntemlerden kaynak olarak göz pozisyonunun kullanılması (BSP-brainspotting), gözün konumu beynin farklı noktalarına karşılık gelir. Travmayı işlerken veya pozitif duyguyu arttırmaya çalışırken kullanılabilmektedir. Göz pozisyonunun bir kaynak olarak kullanılabileceğini keşfeden Grand (2014), Brainspotting Modeli'ni geliştirmiştir. Teknik, göz pozisyonunun kişiye 'en çok hissettirdiği' alanda bir göz noktası belirlenip, belirlenen nokta çevresinde salınımlar gerçekleştirilerek belirlenen göz pozisyonu ile çalışılmasıyla yol alınan bir metodu içermektedir. Göz noktası, olumlu duygu ve deneyimin arttırılabilmesi ve kaynak olarak oluşturulabilmesinde kullanılmakla birlikte, kişinin travmatik yaşantıları ve iyi hissettirmeyen duygularının belirlenmesinde de kullanılmaktadır (Grand, 2014).

2.5.1.2.3 Somatik deneyimleme

Beden merkezli olan Somatik Deneyimleme yöntemi, Peter Levine tarafından keşfedilmiştir. Yöntem bedensel tepkilere odaklanmaktadır (Levine, 2010). Levine'e (2010) göre, travma bedende hapsolur ve tedavi edilebilmesi için kişinin bedene ulaşmak gerekmektedir. Geleneksel terapi yöntemleri travmaya kelimeler ile ulaşmaya çalışırken güçlük çekebilmektedir. Somatik Deneyimleme, bedeni odağa alır ve bedenin hareketsiz ve sabit tepkilerini değiştirebilmeye odaklanır. Yöntem, kişinin travma yaşantıları etkinleştiği zaman ortaya çıkan bedensel duyumsamaları ile çalışır ve bedensel duruşu, vücut postür değişikliğini, nefes alış-veriş ritmi gibi vücut değişimlerini takip eder (Levine, 2015).

2.5.1.2.4 Sensorimotor psikoterapi

Pat Ogden tarafında geliştirilmiş olan Sensorıimotor Psikoterapi, travmatik bellekle çalışarak travmaya dair inançları çalışır (Ogden, 2014). Beden temelli olan psikoterapi yöntemi, somatik ve bilişsel teknikleri birleştirerek travmanın bedendeki yerini ve etkilerini anlamaya çalışır. Beden semptomları ile çalışılmasının terapötik ilerleyişte yardımcı olabileceğini savunan psikoterapi modeli, kişinin travmatik anılarını, kendisi için güçlü bir kaynağa dönüştürebilmeyi ve güçlü yönlerini keşfedebilmesinde bir araca dönüştürebilmeyi hedefleyerek ilerlemektedir (Ogden, Minton ve Pain, 2006).

2.5.1.3 Bütünleştirme evresi

Bütünleştirme evresinde danışan, mağduriyetin etkisini fark etmiştir ve güçlenmeye hazırdır (Darsa, 2020). Bu evrede travmanın işlenmesinde beden de dahil edilir ve duyguların danışan tarafından somatize edilmesi yani bedenselleştirmesi istenir. Danışanın kendi içerisindeki kabul edemediği parça veya durum ile çalışılır (Darsa, 2020). Bu evrenin içerisinde bir önceki evrelerde bahsedilen egzersiz kombinasyonları ve terapötik ilişki ile farkındalık ve kabul geliştirilir (Darsa, 2020). Danışan bu evrede, zihni ve bedeni arasındaki bağlantıyı kurabilmeye başlar, olumsuz deneyim ve duygulardan tetiklendiği noktalarda keşfettiği kaynaklara yönelmeyi deneyimler. Bu evrede danışanın tolerans penceresi genişlemiştir ve ileride oluşabilecek herhangi bir tetiklenmeye karşı kendisini donanımlamıştır (Darsa, 2020).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli: Karma Desen

İnsan davranışını anlamlandırmak için bütünsel bir bakış açısının gerekliliği geçmiş yıllarda tartışmalara konu olmaya başlamış olup yaygınlaşmıştır. Günümüzde öznellik ilkesi daha fazla kabul edilen bir yere sahip olmaya başlamıştır. İnsanın kompleks bir yaradılışa sahip oluşu, insanın tek bir kalem ile değerlendiremeyeceği ve diğer insanlar ile eşdeğer tutulamayacağı gerçeğini vurgulamaktadır. Araştırmalarda veri toplama amacı ile başvurulan nicel ölçümlerin bütünsel bakış açısını kapsamadığı ve kimi zaman eksik kalabildiği literatürdeki tartışmalarda yerini koruyan bir yerdedir (Baltacı, 2019). Bu tartışmalarda karma desenin kullanımının derinlemesine analiz fırsatı verdiği vurgulanmaktadır (McKim, 2017).

Karma desen, nitel ve nicel araştırmanın birliği ile ilerlenen bir yaklaşıma sahiptir. Karma desen, bir araştırma içerisinde nitel ve nicel verilerin toplanmasına, karşılaştırılmasına ve değerlendirilmesine olanak sağlayan bir yaklaşım olup son yıllarda araştırmalarda yaygın olarak tercih edilmeye başlanan bir araştırma deseni olarak öne çıkmaktadır (Creswell, 2013). Karma desen, nicel bulguların nitel bulgular ile desteklenmesini, detaylandırılmasını ve derinleştirilmesini sağlamaktadır. Bahsedilen araştırma yönteminin en önemli avantajı, nitel ve nicel yöntemin kendi içerisindeki eksikliklerin birbiri ile desteklenip birbirlerini tamamlıyor oluşudur (Creswell ve Plano-Clark, 2018). Karma desen, araştırma sonucunda elde edilen sayısal verilerin derinlemesine açıklanmasına ve anlamlandırılmasına olanak sağlamaktadır. Yalnızca nitel veya nicel yöntem ile ilerlenen araştırmalar kimi zaman araştırma sorularının kapsamlı yanıtlanması ve açıklanması bakımından yeterli olmamaktadır (Creswell ve Plano-Clark, 2018). Nicel araştırmada belirli bir sonuca odaklı ve sayısal veriler ile ilerleniyor oluşu, keşif alanındaki potansiyel derinliğin yakalanmasını kısıtlamaktadır. Bu noktada karma desen ile ilerlenmesi, nicel bulguların nitel bulgular ile desteklenmesine, detaylandırılmasına ve derinleştirilmesine olanak sağlayıp araştırmanın kapsama alanının genişlemesini desteklemektedir (McKim, 2017). Nicel veriler, araştırma sorusunun derinlemesine yanıtlanması bakımından doyurucu bir yanıt verememektedir. Karma desen, farklı

bilgilerin entegrasyonu bakımından doyurucu bir bulgu yelpazesi sunmakla birlikte ileride gerçekleştirilecek araştırmalar için ışık tutan bir yapıya sahiptir (McKim, 2017).

Bu araştırmada karma desenin uygulanması ile birlikte, nicel bulgular nitel bulgular ile desteklenmiş, detaylandırılmış ve derinleştirilmiştir. Araştırmanın deseninin karma olarak tayin edilmiş olmasıyla birlikte Sıralı Dönüşümsel Tasarım benimsenmiştir. Bu yaklaşımın izlenmiş olmasıyla birlikte, nicel veri önceden toplanıp analiz edilmiş ve ardından nitel veri toplanmıştır (Creswell, 2013). Araştırmanın nitel kısmında "üçgenleme" tekniği araştırmanın güçlülüğünü arttırmak amacı ile uygulanmıştır. Üçgenleme, nitel araştırmalarda verilerin çapraz onanması hedefi ile birden çok değerlendirmeci ile analiz edildiği ve doğruluğu arttırma amacı güden bir yöntemdir. Üçgenleme tekniği, çoklu algı kullanma sürecidir. Üçgenleme kullanılmasındaki amaç, analizlere çoklu bakış açısı ile bakarak, sonuçların geçersizliğini en aza indirebilmektir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bahsedilen teknik doğrultusunda nitel verilerin analizinde araştırmacı dışında alanda çalışmakta olan 4 ayrı araştırmacının değerlendirmesinden geçmiştir.

3.1.1 Nitel araştırma

Nitel araştırma insan deneyimini anlamaya odaklanır. Nitel araştırma bir olguyu anlamlandırmaya çalışırken "ne", "niçin", "nasıl" soruları ile ilerler ve kategorize edilecek olursa 3 çeşit veri tipine ulaşabilir: süreçle ilgili veri, algılara ilişkin veri ve çevre ile ilgili veri (Baltacı, 2019). Nitel araştırmada veri toplanırken görüşmelerden, dökümanlardan ve gözlemlerden yararlanılır. Nitel araştırma, tümevarımsal, süreç odaklı, naturalistik ve tanımlama amaçlı bir yöntemdir (Işık ve Semerci, 2019). Nitel araştırmanın verileri kelimelerden oluşmakta olup yorumlayıcı bir yaklaşım ile kelimeler ilişkilendirilir (Baltacı, 2019). Nitel araştırma nicel araştırmaya göre daha öznel bir yaklaşım sahip olmakla birlikte geçerlilik ve güvenirlik bakımından tartışılmaya açık bir alan da içermektedir (Baltacı, 2019).

3.1.2 Nicel araştırma

Nitel araştırma anlam üretme amacıyla ilerlerken nicel araştırma, bir olguyu açıklamak amacı güder (Golafshani, 2003). Nicel araştırma, tahminlerin nedenselliğe sayısal veriler

ile dayandırıldığı araştırma ilerleyişini benimser. Nicel araştırma, özetlenebilirliği, ve genellenebilirliği sayısal veriler ile sağlarken istatistik ve belli matematiksel süreçleri takip eder (Creswell, 2013). Nicel araştırmada veriler ölçekler ve anketler aracılığı ile toplanır. Nicel araştırma yöntemleri arasında nedensel-karşılaştırmalı, deneysel, tarama ve ilişkisel araştırma yer almaktadır (Golafshani, 2003).

Sıralı dönüşümsel tasarımın tercih ediliyor olması, araştırmacının kontrolü altında araştırmanın gerçekleşmesine ve sebep-sonuç ilişkisinin test edilebilmesine olanak sağlamaktadır (Creswell, 2013). Araştırmada, sıralı dönüşümsel tasarım ile ilerlenirken tek grup ön test – son test deseni uygulanmıştır. Böylece müdahale öncesi ve sonrasındaki nicel veriler kıyaslanabilmiş ve ayrıca da nitel veriler ile bağlantılarına da bakılabilmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon' birimine başvurmuş ve FMS tanısı almış katılımcılardan oluşmaktadır. Prof. Dr. Evrim Karadağ Saygı yönlendirmesi ile katılımcılar araştırmacıya yönlendirilmiştir.

Araştırmanın karma desen örneklemi, araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlamış olan ve FMS tanısı almış 4 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmaya 6 kadın başvurmuş olsa da 2 katılımcı, araştırmaya dahil oldukları süreçte, ani vefat yaşamışlardır ve bu sebeple bahsedilen 2 katılımcıdan alınan veriler araştırma verilerinin dışında tutulmuştur. Katılımcılar 40 yaş üzeri 4 kadından oluşmaktadır. Araştırma örneklemini oluşturan 4 katılımcıdan araştırma başlangıcında ve sonunda nicel veri, nitel veri ise araştırma sonunda toplanmıştır. Araştırmaya erkek katılımcı başvurmamıştır. Hastaneden edinilen bilgiye göre ve literatüre göre FMS tanısı almış olan kadınlar erkeklere oranla ağırlıktadır. Yaş aralığı olarak ise 35 ve üzeri bireylerde FMS tanısı yaygın olarak görülmektedir. Araştırmanın kapsamında, içleme kriteri olarak, FMS tanısının alınmış olması ve halihazırda herhangi bir psikolojik destek almıyor olması, dışlama kriteri olarak ise FMS tanısını doktordan almamış olan kişiler, yalnızca kronik ağrı tanısı olan ve tıbbi sebeplerden oluşan ağrıya sahip olunması olarak belirlenmiştir. İçleme kriteri terimi, araştırmaya kimlerin dahil edildiğini ve koşulları karşıladığını, dışlama kriteri ise

araştırmaya dahil edilmeme koşulunu ifade etmek üzere yer almaktadır (Sarı, 2016). Araştırmaya katılan katılımcıların bilgileri Tablo 1'te özetlenmiştir:

Tablo 1. Karma Desen Araştırma Örneklemi

	Yaş	**Cinsiyet**	**Meslek**	**Eğitim**
Katılımcı Z	42	Kadın	Ev hanımı	Lise Mezunu
Katılımcı B	43	Kadın	Ev hanımı	Lise Mezunu
Katılımcı Ş	43	Kadın	Ev hanımı	Lise Mezunu
Katılımcı E	47	Kadın	İşçi (Güzellik Uzmanı)	Lise Mezunu

Katılımcı Z, evli ve 1 kız çocuğu sahibi. İstanbul'da yaşıyor. Kızı otizm tanısı almış ve özel eğitim ile eğitime devam etmektedir. Kaygı, depresif düşünceler, umutsuzluk ve yalnızlık deneyimlediği gözlemlenmiştir. Daha önce terapi deneyimi olmamıştır. Geçmiş öyküsünde, aile içi olumsuz yaşantılar, hırsızlıklar ve çocukluk çağında deneyimlenmiş ihmal var.

Katılımcı B, evli ve 1 oğlu var. İstanbul'da yaşıyor. Uyku problemi, anksiyete ve depresif düşünceler deneyimlediği gözlemlenmiştir. Daha önce terapi deneyimi olmamıştır. Geçmiş öyküsünde sağlık koşullarında deneyimlediği zorluklar ve ihmal var.

Katılımcı Ş, evli ve 2 kız çocuğu sahibi. İstanbul'da yaşıyor. Kaygı, yalnızlık duyguları, umutsuzluk ve uyku problemi gözlemlenmiştir. Daha önce terapi hizmeti almamıştır. Geçmiş öyküsünde ilişkisel travma, çocukluk çağı travması ve aile içi olumsuz deneyimler mevcut.

Katılımcı E, boşanmış ve 1 erkek çocuğu sahibi. İstanbul'da yaşıyor. Oğlu madde bağımlılığı döngüsü içerisinde. Katılımcıda yalnızlık duyguları, depresif düşünceler, beslenme döngüsünde bozulmalar ve kaygılar gözlenmiştir. Daha önceden terapi deneyimi olmamış. Geçmiş öyküsünde, fiziksel ve duygusal şiddet ve ihmal, çocukluk çağı travması ve ilişkisel travması mevcut.

3.3 Veriler ve Toplanması

Veriler, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü'ne başvurmuş ve FMS tanısı almış olan 6 bireyden alınmış olup, 4 bireyin verisi araştırmaya dahil edilmiştir. Nicel veriler araştırmanın amacına uygun olarak seçilmiş 3 ölçek ile toplanmıştır. Nitel veriler ise tematik analiz için, terapi süreci bitiminde yarı yapılandırılmış anket soruları ile alınmıştır. Veriler ortalama 3 aylık bir süreçte toplanmıştır. Araştırma öncesinde. Müdahale öncesinde FMS tanısı almış olan 6 kişiye psikolojik etmenleri ölçmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, fizyolojik (motor-duyusal) etmenleri ölçmek için ise Görsel Ağrı Skalası (VAS) uygulanmıştır. VAS hem demografik forma eklenmiş olup hem müdahale başlamadan önce hem de seanslar içerisinde katılımcıya uygulanmıştır. Müdahale sonrasında bu testler tekrarlanmıştır. Müdahale sonrasında nitel bulgular bu araştırma için hazırlanan 14 sorudan oluşan Müdahale Sonrası Soru Listesi ile alınmıştır. Ölçekler verilmeden önce katılımcılardan Araştırmaya Katılım Onam Formunun okunmasını, akabinde de Demografik Bilgi Formunun doldurulması istenmiştir. Müdahale, haftada 1 olmak üzere, 1 saatlik seanslar olarak 10 haftalık bir süreci kapsamaktadır. Müdahalenin 10 hafta olarak planlanmasındaki sebep, modelin 10 haftalık bir çerçevede planlanmış olup Karol Darsa tarafından Amerika'da kurulmuş olan ve disiplinlerarası bir ilerleyiş benimseyerek hizmet veren Reconnect kliniğindeki 10 haftalık uygulamaların danışanlar üzerinde kayda değer değişimler oluşturmuş olmasıdır.

3.3.1 Demografik bilgi formu

Araştırmanın amaçlarına uygun bir şekilde düzenlenen, katılımcıların sosyo-demografik ve ağrıya ilişkin özellikleri ile ilgili bilgilerin tespiti amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda demografik bilgilere ek olarak VAS ağrının müdahale öncesi düzeyini somut olarak alabilmek üzere eklenmiştir.

3.3.2 Beck anksiyete ölçeği (BAI: Beck anxiety inventory)

Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından anksiyete belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş test, 21 seçmeli sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye'deki ilk çalışmaları Şahin'in (1992) çeviri çalışmalarıyla başlamış olup, Ulusoy'un (1993) ölçeği psikiyatri

alanındaki örneklem ile gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ile devam etmiştir. Ölçeğin en son geçerlik çalışması, 160 hastanın oluşturduğu bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir ve bu örneklem üzerinden elde edilen veriler ile ölçeğin güncel geçerlik ve güvenirliği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 1 hafta ara ile tekrarlanması sonucu elde edilen test-tekrar güvenirlik katsayısı r=.75 ve sd=81 olarak hesaplanmıştır. Maddeler arası korelasyonun .30 ve .71 arasında olduğu rapor edilmiştir.

Kişinin anksiyete şiddetini ölçmeyi amaçlamakta olan testte her şıkkın bir puanı vardır (hiç-0, hafif-1, orta-2, ciddi-3). Puanlar toplandığında 0-7 arasında minimal düzeyde anksiyete belirtisi olduğuna, 8-15 arasında hafif düzeyde anksiyete belirtisi olduğuna, 16-25 orta düzeyde anksiyete belirtisi olduğuna, 26-63 arasında ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğuna işaret etmektedir.

3.3.3 Beck depresyon envanteri

Envanter, depresyonda gözlenen bilişsel, duygusal, vejetatif ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri değerlendirmek ve depresyon semptomlarını sayısal olarak ölçebilmek amacıyla Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her soru 0-3 arasında derecelendirilmekte olup, yüksek puan depresif semptomların arttığını işaret eder. 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirtileri, 17-29 puan orta düzeyde depresif belirtileri ve 30-63 puan ise şiddetli düzeyde depresif belirtileri olduğunu belirtmektedir.

Envanterin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Envanterin Cronbach alfa kat sayısı .80 olarak bulunmuştur. Envanter kapsamında gerçekleştirilen faktör analizinde umutsuzluk, suçluluk duygulanımları, bedensel kaygılar ve kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları yorumlanabilir faktörler olarak yer almaktadır.

3.3.4 Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi (PLC-C)

Travmanın genel belirtilerini ölçen 17 seçmeli sorudan oluşan bir ölçektir. Her şıkkın bir puanı vardır (hiç-1, hafif-2, orta-3, biraz-4, ciddi-5). Bu ölçeğin ayrıca sırf askeri birimde

çalışan kişiler için düzenlenmiş hali de mevcuttur (PCL-M). PLC-C ölçeğinin Cronbach içtutarlılık katsayısı 0.922 ($p<0.0001$) olarak ölçülmüştür.

3.3.5 Görsel ağrı skalası (VAS)

10 cm uzunluğundaki dikey bir üzerinde ağrı şiddetinin işaretlenmesi istenir. En alt sınır ağrının en az olduğunu ve en üstteki sınır ise ağrının maksimum derecede olduğunu göstermektedir. Katılımcının işaretlediği kısmın cm cinsinden değeri ile ağrının şiddeti belirlenmektedir.

3.3.6 Müdahale sonrası soru listesi

Fibromiyaljinin semptomları ve müdahalenin amaçları gözetilerek ve nitel verinin katılımcıdan alınabilmesi amacıyla oluşturulmuş 14 soruluk bir dizindir.

Araştırmacı, Dr. Karol Darsa tarafından RITTM eğitimini 2020 yılında tamamlamış olup 10 haftalık süre ile 4 katılımcının müdahale süreci şu aşamalar ile gerçekleştirmiştir;

1. Seans:
- Tanışma ve demografik bilgilerin alınması
- RITTM ve süreç hakkında bilgilendirme
- Travma üzerine psikoeğitim
- Katılımcının kaynaklarının belirlenmeye başlanması
- Aşırı uyarılma etkisinde olan katılımcının "şimdi ve burada" ya getirilmesine yönelik bilinçli farkındalık çalışmaya başlamak
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

2. Seans ve 3. Seans:
- Katılımcıya bu süreçte yararlanılabilecek egzersizler hakkında bilgi verilmesi
- Topraklama egzersizine giriş ve deneme
- EFT tekniğinin tanıtılması ve kısa pratiğinin yapılması
- Geçmiş öyküsünün alınmaya başlanması
- Vu-va tekniğinin tanıtılması ve eğer katılımcı hazır ise uygulanması
- Bedende kaynak noktasının araştırılması

- İşlemleme evresinde çalışılacak konuların araştırılması
- Güvenli alanın oluşturulması
- Bedensel duyumsamalar ve beden hafızası hakkında psikoeğitim
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

3.Seans, 4. Seans:

- Katılımcının günlük hayatında tetiklendiği, keşfettiği ve fark ettiği kısımlar hakkında konuşması
- Göz noktasının kaynak olarak çalışılması ve göz hareketleri uygulamalarının tanıtılması
- Kelebek sarılması uygulamasının tanıtılması ve uygulanması
- "Şimdi ve burada" egzersizlerinin pratiğinin yapılması
- Geçmiş ile çalışırken günlük yaşantıda deneyimlenen sorunların ilişkilendirilmesi
- Katılımcıya en az rahatsızlık veren anının göz hareketleri ile çalışılması
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

4.Seans, 5. Seans:

- Katılımcının günlük hayatındaki farkındalıkları üzerine konuşmak
- Duyguların bedendeki yeri üzerine farkındalık oluşturmak ve üzerine çalışmak
- Katılımcıların ortak teması olan "hayır diyememek, ihtiyaçların dile gelmemesi ve sınır çizmek" temaları ile çalışmaya başlamak. Bu temalar ile çalışılırken geştalt boş sandalye, duygular ve kişiler için obje seçme egzersizlerini uygulamak
- Göz hareketleri ile travmanın işlenmesi
- Nefes egzersizi pratiklerinin uygulanması
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

6. Seans ve 7. Seans:

- Katılımcının günlük hayatında tetiklendiği, keşfettiği ve fark ettiği kısımlar hakkında konuşması
- Frame by frame travmatik olayın çalışılması
- Travmatik deneyim ve çerçeve içerisinde belirlenmiş temalar ile çalışılmaya göz hareketleri ile işlenmesi ve bedensel duyumsamalar üzerinden ilerlenmesi
- Nefes egzersizleri ile duygu düzenlemesi

- Tamamlanmamış aksiyonların bedensel ve sözel olarak katılımcılar ile çalışılması
- Bedenlerindeki farkındalık üzerine konuşma
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

8. Seans, 9.Seans:

- Katılımcının günlük hayatında tetiklendiği, keşfettiği ve fark ettiği kısımlar hakkında konuşması
- Bütünleştirme evresine geçiş
- Katılımcının güçlü yönleri üzerine konuşulması
- Katılımcının bedeninde ve ruhsal dünyasında olanları ifade etmesi
- Katılımcının seansta deneyimlediklerini günlük hayata geçirebilmeye başlaması
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

10. Seans:

- Katılımcının süreç içerisinde kazanımları, farkındalıkları ve deneyimleri üzerine konuşulması
- Katılımcının süreç sonrasında hayatına geçirmek istedikleri hakkında konuşulması
- Katılımcının kaynaklarının bir kez daha hatırlatılması
- Deneyimlenen ağrının VAS ile katılımcı tarafından puanlanması

Yukarıda bahsedilen aşamalar ve ilerleyişleri, 4 katılımcının da seanslarının sürecini ve içeriğini ifade etmektedir.

3.3.7 Nitel verilerin analizi: Fenomenolojik analiz

Nitel analizde kavramlar kategorize edilmek istendiğinde tematik analiz kullanılmaktadır. Tematik analizde araştırmacı verinin içerisinde yer alan örüntüleri tanımlar, analiz eder ve raporlar. Nitel analiz çatısı altında olan bir diğer yöntem ise yorumlayıcı fenomenolojik analizdir. Bahsedilen analizde araştırmacı araştırmakta olduğu fenomeni

katılımcıların perspektifinden yorumlamaktadır ve ortak bir tanım bulmaya çalışmaktadır (Creswell ve Poth, 2018).

Bu araştırmada iki nitel analiz yönteminin birlikte kullanılmış olması, verinin çok boyutlu incelenebilmesine olanak sağlamakla birlikte analitik çoğulculuğun da araştırmanın nitel ayağına derinlik ve anlam çeşitliliği getirmiştir (Clarke ve ark., 2015).

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Nicel verilerin dökümünü oluştururken Microsof Excel programı, verilerin analizi için ise IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılmıştır. Hipotezler doğrultusunda anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ön test ve son test puanları, katılımcı sayısının az olması sebebi ile nonparametrik testlerde yer alan Wilcoxon işaretli sıralar testi ile analiz edilmiştir. Nitel olan veriler, tematik analiz ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi ile manuel olarak analiz edilmiştir. Nitel verilerin analizinde ve yorumlanmasında *üçgenleme* yöntemi kullanılmıştır. Üçgenleme, verilerin çapraz onanması hedefi ile birden çok değerlendirmeci ile analiz edildiği bir yöntemdir. Bu yöntem takip edilerek, katılımcıların nitel ve nicel bulguları öncelikle araştırmacı tarafından analiz edilmiştir ve ardından nitel bulgular güvenirliği arttırmak amacı ile tez danışmanı ve dört ayrı nitel araştırmacı ile oluşturulan nitel kodlar ışığında analiz edilmiştir.

Araştırmacı nicel verilerin, araştırma öncesi ve sonrasında nasıl değiştiğini değerlendirmiş ve araştırma sonunda toplanan nitel veriler ile bütünleştirerek yorumlamıştır.

3.5 Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Öz-Düşünümsellik

Öz-düşünümsellik kısmının bir araştırmada yer alıyor olması, araştırmacının araştırmayı yapılandırırken nasıl bir bakış açısı ve inanç sistemi ile araştırmayı oluşturduğunun okuyucu tarafından bilinmesi ve bulguların okuyucu tarafından daha doğru anlaşılabilmesi açısından büyük önem taşır (Berger, 2015). Öz-düşünümsellik aynı zamanda araştırmacının araştırmayı gerçekleştirdiği koşulların nasıl olduğunu ve aynı zamanda da araştırmacının bu süreci yürütürken kendi deneyimlerinin araştırma ile nasıl harmanlandığını kapsayan bir bölümdür. Öz-düşünümsellik, çoğunlukla nitel

araştırmacıların araştırmanın güvenirliğini, şeffaflığını ve kalitesini arttırmak amacı ile tercih ettiği bir araç olarak yer almaktadır (Watt, 2007).

Araştırmacı, yüksek lisansını klinik psikoloji üzerine tamamlarken, bir yandan da beden psikoterapisi odaklı bir eğitim almıştır. Bu eğitimin içerisinde araştırmacı özellikle beden ile çalışırken, psikosomatik bir bakış açısı edinmiş olup zihinsel süreçlerin bedene doğrudan etkisinin olabileceğini deneyimlemiş ve özümsemiştir. Araştırmacı, yüksek lisans döneminde aynı zamanda Sokakta Yaşayan Çocuklar için Uygulama ve Araştırma Merkezi (SOYAÇ) tarafından yürütülen "Okuldayız Üsküdar" projesinde sınıf psikoloğu olarak yer almış olup, dezavantajlı ailelerin bizzat deneyimledikleri travmalara tanık olmuştur. Travma deneyiminden geçen aileler ile çalışmak, araştırmacının travma üzerine bir araştırma planlamasında bir etken olmuştur.

Araştırmacıya "neden FMS?" diye sorulacak olursa, araştırmacının ailesinde ve çevresinde sebebi açıklanamayan yaygın ağrılı kişiler bulunduğu ve özellikle araştırmacının rahmetli babaannesinin de bedensel ağrılar ve yakınmalardan muzdarip olmuş olması, araştırmacının yıllar içerisinde ağrıyla çalışma merakını arttırdığı söylenebilir.

Araştırmanın pandemi başlangıcı ile başlamış olması, pek çok kişinin travmatik bir sürece şahit olduğu ve tetiklendiği gerçeğini gözler önüne sermektedir. Araştırmacı pandemi sürecinin getirisi olan "toplumsal travma" dan esinlenerek travma ile çalışmak istediği noktasında mutabık kalmıştır. Araştırmacının yüksek lisans arkadaşları ile yazmış olduğu "Embodied Reflections of Body-Oriented Clinical Psychology Students during Covid-19" makalede yazarlar pandemi sürecindeki deneyimlerini aktarmışlardır (2021). Deneyimler incelendiğinde, her bir kişinin tetiklenmesinin farklı konular ile ilgili olduğu görülmektedir. Makalede, deneyimlenen travmanın kişinin kendi bedeni ile olan bağlantısını sabote ettiği ve bedenlerinden ayrışma deneyimi yaşadıkları gözlemlenmiştir. Araştırmacının kendisi de aynı deneyimi yaşamıştır ve travmanın bedenden ayrışmaya sebep olduğuna bizzat tanık olmuştur. Araştırmacı, pandemi sebebi ile tetiklenen travmaları sebebi ile kendisinde bedensel ağrılar ve kasılmalar deneyimlemiştir. Bu ağrıların şiddetinin azalıp artmasının tetiklenme şiddetine göre değişkenlik gösterdiğini gözlemlemiştir.

Araştırmacı pandemi sürecinde online olarak eğitimlerini tamamlarken Karol Darsa tarafından hazırlanan Reconnect Bütünsel Travma Terapi Modeli (RITTM) uygulayıcı eğitimini almıştır. Bu eğitimde öğretilen perspektif ve teknikleri araştırmacı kendi üzerinde de çalışma fırsatı bulmuştur ve kendi bedeni ile yeniden bağ kurabilmeye başladığını deneyimlemiştir. Araştırmacı, hem içinde bulunmuş olduğu yüksek lisans programı hem de RITTM eğitimi süresince, beden odaklı çok boyutlu teknikler ile çalışıldığı zaman, klasik psikoterapi teknik ve yöntemlerin aksine, travma üzerinde daha hızlı ilerlenebildiğini ve iyileştirici etkilerin deneyimlenebildiğini gözlemlemiştir. Bu deneyiminden sonra araştırmacı, araştırmak istediği konuların ortak noktasının olup olmadığını araştırmıştır ve FMS nin sonuçlarından çok sebeplerinden birisinin deneyimlenmiş travma olabileceğini öne sürmüştür. Araştırmacı literatür araştırmalarında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), FMS bulguları arasında yer aldığını gözlemlemiştir. Araştırmacı, deneyimlerinin sonucunda, FMS tanısı almış kişilerin tedavi sürecine yeni bir psikolojik destek seçeneği sunabilmek motivasyonu ile bu araştırmayı oluşturmuştur.

Araştırmacı, katılımcılar ile araştırma süreci başlangıcında, süresince ve sonunda iletişim içerisinde bizzat iletişim içerisinde olmuştur ve RITTM uygulamalarını Karol Darsa süpervizyonu eşliğinde gerçekleştirmiştir. Araştırmacının katılımcılar ile birebir ilgilenmiş olması ve aynı zamanda katılımcıların verilerini analiz etmiş olması, araştırmacının değerlendirmeleri derinlemesine gerçekleştirmesini ve hatta karşı aktarımları fark edip yorumlayabilmesini sağlamıştır. Gerçekleştirilen RITTM uygulaması haftada 1 olmak üzere 60 dakikalık seanslar olarak düzenlenmiş olup 10 haftalık bir sürece yayılmıştır. Seanslarda katılımcıların deneyimlemiş olduğu bedensel duyumsamalar ve ağrılar kimi zaman araştırmacı tarafından da paralel olarak hissedilmiş olması, bedensel duyumsamanın araştırmacı tarafından derinlemesine anlaşılabilmesini ve açıklanabilmesini sağlayan bir yerde olmuştur.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

“Bu bölümde, önce araştırmanın sonunda yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda ortaya çıkan ana ve alt temalar analiz edilmiş olup sonrasında da nicel veriler analiz edilmiştir. Nitel ve nicel veriler araştırmanın tartışma bölümünde birlikte değerlendirilmiştir.

4.1 Nitel Bulgular

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine bedensel yakınmalar ile başvurmuş ve FMS tanısı almış olan 4 kadın katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecine 6 kişi ile başlanmış olup, 2 katılımcı ani vefat yaşadıklarından ötürü 2 katılımcının verileri araştırmanın dışında bırakılmıştır. Katılımcılara sağlanmış olan 10 haftalık RITTM desteği öncesi ve sonrasında depresyon, anksiyete ve travma düzeylerine bakılmasının yanı sıra, almış oldukları RITTM terapötik desteğinin sonunda bireysel deneyimlerini değerlendirebilmek adına müdahale sonrası online ortamda derinlemesine görüşmeler düzenlenmiş olup, görüşmeler sonucu ortaya çıkan veriler tematik analiz ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile analiz edilmiştir. Analizlerin sonucunda “ayrışmadan bütünleşmeye”, “hayır diyebilmek” ve “bedensel ağrıların şiddetinde azalma: artık (…)” ana temaları ile bu temalara ait alt temalara ulaşılmıştır (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Analizler Sonucu Ulaşılan Ana Temalar ve Alt Temaları

4.1.1. Ayrışmadan Bütünleşmeye	**4.1.3. Bedensel Ağrıların Şiddetinde Azalma: "Artık (…)"**
4.1.1.1 Öz-farkındalık	4.1.3.1. Kontrol Hissi
4.1.1.1.1 İhtiyaçlara Gelen Farkındalık.	4.1.3.2. Metaforik Anlatım
4.1.1.1.2. Kaynakların Keşfi	
4. 1.1.1.3. Bedensel Farkındalık	
4.1.1.1.4. Zihin-Beden Bütünlüğü	
4.1.1.2. Öz-Düzenleme	
4.1.1.2.1. Anda Kalabilme	
4.1.1.2.2. Duyguların İşlenme(me)si	
4.1.2. Hayır Diyebilmek	
4.1.2.1. Öz-değer	
4.1.2.1.1. Özgüven	
4.1.2.1.2. Özsaygı	
4.1.2.1.3. Öz-şefkat	
4.1.2.1.3.1.Koşulsuz Sevgi	
4.1.2.1.3.2. Koşulsuz Kabul	
4.1.2.1.3.3.. Öz-bakım	

4.1.1 Ayrışmadan bütünleşmeye

FMS tanısı almış olan 4 kadın katılımcı ile 10 haftalık RITTM müdahalesi sonrası terapötik etkilerin analiz edilebilmesi amacı ile gerçekleştirilmiş derinlemesine görüşmeler sonucunda ulaşılan "ayrışmadan bütünleşmeye" ana teması, bireyin geçmişte kendisinden ayrışan duygularının, bedeninin kendisi ile yeniden bağlantı kurabilmesine odaklanmaktadır. "Ayrışmadan bütünleşmeye" altında "öz-farkındalık", "öz-

düzenleme", "öz-değer" ve "öz-şefkat" alt temalarına ve bu alt temalarında alt temalarına ulaşılmıştır.

Katılımcıların hepsi (n=4), travmalar ve ağrılar sonucu öncelikle kendilerinde gözlemledikleri ayrışmayı ve "kopuşu" vurgulamışlardır. 10 haftalık RITTM terapötik desteği sürecinde kurulan ilişkinin kendileri ile yeniden bağlantı kurmayı desteklediğini, kendileri ile yeniden bağ kurabildiklerini ve kendileri ile yeniden bütünleşmeye başladıklarını fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Aşağıdaki ifadeler katılımcıların deneyimledikleri kopuşun yerini yeniden bağlanmaya bıraktığını işaret etmektedir;

"10 haftalık süreçte gerçekten benim hayatımda çok hızlı bir değişim oldu. Kendimi artık yaralı ve çözümsüz hissetmiyorum. Hani bazen düğüm olmuş gibi hissedersiniz ya, o düğüm noktası artık yok." (Kadın, E., 47yaş)

"Bu araştırmaya başvurmuş olmak ve sizden 10 haftalık bir destek almış olmak sanki kendimle yeniden tanışmışım ve kendimle aramdaki bağları onarabilmişim hissini bana verdi. Kendimin sesini duyabildiğimi deneyimlemeye daha çok başladım diyebiliriz" (Kadın, Ş, 43 yaş)

"10 haftalık sürecimiz sonrasında kendimi bedenimden ayırmayarak konuştuğumu, kendime ait her parçaya reddetmeyerek yaklaştığımı fark ettim, içimde bir barış anlaşması imzalandı sanki(...)" (Kadın, B, 43 yaş)

"Böyle hani sanki ben ben oldum. Kendimle çatıştığım zamanlarda benlikten çıkıyordum biliyorsunuzki. İç çatışmalarımın dile gelmesi ve uzlaşması sayesinde sanırım kendi duygularıma ve geçmiş yaşantılarıma dair kısımları kabul edebiliyorum artık biraz" (Kadın, Z, 42 yaş)

RITTM, bireyin kendisi ile bağlantılı temalarda gelişim göstermesini destekleyen bir model olmakla birlikte bireyin kendisini kapsandığını deneyimlediği, süreç içerisinde bireyin kendini bir bütün olarak kapsayabilmesini destekleyen ve hedefleyen bir terapi modelidir. Modelin katılımcılara sunmuş olduğu bütüncül yaklaşım, katılımcıların bedensel ve zihinsel deneyimlerini anlamlandırma ve arasında bağ kurabilme sürecine ışık tutmuştur. Katılımcıların söylemleri bahsedilen anlamlandırmaya vurgu yapmaktadır:

"Ne olduğunu, neden kaynaklandığını, neyin bedenime zarar verdiğini farkında değildim. Onu fark etmemi sağladı." (Kadın, B., 43yaş)

> Sanki bedenime kavuşmuş ve onu anlıyor gibiyim biraz, bana ne söylemeye çalıştığını, neyi işaret etmeye çalıştığını… Bedenimin kendisine o kadar kapalıymışımki sanki bana ait değilmiş gibi ifadelerde bulunuyordum seanslarımızda. Şimdi anlıyorumki kabulleniş bir parçalanma yaratmış bende ve beni parçalamış(…) O parçaları da seanslarda sanki yaldızlı bir tutkalla birleştirdik ve şık bir bütün oldu ve ben bir bütün oldum yeniden. (Kadın, Z, 42 yaş)

"Kendimden uzakmışım meğersemde farkında değilmişim. Ah o geçen yıllar ve mesafeler(…) Ne diyebilirimki, bu hem bir yas hem de kendimle yeniden bir tanışma oldu sanırım bana(…)" (Kadın, E, 47 yaş) şeklinde ifade etmiştir.

4.1.1.1 Öz-farkındalık

10 haftalık RITTM terapötik desteğinin sağlanması sonucunda katılımcılar kendileri ile ilgili pek çok farkındalığa ulaştıklarını, farkındalıklarının sonucunda ise rahatlama deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Öz-farkındalık alt başlığı, katılımcıların 10 hafta sonucunda kendilerinde olumlu yönde gelişme gördüklerini ifade ettiği 4 alt başlığı kapsamaktadır. Bu başlıklar; "ihtiyaçlara farkındalık", "kaynakların keşfi", "bedensel farkındalık" ve "zihin-beden bütünlüğü" alt başlıklarıdır.

4.1.1.1.1 İhtiyaçlara gelen farkındalık

Katılımcılar ile gerçekleştirilmiş RITTM terapötik destek sürecinde kendi ihtiyaçlarının ne olduğunu anlamlandırdıkları ve ihtiyaçlarına yönelmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların ihtiyaçları birbirinden ayrışmakla birlikte her katılımcının ihtiyacı kendi özlerine yönelik ihtiyaçlar olarak dile gelmiştir:

"Ama o hafta kendime çok sarıldım ve bende çok pozitif bir katkısı oldu. Yapmalıyım.. Aksattığımı farkındayım ama yapılması gerçekten faydalı. (Kadın, E., 47yaş)

"Ağrılarımın beslenmem ile tetiklendiğini de farkındayım. Sağlıksız beslenmemin vermiş olduğu ağrılar da var." (Kadın, E., 47yaş)

"Her ne kadar yargılansamda itici de görünsem sınırlarıma sahip çıkmam gerektiğini hissettim ve seanslarda bunu gördüm. Belli durumlarda sınırımı korumam gerektiğini ve bu sınırların beni koruyan bir yerde olduğunu anladım" (Kadın, Ş, 43 yaş)

"Yardım etmek güzel şey ama bunu kendime yapamadığımı gördüm. Seanslarda kendi elimdende tutabildiğimi ve yerden kaldırabildiğimi deneyimledim" (Kadın, Z, 42 yaş)

Katılımcıların duygularını dışa aktarabilme ve duygularına alan açma ihtiyacı da bu süreçte farkındalığa gelen bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılar, duygularını bedensel veya sözel olarak dışa vurabildiklerinde iyi oluş halini deneyimleyebildiklerini ve bedensel ağrılarının hafiflediğini aktarmışlardır:

"*verdiğim bir tepki ne kadar bir rahatlama yarattı. Ben bunu uzun süredir yapıyor olsaydım bu ağrıların hiçbiri olmayacaktı belki de. Susmak bende çok sinir yaratmış ve beni bu hallere soktu." (Kadın, Ş., 43yaş)*

"Kendimi ifade ederken acaba karşı tarafı kırar mıyım diye içimde yaşadığım o kadar çok kavgam vardı ki(…) Bu kavgaların kendi içimde oluşunun bedenimi ne kadar yorduğunu fark ettikten sonra duygularımı söyleyebilir hale anca gelebildim(…) ve bu savaşlar yerini sakinliğe bırakmaya başladı" (Kadın, Z, 42 yaş)

> Bazende kendimi frenlediğim zamanlar oluyordu düşüncemi söylersem incitirim diye ama şunu gördümki günün sonunda incinen bendim. Kendimi incittiğime uyandığımda bunun aslında benim elimde olduğu idrakı geldi ve kendimi ifade edemediğim anlarda kendimi yakalayabilmeye başladım. 1 kelime ile bile olsa kendimi karşımdakine ifade etmeye çabalıyorum (Kadın, E, 47 yaş)

4.1.1.1.2 Kaynakların keşfi

RITTM modelinin kapsadığı teknikler, katılımcılara seanslar esnasında öğretilmiş olup katılımcılar tarafından günlük yaşantılarında da uygulanmaya başlanmıştır. Katılımcılar, bireysel yaşantılarında deneyimledikleri olumsuzluklar karşısında bu tekniklere yönelip uyguladıklarını ve kendi kaynaklarını keşfedip kaynaklarına erişim saylayabildiklerini ifade etmişlerdir:

"Bazen çalıştığım işyerindeki seans arasında belki hani çok amatörce yapıyorum ama mesela kişiye buhar veriyorum, o arada onun gözleri kapalı, benim çok sırtım ağrıyorsa mesela, o esnada kendim hemen terliklerimi çıkarıp yere basıp böyle bir topraklanma yapmaya çalışıyorum." (Kadın, E., 47yaş)

> Mesela kaynağa yöneldiğimiz, kaynağa odaklandığımız bir teknik vardı. Bu teknik benim adıma çok arındırıcı ve rahatlatıcıydı. Resim çizerek çalıştığımızda yüreğimdeki heyecanı hissettim. En kötü hissettiğim zamanlarda gelecek hayallerimi aklıma getireceğim ve egzersizde çizdiğimiz resme bakacağım, bu benim güzel duygularımı ortaya çıkardı. (Kadın, Ş., 43yaş)

*"ağrılarım azaldı, katkısı oldu. Olumsuz düşünceler aklıma geldiğinde veya ağrılarım geldiği zaman sizin önerdiğiniz egzersizlere yöneliyorum. Egzersizler bedenimde rahat ve güvende hissetmemi oldukça destekledi" (*Kadın, Z., 42yaş)

Katılımcı Z kaynakları ile ilgili yorumda bulunurken araştırmacının kendisinin ona bir kaynak niteliğinde hissettirdiğini vurgulamıştır:

"*Artık her tereddüt ettiğimde aklıma siz geliyorsunuz*." (Kadın, Z, 42yaş)

10 haftalık RITTM müdahale süresince katılımcılar kendilerine ait içsel ve dışsal kaynakları keşfetmiş olup kaynakların kendilerinde yarattığı olumlu duyguları deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Bahsedilen içsel kaynaklar katılımcının kendi duygu ve deneyimleri, dışsal kaynaklar ise katılımcının dış dünyada kaynak olarak betimleyebildiği bir kişi, nesne, mekan, müzik veya diğer dış dünyaya ait bileşenlerdir. Bu kaynaklar onlar için bir "liman" görevi görmekle birlikte duygu salınımlarının daha yumuşak gerçekleşmesini desteklemiştir.

4.1.1.1.3 Bedensel farkındalık

Katılımcılar bu süreçte bedensel deneyimlerini fark edebilmeyi, takip edebilmeyi ve en önemlisi de bedenlerini duymayı ve dinlemeyi öğrendiklerini aktarmışlardır. Terapiler esnasında bedene yönelik soruların katılımcılara yöneltilmesinin büyük bir katkısı olduğu katılımcılar tarafından görüşmeler esnasında belirtilmiştir:

"Diyordunuz ya hani bu duygu bedeninizin neresinde size kendini hissettiriyor veya bedeninizi taradığınızda bedeninizin neresinde o ağrıyı hissediyorsunuz diye, onu fark edebildim." (Kadın, B., 43yaş)

Yukarıdaki yorumda Katılımcı B, terapistin varlığı söz konusu olmadığı durumlarda da terapistin sesini zihninde duyduğunu ifade etmektedir. Katılımcı B tarafından aktarılan bu deneyim, katılımcının terapist ile güvenli ve kuvvetli bir bağ kurabildiğini ve terapi sonrasında da terapinin etkisinin devam ettiğine işaret etmektedir.

"Kendimi dinlemeye ve fark etmeye başladım. Önceden bedenimdeki ağrıları çok fazla hissediyordum, sanki bedenimde tonlarca yük taşıyormuşum gibi." (Kadın, Z., 42yaş)

> Bu sürece kadar beden farkındalığının bende eksik olduğunu gördüm açıkçası… bedenim yokmuşçasına sürdürmüşüm yaşantımı, belkide bedenime dönmekten kaçınmışım ve bedeni kötülemişim(…) Bedenime yönelmekten ve bedenimde olup biteni fark etmekten kaçtım onca zamandır… Sanki bedene dönüş bana iyi gelmeyecek ve bedende olup biten şeyler kötü olarak kodlamışım kendime… Semptomun bir ihtiyacın farkındalığı getirdiğini ve semptomdan korkmamam gerektiğini bu süreçte öğrendim diyebilirim sayenizde (…) (Kadın, E, 47 yaş)

Araştırmacının beden odaklı bir psikoterapi yönelimi ile müdahaleyi gerçekleştirmiş olması, beden farkındalığı ile bireyin kendini keşfetmesini destekleyen bir yerde olmuştur. Müdahale sonrası bedene gelen farkındalıkla birlikte, katılımcıların bütünselliği desteklenmiş olup, katılımcılar bedensel deneyimlerini çok daha rahat anlamlandırabilmeye başlamıştır. 10 haftalık RITTM terapötik sürecinde katılımcılar, bedensel deneyimlerini merakla keşfederken bir yandan da geçmişlerine yolculuk yapmışlardır ve bedende kodlanan deneyimler üzerine bu sayede rahatlıkla çalışılabilmişlerdir. Bedene gelen farkındalık bir o kadar da kendi biriciklerini görebilmelerini ve kendilerini destekleyebilmelerini sağlayan bir yerde olmuştur.

4.1.1.1.4 Zihin-beden bütünlüğü

10 haftalık RITTM terapötik desteği sürecinde katılımcılar, zihinsel süreçleri ve bedensel süreçleri arasındaki bağlantıyı kavrayabilmiş olup iki sürecin ayrılamaz bir bütün olduğunu benimsemişlerdir. Bu iki sürecin birbiri ile bağlantısı katılımcılar tarafından

farkındalık düzeyine geldiği zaman, katılımcılar ağrı deneyimlerini anlamlandırabilmeye başlamışlardır:

"Bu hastalığın stresle birebir bağlantısını gördüm ve şu düşünceye geldim 'ben ne kadar stresle başa çıkabilirsem bedensel ağrılarım o kadar azalacak" (Kadın, B., 43yaş)

"Bir şeyleri içinde tutmak beyni basınç yapıyor ve bu da vücudu kasıyordu. Zihnim bedenimi o denli etkiliyordu demekki geçmişten bugüne." (Kadın, Z., 42yaş)

"Zihinsel gücün bedenimizdeki bu ağrı sızılarda çok etkisi olduğun inanıyorum. Bunu gözettiğimizde aslında bir bütün var karşımda ama nedense önceden bu ikisi birbirine sırt çevirmişler gibi" (Kadın, E., 47yaş)

"Geçmişte zihnimin oldukça meşgul olduğu evlilik sürecimin kalıntıları bedenimdeki kasılmaları ve ağrıları oluşturdu aslında bunu algıladım. Ben zihnimin bedenimi bu derece etkileyeceğini bu kadar net düşünmemiştim. Bu bağlantıyı farkına varmak bile içimdeki şeylerin zincirleme misali değişmeye başladığını hissettirdi(...)" (Kadın, Ş, 43 yaş)

Yukarıdaki söylemlerde, katılımcıların duygusal yaşantılarının bedensel yaşantılarına yansıdığını fark ettiklerinde ağrılarını daha rahat anlamlandırabilmeye ve hangi sürecin neye sirayet ettiğini daha rahat saptayabildikleri gözlemlenmiştir. Katılımcılar, geçmişteki ve şu anki zihinsel süreçlerinin bir sonucu olarak FMS semptomlarını taşıdıklarını bu süreç sonunda fark etmişlerdir.

4.1.1.2 Öz-düzenleme

Katılımcıların farkındalıklarının desteklenmesi, kaynaklarını ve ihtiyaçlarını fark edebilmelerini, akabinde kendilerini düzenleyebilme hallerini desteklemiştir. Katılımcılar öz-düzenleme deneyimlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

"*Çok negatif olan, hatta kendimle özdeşleştirmiş olduğum o negatif iç sesim neredeyse şimdi benimle hiç o kadar negatif bir görüşme yapmıyor. Hani o çaçor… beni hırpalayan sesi neredeyse 2-3 haftadır zaten hiç duymuyor gibiyim."* (Kadın, E., 47yaş)

"O sorgulayan ve eleştiren iç sesimle irtibat kurabildiğimde aslında onun bana ait olmadığını ayrıştırabilmeye ve onun sesini daha a duyabilmeye başladım." (Kadın, Ş, 43 yaş)

Katılımcılar iç diyaloglarını düzenleyebilmek ve yönetebilmek konusunda yetkinleştiklerini süreç içerisinde de ifade etmişlerdir. Katılımcılar, kendi iç seslerini farkına varmış olup bu iç sesleri daha olumlu yönde kullanabilmeye bu süreç ile başladıklarını terapi süreçlerinde ve görüşmelerde vurgulamışlardır. "Öz-düzenleme" başlığı "anda kalabilme" ve "duyguların işlenme (me) si" alt başlıklarını kapsamaktadır.

4.1.1.2.1 Anda kalabilme

Katılımcıların hepsi geçmiş travmasına sahip olan ve FMS tanısı almış olan kişilerdir. Katılımcılar, terapi süreçlerinde geçmiş travmaların ve bedensel ağrılarının kendilerini şu anı deneyimlemekten alıkoyduğunu, 10 haftalık süreçten sonra ise zihinlerinin geçmişe veya geleceğe kaymadığını, kendilerini anda tutabildiklerini ve anın farkındalığına daha hızlı erişebildiklerini belirtmişlerdir:

"Nefes tekniği, kelebek sarılması geldi aklıma… Topraklama egzersizlerimiz geldi aklıma. İlk 3 seanstan sonra geçmişe veya geleceğe gitmemeye başladığımı fark ettim. Teknikleri günlük hayatımda kullanmaya çalışıyorum. Geçmişe ve geleceğe çok gidiyordum sizden önce." (Kadın, Z., 42yaş)

> sen şu anı en iyisiyle yaşa, artık yarın olduğunda yaşayabileceğin şey neyse onu da o anda çöz'. Zaten ilahi adalete de inandığım için, evet anda kalmayı keşfetmek benim için çok güzel oldu size onu söyleyeyim, onu beceremiyordum ben. Hani, belki de hiç çaba sarf etmemiştim. Böyle bir şeyin ne kadar gerekli olduğunu ya da benim için ne kadar huzur kaynağı olacağını keşfetmediğim için sürekli benim zihnim zaten fazla düşünür, uykuda bile düşündüğüm için, ama şuan kendimi anda tutuyorum, şu an. (Kadın, E., 47yaş)

"Anda kalma duygusunun aslında kendimdeki stresten kurtulmamın başlıca sebebi olduğunu biliyorum. Beni mutsuz eden şeyler kaygılardı, geçmişte ve gelecekte yaşamak ve o ikisi arasında gidip gelmek kaygılarımı arttırdı." (Kadın, E, 47yaş)

Katılımcılar, anda kalma deneyimlerinin artması ile birlikte anksiyetelerinin azaldığını, zihinsel olarak yorulmamaya başladıklarını ve bedensel ağrılarının anda kalabildikleri zaman daha hafif deneyimlendiğini fark ettiklerini aktarmışlardır. Anda kalabilme deneyimi tüm katılımcılar tarafından deneyimlenebilmiş olup 10 haftalık süreç sonrasında öğrenmiş oldukları egzersizler ile daha sürdürülebilir hale gelmiştir.

4.1.1.2.2 Duyguların işlenme (me) si

Katılımcılar araştırma süreci içerisinde geçmişten getirdikleri duyguları ve deneyimleri ifade etmekle beraber, bastırılmış ve deneyimlenememiş duyguların üzerine çalışabilme ve duyguları işleyebilme fırsatı bulmuşlardır. Geçmişte deneyimlenmemiş duygular, katılımcılar ile bugüne kadar gelmiş olup, henüz deneyimlenip sindirilmediği için tıpkı o günkü aynı şiddette kendini seanslarda göstermiştir. Duyguların ifade edilerek bedenden dışarı çıkması ve "işlenmesi" katılımcılarda rahatlama deneyimini getirmiştir:

"Omuz kısımlarım, boyun kısımlarım, bide böyle içimdeki üzüntüleri tutunca sıkıntı vardı bende. Nefes teknikleri, sanki içimde biriken şeyleri haykırabiliyormuşum gibi hissettirdi, boşaltmak gibi oluyor." (Kadın, Z., 42yaş)

> Bu sayede de daha önceden hissettiğim o burun yanması, yüreğimin sıkışması olmuyor. Bu zamana kadar hiç doğru düzgün tepkiler veremedim, alışıyorum, önceden bilmiyordum hayır demeyi, tepki vermeyi… Bu süreç bana tepkilerimi vermeyi öğretti. Duygularımı ifade edip 'oh be' demeye başladım. Bu hissi kendimde daha çok hissetmeye yöneldim. Tepkilerim şu an biraz keskin çıkıyor dışarı çünkü daha önceden dışarı hiç çıkmamışlardı. Dürülmüş dertler kenara konmuş, açıldıkça bazı şeyleri farkına vardım. Baskıyı 14 senedir değil çok daha uzun bir süredir yaşadığımı fark ettim sizin sayenizde. (Kadın, Ş., 43yaş)

> Yıllar yıllar önce deneyimlediğim duyguların şu an dile gelmiş olması beni öncelikle şaşırttı çünkü aynı şekilde hissettireceğini düşünmüyordum ve varlıklarını sürdürdüklerini bilmiyordum. Öyle bir derine gömmüşüm ki o duyguları, canımın yanmadığına kendimi ikna etmeye çabalamışım. Sizinle birlikte, bu duyguların bende yarattığı yükü bedenimden atabilmek beni bir kuş gibi hissettirdi. Seanslardan önce duygularımın daha zor dile geldiğini,

karşımdaki kırılmasın aman tartışma çıkmasın diye içimde kalan konular olduğunu fark ettim. Seanslarımız sonlandığı zaman ise şunu dedim kendime 'kavgalar olmalı, her zaman da çiçek böcek olamayız ve her duruma ve duyguya yer açabilmek lazım (Kadın, E, 47yaş)

4.1.2 Hayır diyebilmek

Katılımcılar, 10 haftalık süreç öncesinde bedensel veya sözel olarak hayır diyemedikleri anları fark etmiş olup, güncel hayatlarında da hayır demekle alakalı zorluklarından bahsetmişlerdir. Katılımcılar, özellikle ailelerinde öğrenmiş oldukları öğretiler doğrultusunda istemedikleri bir durumda hayır diyebilmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Tüm katılımcılar ilk seanslarında 'hayır diyebilme' temasına değinmiş olup bunu bu zamana kadar yapamadıklarını ve kendilerine alan açamadıklarından bahsetmişlerdi. "Hayır demek" temasının alt başlıklarında "öz-değer" ve "öz-şefkat" temaları yer almaktadır. Seanslar çerçevesinde katılımcılar hayır diyebilmek konusunda daha rahat olduklarını belirtmişlerdir:

" Bazen 'hayır' kelimesini kullanmakta söylemekte tereddüt ederdim." (Kadın, Z., 42yaş)

"Olan olumsuz olaylar karşısında kendimi ifade ederek ve hayır diyerek ağrı şiddetimin kendini hissettirmesini engelledim bence." (Kadın, Ş., 43yaş)

Çevremdeki insanlara hayır dememek içi o kadar çabalardımki günün sonunda olan bana olurdu ve kendimi unuturdum resmen. Hayır diyemediğim her an kendi alanımı bir o kadar daralttım ve elim kolum bağlandı sanki. Seanslar sürecinde hayır demenin karşımdakini kırmak olmadığını anladım ve hayır diyebildikçe kendime saygımın da arttığını gözlemledim. (Kadın, E, 47yaş)

"Arkadaş gruplarımda ve akrabalar arasındayken katılmadığım fikirleri söylemekte ve yapılan programlarda hayır diyebilmekte güçlük çekerdim ve sınır da çizemezdim. Bu durum beni çok zorlardı. Sizinle bu konuda yol alabildiğimi ve artık biraz kendi sınırlarımı koyabildiğimi hissetmeye başladım bu konuda" (Kadın, B, 43 yaş)

4.1.2.1 Öz-değer

Katılımcılar, 10 haftalık RITTM terapötik süreci sonrasında, 'hayır diyebilmeyi' hayatlarında uygulamaya başladıklarında kendilerine alan açabildiklerini, kendilerini önceleyebildiklerini ve kendilerine olan sevgiyi daha çok hissedebildiklerini aktarmışlardır. Bu döngü tek yönlü bir akışta değil, bu temaların birbirine olan katkısı ile çok yönlü bir akışta öz-değer olgusunu beslemektedir. "Öz-değer" teması, "özgüven" ve "öz-saygı" alt temalarını kapsamaktadır.

4.1.2.1.1 Özgüven

Bu süreçte katılımcılar kendi özlerine yöneldikçe, özlerine olan güvenleri desteklenmiş olup kendilerini ifade ederlerken daha rahat olduklarını, kaygılanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan biri, desteklenen özgüvenini şu şekilde kelimelere dökmüştür:

"Özgüvenim yerine geliyor. Duygularımı ifade edebiliyorum." (Kadın, Ş., 43yaş)

"Kendime ve sezgilerime olan güvenim yerine gelmiş gibi hissediyorum açıkçası. Kendimde o kuşku yaratan ve beni sorgulatan "acaba mı?" diyen tarafım yerini kendine güven duyan e kendine yaslanabilen tarafa bıraktı.." (Kadın, E, 47 yaş)

"Duygularım dilegeldikçe kendimi daha iyi ifade edebildiğimi ve kendime daha fazla güvenebildiğimi hissettim. Kendime olan güvenim arttıkça bu davranışlarıma ve iletişimime de yansıdı" (Kadın, B, 43yaş*)*

4.1.2.1.2 Öz-saygı

Katılımcılar 10 haftalık süreçte kendi benliklerine, deneyimlerine ve duygularına saygı duymaya başladıklarını, kendilerine karşı eskisi gibi acımasız ve kısıtlayıcı olmadıklarını ifade etmişlerdir:

*"Mesela, önceleri bu günlük işlerde çok yetersizlik duyguları yaşardım ben. Şimdi, yapabildiğim kadar ve elimden geldiğince, yani hırpalamıyorum kendimi." (*Kadın, E., 47yaş*)*

"herkesten önce kendimi düşünmem gerektiğini öğrendim, almadan vermemeyi öğrendim." (Kadın, Ş., 43 yaş)

*"*Önce ben demeyi öğrendim ve öğrenmeye devam ediyorum." (Kadın, B., 43yaş)

Müdahale sonrasında katılımcılar kendilerine duydukları saygının artması ile birlikte, kendi deneyimlerini anlayışla karşılayabildiklerini, bu sayede de deneyimledikleri anksiyetenin yerini rahatlığın ve akışta olma halinin aldığını aktarmışlardır. Kendilerine duymaya başlamış oldukları saygının, depresif ruh halinden sıyrılmaya yardımcı olduğunu seanslar içerisinde ifade etmişlerdir.

4.1.2.1.3 Öz-şefkat

FMS tanısı almış olan katılımcılar ile müdahaleye başlanan ilk 2-3 hafta, önce ben diyebilmekte, hayır diyebilmekte ve kendilerine olan sevgiyi hissetmekte zorluk hissettiklerine dair yorumlarda bulunmuşlardı. Müdahale sonlarında öz-şefkat duygularının geliştiğini hissettiklerine dair ifadelerde bulunmuşlardır:

"Kendimle iç çatışmam azaldıkça kendimle barıştım ve kendime olan şefkatim arttı. Şefkat, kendimi desteklememi ve kendimi anlayışla karşılayabilme halimi oluşturdu bence" (Kadın, Ş, 43yaş)

"Kendime anlayış gösterebildiğimi fark ettim bu sürecimizin sonunda. Geçmişteki halime duymaya başladığım şefkat şu anda da kendime şefkat duyabilmemi destekledi." (Kadın, B, 43yaş)

"kendimi severek her şeyi halledebileceğim noktasına geldim."(Kadın, E, 47yaş)

Katılımcı E'nin ifadesi, öz-şefkatin aslında çok temel bir görev üstlendiği, iç çatışmaların azalmasını desteklediğini ifade etmiştir. Katılımcıların ifadelerine göre, öz-şefkat kendilerine duydukları sevgi, saygı, kabul ve kendi bakımlarını gözetmek ile deneyimlemek. "Öz-şefkat" teması, "koşulsuz sevgi", "koşulsuz kabul" ve "öz bakım" alt başlıklarını kapsamaktadır.

4.1.2.1.3.1 Koşulsuz sevgi

Katılımcılarının kendilerine daha şefkatli yaklaşabilmeleri, iç savaşlarını dindirmeye başlamış olup kendilerine sevgi göstermeye yönlenmelerini desteklemiştir. Herhangi bir koşul koymadan kendilerini sevebilme hali, müdahale sonrasında kendilerinde gözlemleyebildikleri bir nokta olarak öne çıkmıştır:

"Bir insan kendini nasıl sever sorusuna artık yanıt verebiliyorum. Kendimi seviyorum artık aynaya baktığımda. Kendimi sevgiyle karşılıyorum. Kollarımın kalınlığını görsem de omuzlarımın güzelliğine odaklanmayı tercih ediyorum." (Kadın, E, 47yaş)

"Kendimi sevmenin aslında en temel kısım olduğunu fark edebildim süreçte. Kendimle çatışmalarım azaldıkça ve aklıdaki koşulların gerçekleşmemiş olmasına rağmen kendimi sevebildiğimi görmek benim için büyük bir başarı bence." (Kadın, Z, 42yaş)

> Bana ilk seansımızda kendinizle aranız nasıl diye sormuştunuz. Ben o gün kendime dürüst olup kendimle aramın iyi olmadığını ve kendimi çokta sevemediğimi söylemiştim size, çünkü ben sevilmemiş bir çocuktum. Şu anki halim ile çocukluğumdaki halime o sevgiyi sağlamaya başladıkça kendime karşı sevgi hissedebilmeye başladım. (Kadın, B, 43yaş)

4.1.2.1.3.2 Koşulsuz kabul

Katılımcılar, çoğunlukla kendilerini kabul edebilmek için hayatları boyunca çoğu zaman kendilerine bir şart koyduğu, bu şartı karşılayamadıklarında ise iç seslerinin kendileri ile çatıştığından ve olumsuz hissettirdiğinden bahsetmişlerdir. Müdahale sonrasında ise, iç seslerinin kendilerini olumsuz yönde etkilememeye başladığı ve aslında kendilerine ait olmadığını, geçmişteki anılara ve kişilere ait olduğunu keşfetmişlerdir. Aşağıdaki katılımcıların yorumları, müdahale ile birlikte kendi ile barış ilan ettiğine yöneliktir:

"kendimle barışıklık duygum çok ciddi manada…çözdüm"(Kadın, E., 47yaş)

"kendimi olduğum halim ile kabul ettikçe bedenim benimle savaşmamaya başladı" (Kadın, Ş., 43yaş)

> Aklımdaki fikirleri ve hedefleri gerçekleştiremediğimde kendimi suçlardım ve kendimi olduğum halim ile kabul etmekte zorluk çekerdim. Şu anda gelmiş olduğum noktada sayenizde, kendimi koşullu kabul ettiğim ve bunun da beni tetiklediğini farkındayım. Artık kafamda kendi koymuş olduğum koşullara uyamadığımda kendimden uzaklaşmıyorum, aksine kabul edebiliyorum. (Kadın, Z, 42yaş)

Koşulsuz kabulün kişiye getirmiş olduğu rahatlık müdahale süresince kademeli olarak artan bir kavram olarak gözlenmiştir. Bu süreçte, kişinin kendini destekleyebilmesi bakımından "koşulsuz kabul" kavramı oldukça kıymetlidir. Bu kavramın, kişinin aynı zamanda bedensel ağrılarının altında yatan duyguları da inkar etmemesini desteklediği de süreç içerisinde seanslarda gözlemlenebilmiştir.

4.1.2.1.3.3 Öz bakım

Katılımcılar, bir önceki temalarda da bahsedildiği gibi, RITTM müdahalesi öncesinde kendilerine alan açmakta ve kendilerini öncelemekte güçlük çekiyorlardı. Katılımcılar seanslar ilerledikçe, artık kendilerine zaman ayırabildiklerini, kendi fiziksel ve zihinsel süreçleri konusunda bireysel bir alan oluşturabildiklerini belirtişlerdir:

"Bu hafta özellikle kendime özendiğimi fark ettim. Bu benim çok uzun zamandır yapmadığım bir şey." (Kadın, E, 47 yaş)

> Kendime zaman ayırmak konusunda başarısızdım. Hep başkalarına zamanımdan verirdim ve 24 saat bana hiçbir zaman yeten bir zaman dilimi olmazdı. Fazla fedakarlığında bir yere kadar olduğunu gördüm bu süreçte ve en önemlisi kendimi unuttuğumu gördüm. Kendimi şımartabiliyorum artık, kendime zaman ayırıyorum ve dinlenebildiğimi hissediyorum. (Kadın, Ş, 43yaş)

4.1.3 Bedensel ağrıların şiddetinde azalma: 'artık…'

Bu araştırma oluşturulurken hedef alınan en temel noktalar, RITTM' in FMS' nin bireye vermiş olduğu bedensel ağrıların yok olması değil ama depresyon, anksiyete ve TSSB üzerine çalışıldığında bağlantılı olarak ağrıların azalma gösterebilmesiydi. Bu azalma hedeflenirken, azalmaya giden yolda bireyin ağrıyı tanımlaması, ağrıyı takip edebilmesi,

ağrı ile deneyimlenmiş travma arasındaki bağı kurabilmesi ve kaynaklarını keşfedip onlara yönelebilmesi temel noktalar olarak yer almıştır. Bahsedilen bu noktaların hepsi, katılımcılar tarafından 10 haftalık RITTM sürecinde deneyimlenmiş olup bedensel ağrılarında düşüş gözlemleyebildiklerini ifade etmişlerdir. Müdahale öncesinde, müdahale süresince ve müdahale sonunda, katılımcılardan bedensel ağrı şiddetlerini Görsel Analog Ölçeği üzerine 0-10 aralığında puanlamaları istenmiştir. Bu puanlama hem katılımcının kendi ağrı deneyimi üzerinde daha hakim bir şekilde takip sağlayabilmesini hem de deneyimlenen ağrının somutlaştırılmasını desteklemiştir ve ifadelerine şu şekilde yansımıştır:

> Ağrılarım gittiği için yüzüme yansıdı. Somurtkanlığım gitti, mimiklerim daha bir düzeldi. İlk başladığımızda ağrılarım şiddetliydi gerçekten. Bir değerlendirme yapsam, şu an 1 le 10 arası bir değerlendirme yapsam ilk zamanlar 9 demiştim siz sorduğunuzda, şimdi yani 2 diyebilirim. Çok faydası oldu. (Kadın, Z., 42yaş)

"Normalde de kendini hissettiren ağrılardı. Sizinle başladıktan sonra, değerlendirme olarak ağrıma verdiğim ilk puan ve son haftamızda verdiğim puan arasında bir düşüş var." (Kadın, Ş., 43yaş)

"Hani sırt ağrılarım hep olurdu benim ama o boyun ve omuzlardaki ağrı 8-9 gibiydi sürekli, bedensel ağrılarım hafifledi, 5-6 hissediyorum en fazla" (Kadın, E., 47yaş)

"Bedensel ağrı şiddetinde azalma: "artık.."" başlığı altında "kontrol hissi" ve "metaforik anlatım-benzetme" alt başlıkları yer almaktadır. Katılımcıların deneyimine göre, 10 haftalık süreçte ağrıya alan açabilmiş olmak, ağrıya zaman ve alan tanımış olmak, ağrının derinine inebilip verdiği sinyali çok daha rahat anlamlandırmayı sağlamıştır. Katılımcıların aktarımlarına göre, ağrıya alan açılmış olması, deneyimlenen bedensel sıkışmaları ve yoğunlukları hafifletmiştir. Ağrının anlamlanması ve görmezden gelinmemesi, bedensel ağrı olarak bedene gelen sinyalleri azaltmıştır.

4.1.3.1 Kontrol hissi

10 haftalık RITTM süreci sonunda katılımcılar derinlemesine görüşmelerde, kendi içsel süreçleri, yaşantıları ve ağrıları üzerinde kontrol hislerinin arttığını söylemişlerdir.

Katılımcılar, ağrı üzerinde deneyimledikleri kontrol hissinin yaşantılarındaki kontrol hissi ile paralellik gösterdiğini ifade etmişlerdir:

"ağrıyı yönetebilmeye çabalıyorum. O yönde bir gelişme görüyorum." (Kadın, B, 43yaş)

> Kaygılandığımda kendi içsel konuşmalarımı iyileştiriyorum. Bir kere kendime negatif söz söylemiyorum. Bir şeylere şimdiden kaygılanmamaya başladım. Bana iyi gelmeyen insanlarla görüşmemeyi tercih etmeye başladım. Bilinçaltımdaki korkulara baktım ve gelecek kaygılarım gözümün önüne geldi. Bu noktada kendimi yönetebilmeyi ve olumlu senaryolara odaklanmayı görebilmeye başladım. Gelecekteki korku senaryolarını susturabilmeye başladım. (Kadın, E, 47yaş)

"Ama mesela, kendime şu anda olduğumu hatırlatabilip oradan sıyrılabilmek güzel bir şey." (Kadın, Ş., 43yaş)

4.1.3.2 Metaforik anlatım

10 haftalık RITTM terapötik destek süreci sonunda gerçekleştirilmiş derinlemesine görüşmelerde, katılımcılardan deneyimledikleri süreci bir metafora benzetmeleri istenmiştir. Her ne kadar ortak temalar üzerinden her bir kişi ile çalışıldıysa da şunu unutmamak gerekir ki her yaşantı biriciktir ve bireysel bir deneyimdir. Aşağıdaki ifadeler, her bir katılımcının gözünden bu sürecin benzetme yapılarak metaforlar ile anlatıldığı yorumlardan oluşmaktadır:

> deniz kenarında oturup dalgayı seyretmek ve bir ağacın altında uyumak… yani onlara benzetirdim bu süreci. Sizinle devamlı konuşmak isterdim…Peri kızı.. Periye benzetirdim böyle sizi. Yani dokunuş.. Hani periler gelir dokunuş yapar değnekle ve değişim olur ya.. Siz sanki dokundunuz ve değişim oldu ağrıyan yerlerimde (…) (Kadın, Z, 42yaş)

"Bu süreci şeye benzetiyorum; beyaz bir sayfa var ve siyah bir kalem var. O siyah kalemi sayfaya vura vura vura simsiyah olur. İşte o siyah noktaların silinmeye başlaması olarak görüyorum." (Kadın, B, 43yaş)

"sanki yeniden doğuşa, güneşe benzetirdim. Kesinlikle yeniden doğuş" (Kadın, Ş, 43yaş)

> Hani bazen düğüm olmuş gibi hissedersiniz ya, o düğüm noktası artık yok. Bu terapi sürecinde aslında şunu da fark ettim, benim bayadır. Bazen kendi içimde bile 'ya ben bu kadar sürede bunu başardım' diyorum, rüzgar metaforu da oradan geliyor. Bir rüzgar gibi geldi geçti derler ya, bu 10 hafta benim için öyleydi. (Kadın, E, 47yaş)

Yukarıda bahsedilen metaforlara bakıldığı zaman oldukça anlamlı benzetmeler yer almaktadır. Katılımcılar bu süreç ile birlikte iyi oluş halini daha çok deneyimleyebildiklerini kullandıkları metaforlar ile de ifade etmektedirler. Katılımcılar, 10 haftalık sürecin kendileri bakımından verimli ama biraz hızlı geçtiğini görüşmeler esnasında aktarmışlardır.

4.2 Nicel Bulgular

Bu araştırmanın nicel bulguları FMS tanısı almış 4 kadın katılımcıdan alınmıştır (n=4). Araştırmada denek içi örneklem kullanılmıştır. Araştırmada, FMS tanısı almış kişilerin deneyimlemekte olduğu depresyon, anksiyete ve TSSB semptomlarının bağımsız değişken olan RITTM müdahalesi ile nasıl bir değişime uğrayacağı gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda; Beck Depresyon Ölçeği (BD) ile ölçülen depresyon semptomları, Beck Anksiyete Envanteri (BA) ile ölçülen anksiyete semptomları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) (TSS) ile ölçülen travma semptomlarının müdahaleye bağımlı olarak anlamlı bir azalma gösterip göstermediği analiz edilmiştir.

Bu amaçla ilk olarak müdahale öncesi ve sonrası ortalamalar karşılaştırılmış olup ardından da katılımcı sayısı az olduğu ve bir dağılım söz konusu olmadığı için veriler kategorik değişkenler olarak kodlanarak parametrik olmayan bir test olan Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi uygulanmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası ortalamalar Tablo 3'de özetlenmiştir. Araştırmaya katılan 4 katılımcının yaşlarının ortalaması 43.75 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. Yordayan Değişken RITTM Müdahalesinin Öncesi ve Sonrası Ortalamaları

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MÖBD	4	20,50	11,790	9	37
MÖBA	4	33,00	17,944	16	49
MÖTSS	4	40,00	6,325	32	46
MSBD	4	8,25	4,500	3	14
MSBA	4	13,25	20,006	1	43
MSTSS	4	13,00	16,793	2	38

MÖBD: Müdahale Öncesi Beck Depresyon Envanteri Puanı

MÖBA: Müdahale Öncesi Beck Anksiyete Ölçeği Puanı

MÖTSS: Müdahale Öncesi Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) Puanı

MSBD: Müdahale Sonrası Beck Depresyon Envanteri Puanı

MSBA: Müdahale Sonrası Beck Anksiyete Ölçeği Puanı

MSTSS: Müdahale Sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C) Puanı

Araştırmada uygulanan müdahale öncesi ve sonrası ölçeklerin minimum ve maksimum puan değerlerine bakıldığı zaman, hepsi kendi içerisinde bir düşüş göstermiştir (bkz. Tablo 3).

Tablo 4. Yordanan Değişken BD, BA ve TSS Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi Analizi Sonuçları

	MSBD-MBÖBD	MSBA-MÖBA	MSTSS-MÖTSS
Z	-1.826	-1.826	-1.826
Asmp. Sig. (2-tailed)	.068	.068	.068

Analiz edilen verilere göre nicel veriler istatistiksel olarak anlamlılık taşımamaktadır ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen veriler evrene genellenememektedir.

4.3 Tartışma

FMS tanısı almış 4 kadın ile yürütülen araştırmada, RITTM müdahale öncesi ve sonrasında uygulanan, nicel verinin toplanmasında kullanılmış olan Beck Anksiyete Envanteri, PLC-C Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Beck Depresyon Envanteri'nin verilerindeki değişim ile, müdahale sonrası yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ile RITTM müdahalesinin değerlendirmelerinin toplandığı nitel veriler değerlendirilmiş ve tartışılmıştır. Nicel analizler, nitel araştırma bulgularını detaylandırmak ve desteklemek üzere araştırmada kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler sonrası elde edilen ana tema başlıkları ise şu şekildedir; (1) Ayrışmadan Bütünleşmeye, (2) Hayır Diyebilmek, (3) Bedensel Ağrıların Şiddetinde Azalma; Artık..

Katılımcılardan toplanan nicel verilere bakıldığı zaman Beck Depresyon Envanterinin müdahale öncesi toplam puanları ile müdahale sonrası toplam puanları arasında Wilcoxon İşaretli Sıralar testi sonucunda katılımcıların hepsinin puanlarında bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu noktada 10 haftalık RITTM müdahalesinin bireydeki depresyon bulgularında düşüş sağladığı gözlemlenmektedir. Lakin bu düşüş istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık yansıtmamaktadır. Bunun sebebi ise katılımcı sayısının az olmasıdır. Katılımcılar ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler doğrultusunda, katılımcıların söylemlerinin (1) Ayrışmadan Bütünleşmeye ana temasının alt teması olan öz-farkındalığa bakıldığı zaman, katılımcıların müdahale sonrasında ihtiyaçlarına daha çok alan açabildiklerini ve dile getirebildiklerini ifade etmeleri, Beck Depresyon Envanteri ile müdahale öncesi ve sonrası alınan ölçümlerdeki düşüşü açıklamaktadır. Katılımcılar, RITTM müdahalesi ile birlikte "öz-düzenleme" konusunda desteklendiklerini, bu doğrultuda "anda kalma" deneyimlerinin de arttığını vurgulamışlardır. Katılımcıların anda kalma deneyiminin artması, depresif bulguları tetikleyen travmaların kontrol altına alınabilmesini ve katılımcı tarafından tolerans penceresinde tutulabilmesini desteklemiştir. Katılımcıların "öz-şefkat" alt temasında değinmiş oldukları değerlendirmeler doğrultusunda, katılımcıların kendilerini artık koşulsuz sevebilmesi ve kabul etmesi, kendileri ile ayrıştıkları noktalar konusunda yeniden bütünleşebilmeyi ve kendilerini kapsayabilmelerini desteklemiştir. Kendilerini destekleyebilmeleri de depresif bulgulardaki düşüşü destekleyici niteliktedir. Katılımcıların ifadelerine göre, bedensel ağrılarındaki şiddette azalma ve ağrı üzerinde kendi hakimiyetlerini gözlemiyor olmaları, depresif bulgular içerisinde yer alan çaresizlik hissinin azalmasında büyük rol oynamıştır. Katılımcının deneyimlemekte olduğu bedensel ağrı, her seans katılımcıya Görsel Ağrı Skalası (VAS) ile sorulup değerlendirilmiştir. VAS verileri araştırma öncesinde, her seans esnasında ve araştırma sonunda katılımcıdan alınmıştır. 4 katılımcının da VAS verileri gözden geçirildiği zaman müdahalenin öncesinde 10 üzerinden 7-10 bandında değerlendirme yaparlarken müdahale sonlarına doğru bu değerler 10 üzerinden 2-5 bandına kadar düşmüştür. VAS verilerinin dökümü nicel bulgular arasına eklenmemiştir fakat seans notları içerisinde yer almaktadır. VAS'ın araştırmada kullanılmış olması, katılımcının kendi ağrı deneyimini ifade ederken sayısal verilerden yararlanarak daha somut bir şekilde araştırmacıya aktarabilmesini ve ağrı düzeyini takip ederken bir kolaylaştırıcı olarak kullanılmasını sağlamıştır.

Beck Anksiyete Envanterinin müdahale öncesi ve sonrası puanları arasındaki değişim değerlendirildiğinde korelasyonel olarak anlamlı fakat Wilcoxon işaretli sıralar testine göre anlamlı olmayan bir ilişki gözlemlenmektedir. Bunun sebebi de aynı şekilde katılımcı sayısının yetersiz olması olarak değerlendirilebilir çünkü müdahale öncesi ve sonrası skorlara bakıldığı zaman gözle görülür bir düşüş gözlemlenmektedir.

Katılımcılarla gerçekleştirilmiş olan derinlemesine görüşmelerden elde edilen ana temalardan (3) Bedensel Ağrıları Şiddetinde Azalma; "Artık", katılımcının deneyimlemekte olduğu kaygının kendileri tarafından daha kontrol edilebilir bir noktaya geldiğini bedensel yakınmalarındaki azalmayı belirterek aktarmışlardır. Ağrılarındaki azalmayı deneyimleyen katılımcıların, anksiyete düzeylerinde de azalma gösterdikleri bu araştırma bulgularının sonucunda söylenebilir. RITTM müdahalesi esnasında katılımcıya öğretilen ve araştırmacı ile birlikte uyguladıkları egzersizlerin, katılımcıların anksiyete düzeylerini tolerans penceresi içerisinde tutabilmelerini desteklemiş olup kendi kaynaklarını keşfetmelerini ve oluşturmalarını sağlamıştır. "Ayrışmadan Bütünleşmeye" ana temasının alt temaları olan 'anda kalabilme' ve 'Zihin-beden bütünlüğü' katılımcıların anda kalma deneyimleri arttıkça kendileri ile bütün olarak hissedebildiklerini ve anda kalabildikçe anksiyete yaratan düşüncelerden uzaklaşabildiklerini göstermektedir.

Katılımcıların, RITTM öncesi ve sonrası PLC-C Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarına bakıldığı zaman tüm katılımcıların ortalamalarında bir düşüş görülmüştür. Diğer testlerin veri analizinde de kullanılmış olan Wilcoxon işaretli sıralar testine göre, korelasyonel olarak kendi içerisinde anlamlı ama genellenebilirlik bakımından istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki gözlemlenmektedir. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu değerlerindeki düşüş, RITTM terapötik sürecinin deneyimlenmiş travmaları ele alması ile birlikte travmanın katılımcı üzerindeki etkisinin hafiflediğini ve eskisi kadar tetikleyici gelmemeye başladığını göstermektedir. Travma deneyimlerini seanslarda aktaran katılımcılar ile travma deneyimleri üzerine çalışıldığında, deneyimleri esnasında yalnız oldukları ve etraflarında güvenebilecekleri ve duygularını paylaşabilecek kimse olmadığını aktarmışlardır. Wolf ve Davis araştırmalarında, travma deneyiminde özellikle deneyimlenen yalnızlık üzerine çalışıldığı zaman fibromiyalji semptomlarında düşüş gözlendiğini ifade etmektedir (2014). Travma deneyimi ve fibromiyalji arasındaki yüksek korelasyon literatürde var olan pek çok araştırmada gözler önüne serilmiştir (Gupta ve artk, 2007; Amital ve ark; Sherman ve ark, 2000). Literatürde travma tedavisinde uygulanan travma odaklı terapiler arasında Şefkat Odaklı Terapi, Sensorimotor Psikoterapi, Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma Yeniden İşlemleme Terapisi (EMDR), Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Mindfulness gibi terapiler travma üzerinde çalışılırken kayda değer değişimler

kaydedilmiştir. RITMM modeli de travma terapi modeli olarak geliştirilmiştir sadece literatürde model üzerine yazılmış tek bir kaynak yer almaktadır ve Türkiye'de henüz uygulanmaya yeni başlanmıştır. Travma düzeylerinin nicel veriler ışığında değişim gösterdiğini gözlemlemek, "Ayrışmadan Bütünleşmeye" ana temasını ve alt temalarını destekler niteliktedir. Travma düzeyindeki düşüş, katılımcıların travma ve ağrı deneyimi sebebi ile deneyimlemiş oldukları ayrışmanın yerini yeniden bağlanma yani bütünleşmeye bıraktığını göstermektedir. Katılımcıların bu süreçte kaynaklarını keşfetmeleri ve anda kalma deneyimini yaşayabilmeleri, toleranslarını arttırmış olup psikolojik sağlamlıklarını desteklemiştir. Katılımcılar, travma kaynaklı deneyimlenmemiş duygularının bedenlerinde hapsolduğunu, ifade edilmeyen duygularında bedene sirayet ettiğini fark ettikleri bir süreçten geçmişlerdir. Bu süreçte bu duyguların işlenmesi ve duygularla beden odaklı çalışılmış olması katılımcının travmayı tolere etme yetisini olumlu yönde desteklemiştir. "Bedensel Ağrıların Şiddetinde Azalma: Artık.." ana temasına ve onu alt teması olan "Kontrol Hissi", katılımcıların travma deneyimleri üzerinde hissedebildikleri kontrol sayesinde bedensel ağrılarında düşüş deneyimlediğini ifade etmektedir.

FMS ile çalışılan araştırmalara bakıldığı zaman katılımcıların çoğunluğunun kadın katılımcılar olduğu göze çarpmaktadır. Bu araştırmada da katılımcıların hepsinin kadın olması tesadüf değildir. Kadınlarda FMS'ye daha sık rastlanıyor olması, toplumsal cinsiyet rollerini düşündürmektedir. Kişilik, doğuştan getirilen kalıtımın, biyololojik ve psikolojik özelliklerin, isteklerin, davranışların , duyguların ve alışkanlıkların yapılandırdığı ve oluşturduğu bir kavramdır (Dedeoğlu, 2000). Cinsiyet rolleri, toplumsal dokulara göre değişkenlik gösterebilmektedir (Vatandaş, 2007). Günümüzde, kişinin biyolojik olarak dişi ya da er olması, bireye toplumsal rollerde bir tanım biçmektedir (Vatandanş, 2007).

Türkiye'de cinsiyet rollerine baktığımızda Vatandaş'ın (2007) "sürecin öznesi erkek, nesnesi ise kadındır" cümlesi cinsiyet rollerini dramatik bir şekilde özetlemektedir. Her ne kadar zaman içerisinde bir değişim sağlanmaya çalışılsa da , Türkiye'nin ataerkil ve kolektif bir toplum oluyor oluşu, kadının değersizleştirilmesine sebep olmaktadır ve kadın üzerinde bir baskı oluşturmaktadır (Vatandaş, 2007). Özbay'ın (1994) Ereğli ilinde ev hanımı olan kadınlarla gerçekleştirdiği derinlemesine görüşmeler sonucunda, kadının

yaptığı işlere toplumun değer yargılarına göre daha az değer yüklendiği, ve bunun da kadının kendi yaptığı işe verdiği değeri etkilediği gözlemlenmiştir (Dedeoğlu, 2000). Alt gelir gruplarından gelmekte olan ve şehirde yaşayan kadınların ev içerisinde edindikleri ağır sorumluluklar ve maruz kaldıkları geleneksel baskılar sebebi ile kendilerini sıkışmış, değersiz ve mutsuz hissetmektedirler (Dedeoğlu, 2000). RITTM müdahalesi uygulanan katılımcılar düşük düzeyde gelire sahip olduklarını ifade etmişlerdir ve Dedeoğlu'nun (2000) ifade etmiş olduğu geleneksel baskıyı deneyimlediklerini ve ev içerisindeki sorumlulukların kendilerine ağır geliyor olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar, ilk seanslarında kendilerine değer veremediklerini, kendilerini sevemediklerini ve kendi istek ve toplumcal cinsiyet rolleri sebebi ile kendi arzularına göre yaşamlarını sürdüremediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma sürecinde, katılımcıların kendini değersiz hissediyor olmasının, kendi ihtiyaçlarını fark edememeleri ve fark ettiklerinde de dile getiremeikleri görülmüştür. RITTM müdahalesi çalışmaları süresince, katılımcılar kendilerini sevmeyi ve kendilerine değer vermeyi öğrendikçe, kendilerni öncelemeye başladıkları görülmüştür. Katılımcıların hepsi, geçmiş deneyimlerini seanslarda aktarırlarken, toplumsal cinsiyet rolleri ile büyütüldüklerini, cinsiyet rollerinin erken evlilik yapmalarına ve eğitim hayatını lise döneminden sonra devam ettirememelerine sebep olduğunu aktarmışlardır. Katılımcılar toplumsal cinsiyet rollerinin kendilerinde yaratmış olduğu olumsuz yaşantıları seanslarda ifade ederlerken bedenselleştirmeyi oldukça fazla kullanmaktadırlar. Bu durum tam da, baskı sebbei ile dilegelemeyen duyguların vücut bölgesi üzerinden ifade edilerek betimlenmesini hatırlatmaktadır. FMS tanısı almış katılımcılar, RITTM müdahalesi ile birlikte bedenlerinde dile gelmeyi bekleyen duyguları ifade etme ve üzerinde çalışma imkanı bulmuşlardır. Olumsuz yaşantıların kendilerinde hissettirdiği duygular üerine çalışıldıkça, katılımcı rahatlamış ve bedeninde deneyimlediği ağrı ve kasılmaların hafiflediğini gözlemlemiştir.

RITTM modeli uygulanarak gerçekleştirilen araştırma, hem nitel hem nicel verileri birlikte değerlendirilmiştir. Literatürde FMS örneklem grubu ile çalışılmış araştırmalara bakıldığı zaman çoğunlukla katılımcı sayıları bu araştırmanın katılımcı sayısından daha fazladır. FMS örneklemi ile birlikte uygulanmış araştırmaların, araştırma desenine bakıldığı zaman hepsinin nicel ağırlıklı çalıştığı görülmekte olup, katılımcının deneyimine yalnızca sayısal veriler ile yer verilmiştir. Bu noktada, katılımcının kendi deneyimini ifade ettiği kelimelerin araştırmalarda yer almıyor olması büyük bir eksikliği

getirmektedir. Her ne kadar insan deneyiminin genellemez olduğu literatürde savunulsa da, araştırmalarda belirlenmiş olan araştırma yöntemleri bu düşünce ile tezat düşmektedir. FMS, sebebi tam olarak anlaşılamayan bir rahatsızlık olması ile daha komplike bir yapıya sahiptir ve bununla birlikte, FMS semptomlarının diğer rahatsızlıklardaki semptomlara kıyasla daha belirsiz olarak ifade edilebilmektedir. Bu sebeple, bireyin kendi deneyimini kendine özgü anlatım biçimi FMS araştırmalarında önemli bir unsurdur.

,

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularının sonucunda, RITTM uygulamasının FMS tanısı almış katılımcılar üzerinde uygulanmış olması katılımcıların kendi kaynaklarını keşfetmelerinde, kendilerini regüle edebilmelerinde ve FMS ile birlikte ayrıştıkları bedenleri ve benlikleri ile yeniden bağ kurabilmelerinde etkili olmuştur. 10 haftalık bir süreçte katılımcılara uygulanan RITTM, FMS tanısı almış kadınların anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde istatistiksel olarak yeterli bir değişim sağlayamamıştır. RITTM, FMS tanısı almış 4 kadın katılımcının, travma ile baş etme stratejilerini, ağrıya ve deneyimlerine olan farkındalıklarını olumu yönde geliştirmiştir. Buna bağlı olarak katılımcılar, kendilerini şu andan ve bedeninden koparan problemleri yönetebilmeye başlamışlardır. Katılımcılar, RITTM içeriğinde bulunan yöntemlerin pratiğini yapmaya başladıkça, sinir sistemlerini yatıştırma becerisi edinebilmiş olup, bedenlerinde deneyimledikleri psikosomatik ağrı hafiflemeye başlamıştır. Araştırmanın amaçlarında ağrı düzeyinin azalması yer almasa da araştırma amaçlarının doğrultusunda ağrı düzeyinde de bağlantılı olarak değişim görülmektedir.

Araştırmada RITTM modeli katılımcılara 10 haftalık bir süreçte uygulanmıştır. Sonraki çalışmalarda daha uzun bir zaman aralığında uygulanabilir ve sürecin bir etken olup olmadığı değerlendirilebilir.

Araştırma FMS tanısı almış 4 kadın katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Sonraki çalışmalarda daha fazla katılımcı ile çalışma tekrarlanabilir ve kadın-erkek oranı daha uygun oluşturulabilir ve katılımcı sayısı arttırılıp RITTM modelinin FMS örneklemi üzerindeki etkinliği tekrar incelenebilir.

Araştırma FMS tanısı almış 4 kadın ile yürütülmüştür. Araştırma tekrarlanır ise kontrol grubunun araştırmaya dahil edilmesi, RITMM modelinin etkinliğinin istatistiksel olarak anlamlı olmasını destekleyebilir ve kıyas yapılabilmesine olanak sağlayabilir.

KAYNAKLAR

Aaron, L., Bradley, L., ve Alarcon , G. (1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia.Associtions with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum, 40*, 453-460.

Altuner, İ. (2013). Kartezyen Düalizm ve Ruhun Kavramsal Değişimi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4*, 55-67.

Amital, D., Fostick, L., ve Polliack, M. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia syndrome: are they different entities. *Rheumatology International, 61*, 663-669.

Ataoğlu, S., Özçetin, A., Ataoğlu, A. ve diğerleri (2002). Fibromiyalji ve Romatoid Artritli Hastalarda Ağrı Şiddeti ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(4),* 223-236

Aydın, A., Selvi, Y., Özdemir, P., Depresyon Hastalarında Aleksitiminin Bedenselleştirme ve Uyku Kalitesi Üzerinde Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50,* 65-69

Bair, M., ve Krebs, E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine, 5*.

Baki, A., ve Gökçek, T. (2012). Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 11*(42), 1-21.

Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED), 5*(2), 368-388.

Berger, R. (2015). Now I see it, nor I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitat,ve research. *Qualitative Research, 15*(2), 219-234.

Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (Cilt 2). Thousand Oaks: Sage.

Creswell, J., ve Plano Clark, V. (2014). *Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütülmesi* (Cilt 2). (Y. Dede, ve S. Demir, Dü) Ankara: Anı Yayınları.

Damasio, A., Atlamaz, B., ve Deniztekin, O. (1999). *Descartes'in Yanılgısı: duygu, akıl ve insan beyni = Descartes' error: emotion, reason, and the human brain.* . İstanbul: Varlık Yayınları.

Darsa, K. (2022). *Travma Haritası* (Cilt 1). İstanbul: Doğan Novus.

Dennenberg, N., ve Reeves, G. (1995). Changes in health locus of control and activities of daily living in physical therapy clinic using the Feldenkrais method of sensory motor education. Erişim Tarihi: 15.10.2022 https://jag.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH-20438-RESEARCH_ARTICLE-ALTUG.pdf adresinden alındı.

Dernek, B., Aydın, T., Kesiktaş, F., ve Aksoy, C. (2016). Fibromiyalji Sendromunda Tanı, Tedavi ve Rehabiitasyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 8*, 6-10.

Engel, G. (1997). The Need for a New Medical Model: A Challange for Biomedicine. *The Health Psychology Reader*, 50-65.

Erden, A., Altuğ, F., ve Cavlak, U. (2013). Sağlıklı Kişilerde Vücut Farkındalık Durumu ile Ağrı, Emosyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 24*(3), 145-150.

Freud, S., Kapkin, E., ve Breuer, J. (2001). *Histeri üzerine çalışmalar.* İstanbul: Payel Yayınevi.

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromiyalgia and chronic pain. *Disabil Rehabil, 27*(12), 725-738.

Greene, J., Caracelli, V., ve Graham, W. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policiy Analysis, 11*(3), 255-274.

Gupta , A., Silman , A., ve Ray, D. (2007). The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology, 46*, 666-671.

Güleç, H., Sayar, K., ve Yazıcı, G. (2007). Fibromiyalji tedavi arayışının psikolojk etkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(1), 22-30.

Sarı, D. (2016). Dahil etme/dışlama kriterleri ile çalışmaya hazırlama periyodu (run-in) çalışma sonuçlarını genelleyebilmemizi ne kadar etkiler? *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 8*(1).

Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research . *The Qualitative Report , 8*(4), 597-606.

Herman, J. (2007). *Travma ve İyileşme: şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre.* İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Kavakçı, Ö., Kaptanoğlu, E., Kuğu, N., ve Doğan, O. (2010). EMDR Fibromiyalji Tedavisinde Yeni bir Seçenek Olabilir mi? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 143-151.

Koçyiğit, B., Gür, A., Altındağ, Ö., Akyol, A., ve Gürsoy, S. (2016). Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Eğitim ve Balneoterapinin Etkilerinin Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Klinik Çalışma. *Ağrı Dergisi, 28*(2), 72-78.

Levine, P. (2012). *Healing Trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body.* Australia: ReadHowYouWant.

McKim, C. (2017). The Value of Mixed Methods Research: A Mixed Methods Study. *Journal of Mixed Methods Research, 11*(2), 202-222.

Melzack, R., ve Wall, P. (tarih yok). Pain Mechanisms: A new theory. *Pain Forum, 5*(1), 3-11.

Nazlıgül, M., ve Bozo, Ö. (2017). Biyopsikososyal Model Çerçevesinde Fibromiyalji ve Depresyon. *Türk Psikoloji Yazıları, 20*(40), 58-72.

Nazlıkul, H. (2014). Fibromiyalji Sendromu (Fms). *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon Ve Nöralterapi Dergisi, 8*(2), 1-9.

O'Shaughnessy, B. (2000). *Consciousness and the World* . New York: Oxford University Press.

Özcan, Y. Ö. (2021). Embodied Reflections of Body-Oriented Clinical Pychology Students During Covid-19. *International Journal of Body, Mind and Culture, 8*(2), 141-153.

Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiytrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4*(3).

Özkan, N. (2017). Fibromiyalji Sendromunda Bütüncül Yaklaşım. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi, 11*(1), 12-19.

Raphael, K., Janal, M., ve Nayak, S. (2004). Comorbidity of Fibromyalgia and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Women. *Pain Medicine, 5*(1), 33-41.

Riva, G. (2018). The Neuroscience of Body Memory: From the Self Through the Space to the Others. *Cortex, 104*, 241-260.

Rothschild, B. (2017). *The Body Remembers.* New York: Norton.

Roxendal , G. (1985). Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale: Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy. Universiy of Gothenburg

Sá, K., Moreira, L., Baptiste, A., Yeng, L., Teiixeira, M., Galhardoni, R., ve Andrade, D. (2019). Prevalence of Chronic Pain in Developing Countries. *PAIN Reports, 4*(6).

Sherman, J., Turk , D., ve Okifuji , A. (2000). Prevalence and Impact of Posttraumatic Stress Disorder-Like Symptoms on Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Clinical Journal of Pain, 16*(2), 127-134.

Sindel, D., Saral, İ., ve Esmaeilzadeh, S. (2012). Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 58*(2), 136-142.

Teddlie, C., ve Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral* Sciences. Los Angeles: SAGE.

Totton, N. (2008). *Body Psychotherapy: an Introduction.* Philadelphia, PA: Open University Press.

Tütüncü, R. (2011). Chronic Pain, Psychological Factors and Depression. *Dicle Medical Journal, 38*(2), 257-262.

Van Der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind nd Body in the Healing of Trauma* . UK: Penguin Books.

Watt, D. (2007). On Becoming a Qualitative Researcher: The Vlue of Reflexivity. *The Qualitative Report, 12*(1), 82-101.

Wolf, L., ve Davis, M. (2014). Loneliness, Daily Pain and Perceptions of Interpersonal Events in Adults with Fibromyalgia. *Health Psychology, 33*(9), 929-937.

Zara, A., Güneş, A., Özen, O., Yurtseven, F., ve Anlı, I. (2011). *Yaşadıkça: Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları.* İstabul: İmge Kitabevi.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Kararı

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: Derinlemesine Görüşme Soruları

1) 10 haftalık bir süre ile psikolojik destek aldınız. Bu süreç hakkındaki değerlendirmenizi duygu ve düşüncelerinizi paylaşır mısınız?

2) Aldığınız psikolojik desteğin size bir katkısı olduğunu düşünüyor musunuz? Düşünüyorsanız nasıl?

3) Psikoloğunuz sizinle çalışırken beden odaklı tekniklerden yararlandı (göz pozisyonunun kullanılması (BSP-brainspotting, nefes egzersizi uygulaması, fiziksel hareket, kelebek sarılması, EFT (duygusal özgürleştirme tekniği), iç/dış kaynak tanımlamak, bilinçli farkındalık, 5 duyuyu kullanarak ana yönelme, Voo/vaa sesi tekniği ve bedeni izlemek (somatik takip)), teknikler hakkında nasıl düşünüyorsunuz? Yararlandığınızı düşündüğünüz teknikler oldu mu? Özellikle etkisi olduğunu düşündüğünüz bir teknik oldu mu?

4) Sizinle beden-odaklı terapötik yaklaşımla çalışılarak psikoloğunuz sizi sıklıkla bedensel duyumsamalarınızı fark etmeye ve anda olmaya davet etti. Bedene yönelik sorular sorulması bedende kalmaya davet edilmeniz hakkında nasıl düşünüyorsunuz?

5) Beden odaklı çalışılmasının terapi sürecine ayrıca bir katkısı olduğunu düşünüyor musunuz? Düşünüyorsanız nasıl?

6) Terapi sürecini hatırladığınızda/canlandırdığınızda neler hissediyorsunuz? Süreci bir metafora benzetmenizi isteseniz bu ne olurdu? O metaforu / imgeyi canlandırdığınızda sizde neler uyanıyor?

7) Bu sürecin başlangıcında yaşadığınız sorunlarda, şikayetlerinizde bir azalma fark ediyor musunuz? Ediyorsanız nasıl?

8) Daha önce stres, kaygı, korku yaşadığınızda neler yapardınız? Kendinizi nasıl yatıştırırdınız? Şimdi nasıl yatıştırıyorsunuz? Bir fark var mı? Varsa nasıl?

9) Daha önce bedensel yakınmalarınız var mıydı? Şimdi azalma ya da artış oldu mu?

10) Aldığınız desteğin günlük yaşamınıza etkisi oldu mu? Nasıl etkiler fark ettiniz?

11) Uyku ve beslenmenizde bir değişiklik oldu mu? Olduysa nasıl?

12) İlişkilerinize etkisi oldu mu? Olduysa nasıl?

13) Geleceğe dair duygu ve düşüncelerinize bir etkisi oldu mu? Olduysa nasıl?

14) Aldığınız psikolojik destek sürecini ve etkilerini nasıl özetlersiniz?

Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İsim:_____ Tarih:_____

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi nekadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	**Hafif Düzeyde** *Beni pek etkilemedi*	**Orta Düzeyde** *Hoş değildi ama katlandım*	**Ciddi Düzeyde** *Dayanmakta çok zorlandım*
1	Bedeninizin herhangibir yerinde uyuşma veya karıncalanma	⓪	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	⓪	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	⓪	①	②	③
4	Gevşeyememe	⓪	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	⓪	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	⓪	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	⓪	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	⓪	①	②	③
9	Dehşete kapılma	⓪	①	②	③
10	Sinirlilik	⓪	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	⓪	①	②	③
12	Ellerde titreme	⓪	①	②	③
13	Titreklik	⓪	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	⓪	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	⓪	①	②	③
16	Ölüm korkusu	⓪	①	②	③
17	Korkuya kapılma	⓪	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	⓪	①	②	③
19	Baygınlık	⓪	①	②	③
20	Yüzün kızarması	⓪	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	⓪	①	②	③

Ek-4: Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Ad Soyad: ..... Tarih: ..... /.... / .....

YÖNERGE :Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **Bugün dahil geçen hafta içinde** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.Seçtiğiniz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatlice okuyunuz.

1)
ⓐ Kendimi üzgün hissetmiyorum.
ⓑ Kendimi üzgün hissediyorum.
ⓒ Her daim üzgünüm ve kesinlikle bu ruh halinden kurtulamıyorum.
ⓓ O kadar üzgün ve mutsuzum ki, buna dayanamıyorum.

2)
ⓐ Geleceğe dair cesaretim kırıldı diyemem.
ⓑ Geleceğe dair cesaretim kırılmış hissediyorum.
ⓒ Geleceğe dair hiç bir beklentim yok.
ⓓ Geleceğin tamamen umutsuz olduğunu ve hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünüyorum.

3)
ⓐ Kendimi aciz hissetmiyorum.
ⓑ Ortalama bir insandan daha çok yenilgiye uğradığımı düşünüyorum.
ⓒ Geriye dönüp hayatıma şöyle bir baktığımda, tüm görebildiğim bir çok yenilgi.
ⓓ Başlı başına bir başarısızlık örneğiyim.

4)
ⓐ Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
ⓑ Eskiden zevk aldığım şeylerden şimdi daha az zevk alıyorum.
ⓒ Artık hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
ⓓ Herşeyden sıkılıyorum ve hiç bir şey beni mutlu etmiyor.

5)
ⓐ Kendimi hiçbir şey için özellikle suçlu hissetmiyorum.
ⓑ Kimi zaman kendimi suçlu hissediyorum.
ⓒ Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
ⓓ Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6)
ⓐ Hiçbir şekilde cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
ⓑ Cezalandırılıyor olabileceğimi düşünüyorum.
ⓒ Cezalandırılacağımı düşünüyorum.
ⓓ Cezalandırıldığımı düşünüyorum.

7)
ⓐ Kendi kendimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünmüyorum.
ⓑ Kendi kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
ⓒ Kendimden iğreniyorum.
ⓓ Kendimden nefret ediyorum.

8)
ⓐ Kimseden daha kötü olduğumu düşünmüyorum.
ⓑ Zayıflıklarım ve hatalarım için kendimi eleştiriyorum.
ⓒ Hatalarım için durmadan kendimi suçluyorum.
ⓓ Olan her kötü şey için kendimi suçluyorum.

9)
ⓐ Kendimi öldürmeye yönelik hiç bir düşüncem yok.
ⓑ Kendimi öldürmeye yönelik düşüncelerim var ama bunları asla gerçekleştirmem.
ⓒ Kendimi öldürmek istiyorum.
ⓓ Eğer fırsatım olsaydı kendimi öldürürdüm.

10)
ⓐ Her zamankinden daha fazla ağlamıyorum.
ⓑ Eskiye nazaran daha çok ağlıyorum.
ⓒ Şimdi durmadan ağlıyorum.
ⓓ Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesemde ağlayamıyorum.

11)
ⓐ Her zaman olduğundan daha asabi değilim.
ⓑ Genelde olduğumdan biraz fazla asabiyim.
ⓒ Çoğu zaman daha asabi ve kızgınım.
ⓓ Şimdi her daim asabiyim.

12)
ⓐ Diğer insanlara karşı olan ilgimi kaybetmedim.
ⓑ Diğer insanlara karşı her zaman olduğumdan daha az ilgiliyim.
ⓒ Diğer insanlara karşı olan ilgimi büyük ölçüde kaybetmiş durumdayım.
ⓓ Diğer insanlara karşı olan ilgimi tamamıyla kaybetmiş durumdayım.

13)
ⓐ Her zaman verebildiğim gibi iyi kararlar verebiliyorum.
ⓑ Karar vermeyi eskisine nazaran daha çok erteliyorum.
ⓒ Karar vermekte eskiye nazaran daha çok zorlanıyorum.
ⓓ Artık hiç bir şekilde karar veremiyorum.

14)
ⓐ Her zaman olduğumdan daha kötü göründüğümü düşünmüyorum.
ⓑ Yaşlı ve itici göründüğümü düşünerek endişelenirim.
ⓒ Görünüşümde beni itici kılan kalıcı değişiklikler olduğunu düşünürüm.
ⓓ Çirkin göründüğümü düşünürüm.

15)
ⓐ Her zaman olduğu gibi çalışabiliyorum.
ⓑ Birşeyi yapmaya başlamak her zaman olduğundan daha fazla çaba gerektiriyor.
ⓒ Herhangi bir şeyi yapmak için bile kendimi fazlasıyla zorlamam gerekiyor.
ⓓ Hiçbir şekilde çalışamıyorum.

16)
ⓐ Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
ⓑ Eskiden uyuyabildiğim gibi uyuyamıyorum.
ⓒ Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
ⓓ Her zamankinden çok daha önce uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

17)
ⓐ Her zamankinden daha fazla yorulmuyorum.
ⓑ Eskiye nazaran daha çabuk yoruluyorum.
ⓒ Neredeyse yaptığım herşey beni yoruyor.
ⓓ Hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum.

18)
ⓐ İştahım her zamankinden kötü değil.
ⓑ İştahım eskisi kadar iyi değil.
ⓒ İştahım bu aralar çok kötü.
ⓓ Artık hiç iştahım yok.

19)
ⓐ Son zamanlarda neredeyse hiç kilo kaybetmedim.
ⓑ 5 kilodan fazla kaybettim.
ⓒ 10 kilodan fazla kaybettim.
ⓓ 15 kilodan fazla kaybettim.

20)
ⓐ Sağlığım açısından her zamankinden daha tedirgin değilim.
ⓑ Ağrı, sancı, mide bulantısı, kabızlık gibi fiziksel sıkıntılar çekmekten endişeleniyorum.
ⓒ Fiziksel problemler yaşamaktan çok endişeleniyorum ve bunun dışında başka birşeyler düşünmek çok zor oluyor.
ⓓ Fiziksel problemlerim hakkında o kadar çok endişeleniyorum ki, başka hiçbir şey düşünemez oldum.

21)
ⓐ Cinsel ilişkiye olan ilgimde herhangi bir değişiklik hissetmiyorum.
ⓑ Cinsel ilişkiye olan ilgim eskiye nazaran daha az.
ⓒ Bu aralar cinsel ilişkiye olan ilgim çok az.
ⓓ Cinsel ilişkiye olan ilgimi tamamen kaybettim.

2

Ek-5: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PLC-C)

Ad Soyad:.....

Aşağıda stresli yaşam deneyimlerine karşı oluşabilen birtakım belirtiler yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) AYDIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun sayılara (x) işareti koyarak belirleyiniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:	*Hiç*	*Çok az*	*Orta derecede*	*Oldukça fazla*	*Aşırı*
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek *(örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi)* sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden *(örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan)* kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Olumlu duyguları yaşayamamak *(örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak)* sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

PCL-M for DSM-IV (11/1/94) Weathers, Litz, Huska, & Keane National Center for PTSD - Behavioral Science Division

Ek-6: Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

Kaç yaşındasınız:

Medeni durumunuz nedir:

a-Bekar b-Evli c-Dul

Eğitim düzeyiniz nedir:

a-Okuryazardeğil b-Okuryazar c-İlkokul
e-Lise f-Yüksekokul

Mesleğiniz nedir:
a-Ev hanımı b-İşçi c-Memur d-Öğrenci
f-Diğer

Aylık geliriniz nedir:

Sosyal güvenceniz nedir:

Ne kadar süredir bu hastalığınız var:

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz ve sayı olarak belirtiniz (0-10)

Hiç Ağrı Olmaması (0) En DayanılmazAğrı(10)

ÖZGEÇMİŞ

Burcu GÖKTAŞ

Eğitim

Derece	*Yıl*	
Y. Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2019	Özyeğin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2015	Koç Özel Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	Görev
2019-22	Klinik Psikolog Asistanı / Temmuz Psikiyatri ve Psikoterapi, İstanbul
2019-21	Stajyer Klinik Psikolog / Sınıf Psikoloğu (SOYAÇ) Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar Uygulama ve Araştırma Merkezi), İstanbul
2017-18	Gönüllü Psikolog / Hadioyuna Otizm Projesi, İstanbul
2016	Gönüllü / Çınar Bakım ve Huzurevi, İstanbul

Alınan Burs ve Ödüller (Varsa)

Yıl	Burs/Ödül
2015	Özyeğin Üniversitesi Eğitim Bursu

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Embodied Reflections of Body-Oriented Clinical Psychology Students during Covid-19. *International Journal of Body, Mind and Culture, 8*(2), 141-153