



T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI

PSİKOLOJİK DANIŞMA VE REHBERLİK BİLİM DALI

OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER BAĞLAMINDA TRAVMATİK YAS
YAŞAYAN İLE YAŞAMAYAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL
SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Mahsum AVCI

Malatya – 2021

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİK DANIŞMA VE REHBERLİK BİLİM DALI

OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER BAĞLAMINDA TRAVMATİK YAS
YAŞAYAN İLE YAŞAMAYAN GENÇ YETİŞKİMLERİN RUHSAL SÜREÇLERİNİN
İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Mahsum AVCI

Danışman: Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM

Malatya – 2021

ONUR SÖZÜ

Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM'ın danışmanlığında Doktora tezi olarak hazırladığım **“Objektif ve projektif testler bağlamında travmatik yas yaşayan ile yaşamayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçlerinin incelenmesi”** başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmadan tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada, yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Mahsum AVCI

TEŞEKKÜR

Sayın Hocam, danışmanım Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM... Doktora eğitimim boyunca akademik gelişimime yaptığınız katkıdan dolayı ne kadar teşekkür etsem azdır. Doktora çalışmamda ilgi duyduğum konuyu çalışmama fırsat verdiniz, beni cesaretlendirdiniz, teşvik ettiniz ve desteklediniz. Minnettarım...

Bana sürekli yol gösteren, destek veren ve beni teşvik eden Değerli Hocalarım Sayın Dr. Yüksel ÇIRAK ve Sayın Doç. Dr. Abdullah ATLI'ya teşekkür ederim.

Çalışmayı farklı bir açıdan değerlendiren, tez izleme komitelerindeki değerli fikirleri ve geri dönütleri ile bu tezin oluşumunda katkı sağlayan Değerli Hocam Prof. Dr. H.Bayram KAÇMAZOĞLU' na, jürime katılarak değerli fikir ve önerilerini paylaşan Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Meral ATICI'ya ve Sayın Doç. Dr. Ömer KARAMAN'a teşekkür ederim.

Araştırmanın farklı aşamalarında çok kıymetli katkılar sağlayan Değerli Hocam Sayın Psikiyatrist Dr. Tahir ÖZAKKAŞ'a müteşekkirim.

Doktora eğitimim boyunca bana karşı anlayışlı, sabır gösteren ve tüm zorluklara karşı desteklerini esirgemeyen Sevgili Eşim Ayşe AVCI'ya, Oğlum Muhammed AVCI'ya ve Kızım Meryem Zeynep AVCI'ya teşekkür ederim. Sevgili eşim ve çocuklarım size minnettarım. İyi ki varsınız...

ÖZET

OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER BAĞLAMINDA TRAVMATİK YAS YAŞAYAN İLE YAŞAMAYAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

AVCI, MAHSUM

Doktora, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM

Temmuz-2021

Travmatik yas, ani, şiddetli veya beklenmedik yollarla sevilen bir ötekini kaybetmenin sonunda meydana gelen acıyı deneyimlemek olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada amaç, travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin kişilik özellikleri, ruhsal belirtileri, Beier Cümle Tamamlama testine verdikleri cevaplardaki yansımaları, rüya içerik temaları ve savunma düzeneklerinin farklı olup olmadığını araştırmaktır.

Araştırmaya travmatik yaslı ($n = 15$) ve travmatik yası olmayan ($n = 15$) üniversite öğrencilerinden oluşan toplam 30 kişi dahil edilmiştir. Araştırmada karma yöntem desenlerinden biri olan yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Bu doğrultuda, nicel ve nitel veriler eş zamanda toplanmıştır. Çalışmanın nicel aşamasında ‘Nedensel Karşılaştırmalı Araştırma’ kullanılırken, nitel aşamasında ‘Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz’ kullanılmıştır. Araştırmanın nitel kısmından elde edilen verilerin analizinde Nvivo 12 nitel analiz programı kullanılırken, nicel kısmından elde edilen verilerin analizinde ise SPSS 22.00 istatistik paket programı kullanılmıştır. Travmatik yası olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçleri arasındaki farkın belirlenmesinde (Gruplar arası fark) ‘Mann-Whitney U testi’ kullanılırken, travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri, kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve travmatik yas şiddeti arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Nicel araştırma bulguları sonucunda, travmatik yası olan grubun travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri, kişilik özellikleri ve savunma düzenekleri arasında anlamlı bir ilişki

olmadığı görülmüştür. Diğer yandan Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında; travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti (somatizasyon ve paranoid hariç) ve kişilik özellikleri (hipomani hariç) puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktığı görülmüştür. Buna ek olarak nitel araştırma bulguları sonucunda travmatik yası olan bireylerin rüya içeriklerinde bastırma, inkar gibi savunma düzeneklerinin baskın olduğu, geçmiş yaşantılarında daha yoğun travmatik anılara sahip oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler Travmatik Yas, Projektif Testler, MMPI Testi, Ruhsal Süreç, Rüya, Savunma Mekanizmaları, Psikodinamik Yaklaşım, Psikolojik Değerlendirme



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE SPIRITUAL PROCESSES OF UNIVERSITY STUDENTS WITH AND WITHOUT TRAUMATIC GRIEF IN THE CONTEXT OF OBJECTIVE AND PROJECTIVE TESTS

AVCI, MAHSUM

Ph.D., Inonu University Institute of Educational Sciences

Psychological Counseling and Guidance Department

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Taşkın YILDIRIM

July-2021

Traumatic grief is defined as experiencing the pain appearing as a result of losing a loved one in a sudden, severe, or unexpected way. The purpose of the present study was to investigate whether the personality traits, mental symptoms, reflections of responses to Beier Sentence Completion Test, dream content themes, and defense mechanisms of university students with and without traumatic grief are different.

A total of 30 university students with traumatic grief (n=15) and without traumatic grief (n=15) were included in the study. The Convergent Parallel Design, which is among the mixed method designs, was used in the study. In this respect, quantitative and qualitative data were collected simultaneously. The “Causal Comparative Research” method was used in the quantitative stage of the study, and the “Interpretive Phenomenological Analysis” was used in the qualitative stage. The Nvivo 12 Qualitative Analysis Program was used in the analysis of the data that were obtained from the qualitative part of the study, the SPSS 22.00 Statistical Package Program was used in the analysis of the data that were obtained from the quantitative part. The “Mann-Whitney U Test” was used to determine the differences between the mental processes of university students with and without traumatic grief (intergroup differences), the Spearman Correlation Analysis was used to determine the relations between psychological symptoms, personality traits, defense mechanisms, and traumatic grief severity of university students with and without traumatic grief.

It was found as a result of the quantitative study findings that there were no significant relations between traumatic grief severity and psychological symptoms, personality traits, and

defense mechanisms of the traumatic grief group. However, when compared to university students who did not experience traumatic grief, it was seen that the psychological symptoms (except for somatization and paranoia) and the personality traits (except for hypomania) scores were significantly higher in university students who experienced traumatic grief. Also, as a result of qualitative research findings, it was also found that individuals with traumatic grief had more intense traumatic memories in their past, and their defense mechanisms such as suppression and denial were dominant in their dream contents.

Keywords: Traumatic Grief, Projective Tests, MMPI Test, Mental Functioning, Dreams, Defense Mechanisms, Psychodynamic Approach, Psychological Evaluation



İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	i
KISALTMALAR LİSTESİ	ii
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu	1
1.2 Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	3
1.3 Problem Cümlesi	6
1.4 Alt Problemler:	6
1.5 Sayıltı	7
1.6 Sınırlılıklar	7
1.7 Tanımlar	7
BÖLÜM II	9
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	9
2.1 Yas: Psikodinamik Yönelimli Bakış	9
2.1.1 Yasın Tanımı ve Terminoloji	9
2.1.2 Normal Yas	10
2.1.3 Yas ve Kayıp Tepkileri	11
2.1.4 Yası Etkileyen Faktörler.....	16
2.1.5 Sendrom ve Tanı Kategorisi Olarak Yas.....	19

2.1.5.1	Tanı Kategorisi Olarak Yas	20
2.2	Travmatik Yas ve Doğası	21
2.2.1	Travma Sonrası Stress Bozukluğu	21
2.2.2	Travmatik Yas	23
2.2.3	Travmatik Yas ve Komorbitesi	26
2.2.4	DSM-V ve ICD-11 İçin Önerilen Travmatik Yas Tani Kriterleri.....	27
2.2.5	Travmatik Yasın Belirleyicileri.....	28
2.2.6	Travmatik Yas ve Savunma Düzenekleri	32
2.3	Yası Sürecine Yönelik Psikodinamik Temelli Kuramlar	35
2.3.1	Erken Dönem Yas Teorileri	36
2.3.1.1	Freud (Yas ve Melankoli)	36
2.3.1.2	Deutsch	37
2.3.1.3	Melanie Klein	38
2.3.1.4	John Bowlby	40
2.3.2	Modern Yas Kuramcıları.....	42
2.3.2.1	Margeret Mahler	42
2.3.2.2	Vamık Volkan.....	43
2.3.2.3	Sistem Toerisi	44
2.4	Travmatik Yas ve Rüya	46
2.4.1	Rüya Çalışması.....	48
2.4.2	Rüyaların İşlevleri	51
2.4.3	Rüyanın Tanı Koymadaki İşlevi ve Psikopatolojilerle İlişkisi.....	54
2.4.4	Rüyaların İçeriğinin/Temalarının Analizi	55
2.4.5	Rüya Yorumu Tekniği.....	58
2.5	Travmatik Yas ve Kişilik	64
2.5.1	Kişilik örgütlenmesi	75
2.5.1.1	Normal Kişilik Örgütlenmesi.....	76
2.5.1.2	Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi.....	77
2.5.1.3	Sınır Düzey Kişilik Örgütlenmesi.....	78
2.5.1.4	Psikotik Düzey Kişilik Örgütlenmesi	82
2.6	Kültür Bağlamında Yas	83
2.7	Travmatik Yas ve Psikodinamik Psikoterapisi.....	85

2.8	Psikolojik Değerlendirmede Sürecinde Projektif Tekniklerin Rolü	95
2.8.1	Projektif Tekniklerin Genel Nitelikleri	97
2.8.2	Psikolojik değerlendirme sürecinde Projektif tekniklerin önemi	98
2.8.3	Projektif tekniklerin kullanımının danışanlar ve ruh sağlığı çalışanları açısından yararları	100
2.8.4	Önemli Bir Projektif Teknik: Beier Cümle Tamamlama Testi(BCTT) .	102
2.8.4.1	Testin Amacı ve içeriği:.....	102
2.8.4.2	Testin Uygulama Süreci.....	103
2.8.4.3	Testinin Puanlanması ve Klinik Yorumlanması	104
2.9	Travmatik Yasla İlgili Araştırmalar	106
2.9.1	Konuya İlişkin Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar.....	106
2.9.2	Konuya İlişkin Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar	107
BÖLÜM III.....		110
YÖNTEM.....		110
3.1	Karma yöntem araştırmaları.....	110
3.2	Araştırmanın Deseni/Modeli, ...	110
3.2.1	Araştırmanın Nicel Boyutu	111
3.2.2	Araştırmanın Nitel Boyutu	111
3.3	Katılımcıların Seçilmesi.....	112
3.3.1	Çalışmaya dâhil olma ölçütleri.....	112
3.3.2	Nicel Veri Toplama Araçları.....	113
3.3.3	Nitel Veri Toplama Araçları.....	126
3.3.3.1	Anamnestik Sorgulama.....	126
3.4	Verilerin Analizi.....	129
3.4.1	Nicel Verilerin Analizi	129
3.4.2	Nitel Verilerin Analizi.....	130
BÖLÜM IV		132
BULGULAR		132
4.1	Nicel Araştırma Bulguları (Objektif Testler)	132

4.1.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler.....	132
4.2 Nitel Araştırma Bulguları.....	144
4.2.1 Projektif Testler ve Anamnestik Görüşmelere İlişkin Bulgular.....	144
4.2.2 Rüya İçeriği Temalarına İlişkin Bulgular.....	160
TARTIŞMA VE YORUM	168
5.1 Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin MMPI klinik alt boyutları farklılık göstermekte midir?	168
5.2 Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır?.....	178
5.3 Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin savunma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?.....	186
5.4 Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir?	187
5.5 Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile MMPI klinik alt boyutları arasındaki ilişki ne düzeydedir?	189
5.6 Travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin Beier Cümle tamamlama testine verdiği yanıtlarda ortaya çıkan yansılarda benzerlik ve farklılıklar nelerdir?	191
5.7 Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin rüya içerikleri analiz edildiğinde ortaya çıkan temalar nelerdir?	200
SONUÇ VE ÖNERİLER	208
6.1 Sonuç.....	208
6.2 Öneriler.....	210
KAYNAKÇA	212
EKLER	243

EK - 1: ETİK KURUL İZNİ	243
EK-2: KULLANILAN ÖLÇME ARAÇLARI.....	244
EK – 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	251
EK - 4: İNTİHAL RAPORU	252



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: MMPI için klinik alt testlerin güvenilirlik katsayıları.....	118
Tablo 2: Verilerin normallik analizleri.....	129
Tablo 3: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler.....	132
Tablo 4:Yaslı olan katılımcıların kaybettikleri kişiyle ve kendi yaşadıklarıyla ilgili bilgiler	133
Tablo 5: Katılımcıların Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular.....	134
Tablo 6: Katılımcıların Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular	135
Tablo 7: Katılımcıların Savunma Biçimleri Testinin (SBT) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular.....	135
Tablo 8: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular.....	136
Tablo 9: Yaslı olan ve yaslı olmayanların Belirti Tarama Listesi Ölçeği açısından aralarındaki farklılara ilişkin bulgular	138
Tablo 10: Yaslı olan ve yaslı olmayanların Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) açısından aralarındaki farklılara ilişkin bulgular	139
Tablo 11: Yaslı olan ve yaslı olmayanların Savunma Biçimleri Testi açısından aralarındaki farklılara ilişkin bulgular	139
Tablo 12: Yaslı olan ve yaslı olmayanların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri açısından aralarındaki farklılara ilişkin bulgular	140
Tablo 13: Yaslı olanların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Belirti Tarama Listesi, Travmatik Yas Ölçeği arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri.....	141

KISALTMALAR LİSTESİ

MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

SBT: Savunma Biçimleri Testi

BCTT: Beier Cümle Tamamlama Testi

SCL-90: Kısa Semptom Envanteri

TYÖ: Travmatik Yas ölçeği

PDM: Psikodinamik Tanı Klavuzu

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmaya konu olan problem durumu ve ardından araştırmanın sınırlılıkları, araştırmaya dair temel kavramlar ile araştırmanın gerekçesi ve önemi açıklanmıştır.

1.1 Problem Durumu

Yas, sevilen birinin ölümüne duygusal, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan gösterilen bir tepkidir. Ölümün ani ve beklenmedik (intihar, kaza, kalp krizi) olması, bireyin kaybettiği kişinin yaşadıklarına uzun süre maruz kalmasıyla (yakının süregelen bir hastalık olayı) veya şiddet içeren bir ölüm biçimini travmatik bir kayıp olarak ifade edilmiştir (Jacobs, Mazure ve Prigerson, 2000; Prigerson, Vanderwerker ve Maciejewski, 2008). Travmatik yas ise sevilen bir kişinin ani bir hastalık, şok edici bir kaza, intihar veya cinayet sonucu kaybedilmesi ve bu kaybı yaşayan bireylerde ortaya çıkan semptom ve tepkilerin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Prigerson, Bierhals, Wolfson, Ehrenpreis ve Reynolds, 1997b; Shear vd., 2001). Travmatik yas ile ilgili yapılmış araştırmalar incelendiğinde daha çok; depresyon, anksiyete, umutsuzluk, intihar düşüncesi, maddeyi kötüye kullama, fonksiyonel bozukluk dahil olmak üzere bir çok davranışsal ve ruhsal sağlık problemlerinin incelendiği görülmektedir (Melhem, Moritz, Walker, Shear, ve Brent, 2007; Rheingold vd., 2004; Prigerson vd., 1999). Diğer yandan travmatik yas, uyum problemleri (Banyard ve Cantor, 2004), travma sonrası stres bozukluğu (Green, 2000) ve ayrılık kaygısı (Prigerson, Bierhals vd., 1996; Prigerson, Frank, vd., 1995) gibi konularla da ilişkisini bilişsel davranışçı yaklaşımla ele alan çok sayıda araştırma olmasına rağmen, psikodinamik yaklaşımla; patolojik yas (Muirhead, 1996), aktarım ve çatışmalar (Rubin, 1999) ve sosyal kaygı (Yıldırım, 2006) bağlamında ele alan sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir.

Travmatik yas sorununu ele alan çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı ve Kişilerarası Psikoterapi yaklaşımlarının birlikte ele alındığı modeller (Shear ve Frank, 2018; Rosner ve diğerleri, 2011b), Bilişsel Davranışçı Kuram (Boelen, Van Den Hout, ve Van Den Bout, 2006; Murray, Cohen, Ellis ve Mannarino, 2008; Cohen ve Mannarino, 2011), Bağlanma Kuramları (Field ve Frederick, 2004; Wayment, 2006) ve Kısa Eklektik Psikoterapi (Smid vd., 2015) olarak görülürken, psikodinamik yaklaşım

yönünden travmatik yası ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Travmatik yası kendi bakış açısına göre ele alan birçok kuramsal yaklaşım olmakla beraber, psikodinamik açıdan travmatik yasin incelenmemesinin büyük bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Çünkü bir danışana psikodinamik yönelimli yaklaşmak demek, onun duygusal, bilişsel, kişilerarası ve sosyal örüntülerinin sadece görünen yüzünü değil aynı zamanda derinliklerini ve işlevselliğinin bütünlük içinde araştıran bir tanılama çerçevesi sunmak demektir (Lingardi ve Mcwilliams, 2017). Örneğin, Psikodinamik danışanın kişilik örgütlenmesinin düzeyini saptamak için savunma düzenekleri, nesne ilişkileri, ben'in güçleri ve zaafları ve zihinselleştirme yeteneğinin değerlendirmesini içine alan bir tanısal birleşim kullanmaktadır. Bu yönüyle psikolojik değerlendirme DSM-V tanı kategori ve kriterlerine dayanan değerlendirmeden farklı olmaktadır. Burada odak nokta danışana bir 'tanı' kriteri etiketiyle yaklaşımdan ziyade, bireyin tanısal olarak anlaşılmasıdır (Gabbard, 2017).

Danışanları psikoterapi sürecinde psikodinamik yönden tanılamak yerine onlara tanı koymanın, yargılayıcı ve olumsuz bir nitelik taşımaktadır (Mcwilliams, 2011). Bu nedenle DSM ve ICD'de olduğu gibi 'bozuklukları sınıflandırmak' yerine Psikodinamik Tanı Klavuzu (PDM-2) 'insanları sınıflandırmayı' amaçlamakta, kişinin neyi (ağırlıklı olarak kategorik, var-yok yaklaşımı) olduğundan ziyade kim olduğuna bakmanın önemi vurgulanmaktadır. Ruhsal hastalıkların nedenleri, gelişim yolları, önlenmesi ve tedavi üzerine hayati önem taşıyan araştırmalara ancak psikolojik örüntülerin doğru bir şekilde tanımlanması rehberlik edebilir (Lingardi ve Mcwilliams, 2017). Ayrıca DSM ve ICD'nin travmatik yas ile ilgili terminoloji ve tanı kategorisi konusundaki belirsizlikleri hala devam etmekte ve DSM-5'in '*daha fazla araştırma gerektiren rahatsızlık*' tanımına ek olarak, Stresle Bağlantılı Bozuklukların Sınıflandırılması Çalışma Grubunun, ICD-11'de uzamış yas bozukluğu adı altında yeni bir tanı önerdiği dikkati çekmektedir (Prigerson vd., 2009; Shear, 2015). DSM ve ICD için bir tanı kategorisi önerilmesine karşın her danışanı ya da hastayı aynı potada eritmek, değerlendirmek sosyo-kültürel değişkenleri dışlamak anlamına gelebileceği ancak psikodinamik görüşmenin, belirtisel tanıdan daha fazlasıyla ilgilendiği ifade edilmektedir (Akhtar, 2016).

Biyopsikososyal etkenleri bir araya getirilmeden tanı koymak ya da semptomun olmadığından söz etmek, '*insanı tanıma*' gibi büyük bir argümanı gözardı etmek demektir. Örneğin, toplumda normal kabul edilen bir davranış, kültürel ön yargılar nedeniyle başka bir kültürde patolojik görülebilir ya da bireyin davranış örüntüsünün

problemli olduğu görülmeyebilir (Lingardi ve McWilliams, 2017). Bu nedenle danışanın formülasyon ve tedavi planı (nesne ilişkilerinin düzeyi, ben'inin g   l  ve zayıf yanları, benlik kaynaşması, düşünümsel işlevleri, eksikliklerine karşı çatışmaları, yası tutulmamış kayıplar, inançlar, çıkarımla tespit edilen bilinçdışı fanteziler, gelişimsel duraklamalar, tehcih edilen savunmalar v.b) hazırlanırken s konusu bilgileri göz önünde bulundurmak yarar sağlamaktadır (Gabbard, 2017).

Psikodinamik yaklaşımı benimseyen ruh sağlığı çalışanları açısından, danışanın gizli istek, ihtiyaç, korku ve güdülerini muğlak uyaranlara yansıtarak açığa vurmaya yönelik yapılarını yeterince tanımanın ve bu yapıların terapist tarafından yorumlanmasının gerekli olduğu ifade edilmektedir (Waldron, Gordon ve Gazzillo, 2017). Bu durumda danışanın yaşadıklarının arka planında yer alan içsel koşulların anlaşılmasını sağlayan projektif testlerin önemini ortaya koymaktadır (Anzieu ve Chabert, 2011). Bu doğrultuda travmatik yasin doğasının anlaşılmasında katılımcılardan toplanan nitel veriler ve nicel verilerin birleştirilmesinin (Waldron, Gordon ve Gazzillo, 2017) faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sonuc olarak, travmatik yasin sadece klinikte görülen semptomlarıyla değil, dinamik yaklaşımlarla da tanılması yapılabilecek bir süreç olarak görülmesi faydalı olacağı düşünülmektedir. Hatta danışanın psikolojik rahatsızlıklarına ait psikodinamik süreçler incelenmezse danışanın psikopatolojik durmuna ilişkin kesin bir tanıya varılamayacağı vurgulanmaktadır (Volkan ve Zintl, 2008; Kogan, 2011). Bu yüzden konunun objektif testler yanında projektif yöntemlerle de incelemesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca literatür incelendiğinde travmatik yasin projektif testlerle incelendiğine dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.2 Araştırmanın Gerekçesi ve  nemi

İnsanlar ve insanlık var olduğu müddetçe, travmaların yaşanması kaçınılmazdır. Karşımıza çıkan bu travmalar beraberinde birçok zorluğu da getirmektedir. Travmalar ve sonuc olarak getirdikleri, yaşamı daha çok tehdit eder duruma gelmiştir. Anlık gelişen savaşlar, dünyayı bir anda saran salgın hastalıklar (corona virüsü gibi), afetler insan yaşamını travmatize etmektedir. Ayrıca bu travmatik yaşantılar fiziksel ve psikolojik kayıplara neden olmaktadır. Bu süreçlerde kayıp yaşayan ve kayıp tepkisi sonucu olarak gelişen yas sürecini terapötik bir yaklaşımla destekleyen ve aynı zamanda konuya hâkim olan ruh sağlığı çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ruh sağlığı çalışanları da ancak

kendi alanlarıyla ilgili gelişim sayesinde amacına ulaşabilirler. Bu çalışmanın önemli yönlerinden birisi de psikolojik danışma alanında, travmatik yasa ilişkin katkı sunmaktır.

Literatürde travmatik yas üzerine yazılanların önemli bir kısmı klinik raporlardan oluşmaktadır. Klinik gözlemlerin çok büyük yararlar sağlayabileceği inkar edilemez fakat bulguları sistematik olarak tekrarlamak (görgül araştırma bulguları elde etmek) için yeterli bir çaba sarf edilmediği vurgulanmaktadır (Shear ve Frank, 2018). Travmatik yasa ilgili sınırlı düzeyde tartışma ve yorum yapılmış olmakla beraber hastalığın psikodinamik süreçlerinin incelenmesi üzerine araştırmalara rastlanmamıştır. Ayrıca, travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçlerini nitel ve nicel yöntemler ve objektif ve projektif testlerle inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bu yönüyle literatürdeki önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

DSM ve ICD Açısından Önemi: Uzmanların yakın zamanda travmatik yası nozolojik (Hastalıkları, etiyoloji, patogenezi veya semptomata göre sınıflandırılabilme) bir konu olarak ele aldıkları görülmektedir. Yani depresyon, ayrılık kaygısı ve TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) gibi hastalıklardan ayırtılamamış ve sınıflandırılmamıştır. Ayrımın yapılamaması hem ruhsal bir problem olarak kabul edilmesini hem de buna dair tanı kriterlerinin (DSM ve ICD'nin uygun gördüğü, ancak PDM'nin uygun görmediği tanılama sistemidir, araştırmada da bu doğrultuda irdelenmektedir) belirlenmesini geciktirmektedir (Jacobs vd., 2000). Bu sebeple konunun daha ayrıntılı incelenmesi, tedavi sürecindeki danışanlara daha iyi hizmet sunulması, etkili tedavilerin geliştirilmesi ve uygulanan tedavilerin test edilmesini sağlamak için ayrı bir tanı kriteri setine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Prigerson vd., 1995; Fowler, 2006; Shear vd., 2005; Marwit, 1996; Horowitz vd., 1997; Doorn, Kasl, Beery, Jacobs, ve Prigerson, 1998; Jacobs vd., 2000; Prigerson vd., 1997; Prigerson vd., 1999). Tanılamalar, travmatik yastan etkilenen bireylerin erken tespiti ve müdahalesini kolaylaştırmakta ve aynı zamanda hastalığın prevalansı, doğası, tedavisi ile ilgili yeni araştırmaların yapılmasını sağlayabilir. Bu doğrultuda travmatik yasin daha derinlemesine incelenmesi, DSM ve ICD için önerilen tanı kriterleriyle benzer ve farklılıklarının ortaya çıkarılması ve yeni öneriler getirilmesi açısından araştırma önemlidir.

Koruyucu, Önleyici ve Geliştirici Ruh Sağlığı Hizmetleri Açısından Önemi: Koruyucu, Önleyici ve Geliştirici Ruh Sağlığı Hizmetleri, ruh sağlığı sorunları ve riskli davranışları yeni ortaya çıkmış bireylerin psikolojik sorunlarını erkenden saptamak ve

yaşanılan problemin süregenleşmeden iyileşmesine yönelik hizmetler olarak tanımlanmıştır (Ruh Sağlığı Yasası Taslak, 2017). Burada ‘ruh sağlığı sorunlarının erken saptanması ve müdahalesi’ne olan atıf okul psikolojik danışmanlarının psikopatoloji konularında daha fazla yetkin olmasını gerektiğini akla getirmektedir. Ancak PDR lisans programında psikopatoloji yönelimli derslerin azlığı, psikolojik danışmaların bu alandan yeterince faydalanmamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle ‘okul psikolojik danışmanlığı’ ile özdeşleşen PDR alanının okul dışında da profesyonel bir ruh sağlığı hizmeti sunması ve topluma yönelerek gerekli yeni açılımlar yapması bir zorunluluktur (Doğan, 1993). Hatta Prigerson vd. (1999), çalışmalarında travmatik yas belirtilerin yaşayan bireylerin intihar düşüncesine sahip olmaları, normal bireylere göre beş kat daha fazla olduğunu, üniversite öğrencilerinin travmatik yasa nasıl tepki verdiklerini ve tedavilerinin nasıl formüle edeceğini anlamak ruh sağlığı uzmanlarının doğrudan görevi olduğunu belirtmektedir. Çalışma bu açıdan alana katkı getirmeyi amaçlamaktadır.

Psikolojik Danışma ve Rehberlik Alanı Açısından Önemi: Avcı ve Yıldırım (2021) tarafından yapılan çalışmada Psikolojik danışmanların travmatik yası olan ergenlere müdahale konusunda bilgi ve deneyime gereksinim duydukları ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın başta psikolojik danışmanlar olmak üzere diğer ruh sağlığı çalışanlarının travmatik yas konusunda daha derinlemesine bilgi sahibi olacağı, yapılacak müdahalelerde kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

Aileler Açısından Konunun Önemi: Bowen (1978) yasin aile sistemi üzerinde bireysel bir etki yarattığını belirtmiş ve bu yüzden çok kuşaklı bir aile sisteminde kaygı ve stresin etkilerine odaklanmıştır. Çünkü sevilen birinin ölümü sadece şimdiki nesli etkilemediği aynı zamanda geçmiş nesillerdeki çözülmemiş yası da temsil ettiğini belirtmiştir. Rosen (1989) sistemik odaktan hareketle travmatik yas yaşayan bireylerle tedavi süreçlerini yürüttü. Bu süreçte yası olan bireylerin aile sistemi içinde izole olduğunu ve bu sistemi yeniden bütünleştirmek için travmatik yas konusunda daha detaylı bilgiye ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan aile ve evlilik terapistlerinin travmatik yas yaşayan bireylere müdahale sistemleri belirleme konusunda zorluk yaşadıklarını vurgulanmaktadır. Ayrıca terapistlerin danışanlara daha iyi yardımcı olabilmeleri için tanısallık bir nozoloji oluşturmaları ve travmatik yası derinlemesine incelemeyi öğrenmelerini önemli görmektedirler (Prigerson vd., 1995). Bu açıdan aile sistemi içerisinde travmatik yas yaşayan bireyi daha iyi anlamak ve tanımlamak açısından çalışma önemli ve özgün bir değere sahip olduğu düşünülmektedir.

Toplum Açısından Önemi: Volkan (2002), grubun (toplumun) tamamını veya çoğunluğunu etkileyen ağır ve şiddetli kayıpların, bireyin psikolojisi (kişinin bireysel yası) ve grubun psikolojisi (ortak yas) arasında bir bağ olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca grupların, acı, utanç ve suçluluk hislerini kuşaktan kuşağa aktararak yastan kaçabilmektedir. Bu kaçınma ve aktarım, örselenme sonrasında, örselenmenin tüm üyellerdeki ortak zihinsel tasarımı oluşturmaya başlayınca gerçekleşmektedir. Benzer şekilde aynı kaybı toplu olarak paylaşan grup üyeleri, benzer psikolojik yas süreçlerinden geçmektedir. Bireysel yasta olduğu gibi, ortak yasin (toplumsal yas) yansımalarını tanımak grubun gerçekliği kabullenmesine, ortak kayıplara uyum sağlamasına ve yaşama devam etmesine yardımcı olmaktadır (Volkan, 1992). Bu açıdan toplumda görülen ruh sağlığı sorunlarına yönelik kapsamlı taramalar yapılması, risk etmenlerinin belirlenmesi ve riskli grupların saptanarak koruyucu ve önleyici ruh sağlığı programlarının oluşturulması ve toplumdaki tüm bireylere ulaştırılması gerekmektedir. İhtiyacı olan tüm bireylere bu hizmetin ulaştırılması için alanda yetişmiş uzmanlara ve travmatik yasin daha fazla tanınmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönüyle çalışmanın toplumun ruh sağlığı açısından da özgün bir değere sahip olduğu düşünülmektedir.

Bu durumlar dikkate alındığında bu araştırmanın amacı, travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin kişilik özellikleri, ruhsal belirtileri, Beier Cümle Tamamlama Testine verdikleri cevaplardaki yansımaları, rüya içerik temaları ve savunma düzeneklerinin farklı olup olmadığını araştırmaktır.

1.3 Problem Cümlesi

Araştırmada irdelemek istenen problem şöyledir: Travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin ruhsal yapıları birbirinden farklı mıdır?

1.4 Alt Problemler:

1. Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin MMPI klinik alt boyutları farklılık göstermekte midir?
2. Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır?

3. Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin savunma biçimleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir?
5. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile MMPI klinik alt boyutları arasındaki ilişki ne düzeydedir?
6. Travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin Beier Cümle tamamlama testine verdiği yanıtlarda ortaya çıkan yansımalarda benzerlik ve farklılıklar nelerdir?
7. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin rüya içerikleri analiz edildiğinde ortaya çıkan temalar nelerdir?

1.5 Sayıltı

1. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Beier Cümle Tamamlama Testi, Kısa Semptom Envanteri ve Travmatik Yas ölçeğini gerçek durumlarını yansıtacak biçimde cevapladıkları, samimi ve yansız oldukları kabul edilmektedir.

1.6 Sınırlılıklar

1. Araştırmanın travmatik yas yaşayan grubu, travmatik yas ölçeğinde en az 25 puan almış ve son 6 ay içinde bir yakını travmatik bir şekilde kaybetmiş üniversite öğrencileriyle sınırlıdır.
2. Araştırmanın travmatik yas yaşamayan grubu ‘travmatik yas ölçeğinde 24 puanı aşmamış ve son 6 ay içinde yakın kaybı yaşamamış üniversite öğrencileriyle sınırlıdır.
3. Bu araştırma, araştırmada kullanılan ölçme araçlarının (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Beier Cümle Tamamlama Testi, Kısa Semptom Envanteri ve Travmatik Yas ölçeği) ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.7 Tanımlar

1. **Yas:** Keder, sevilen birinin kaybına karşı evrensel, içgüdüsel ve uyarlanabilir tepkidir (Young vd.,2012)

2. **Travmatik yas:** Kaybın aniden ve beklenmedik bir şekilde yaşanmasıyla (*örneğin, intihar, kaza, kalp krizi*), kaybedilene sürekli maruz kalmasıyla (*örneğin, yakının kronik bir hastalık olayı*) veya kayıp şeklini travmatik olarak algılamasıyla oluşan yitim, travmatik yas olarak ifade edilmektedir (Jacobs, 1999; Jacobs, Mazure, ve Prigerson, 2000; Jacobs ve Prigerson, 2000; Prigerson vd., 2008).
3. **Ruhsal süreç:** Bireyin deneyimlerine ilişkin tutarlı bir bakış açısı elde etmesi için duygu ve düşüncelerinin yeniden yapılandırılması şeklinde tanımlanmıştır (Krech ve Crutchfield, 1948).
4. **Savunma mekanizması:** Tehlikeli, kaygı verici ve rahatsız edici malzemeden kaçınmaya yarayan ve özellikle de histerik belirtiler, fobiler ve obsesyonlarda önemli rol oynayan içsel düzenekler olarak tanımlanmıştır (Freud, 1894).
5. **Rüya:** Bastırılmış bir arzunun kılık değiştirmiş olarak doyurulması şeklinde tanımlanmıştır (Freud, 1900).
6. **Projektif Yöntemler:** Kişisel sorunlarını açıklamaktan kaçınan, utanan, ayıplanacak durumunu saklamak isteyen kişilerin kişiliğini öğrenebilmek için hazırlanmış; bireyi gizlerini ele verdiği duygusuna kaptırmadan, bilincinde olmadığı ve söylenmesi olağan olmayan yönlerini açığa vurduran uyarım dizileri olarak tanımlar (Garret, 1967)
7. **Objektif Testler:** Psikopatolojinin, zekânın veya kişiliğin bazı yönlerini sınırlı bir oranda (doğru veya yanlış, katılıyorum veya katılmıyorum, birden yediye kadar katılım oranının belirtilmesi gibi) aydınlatmaya çalışan, bireyin bilinçli fonksiyonlarını değerlendirmeyi amaçlayan ‘kendini değerlendirme envanterleri’ olarak adlandırılırlar (Linden ve Hewitt, 2013).

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde yas ve travmatik yasa dair kuramsal çerçeve ayrıntılı bir şekilde ortaya konulmuş daha sonra travmatik yasa ilişkin bazı araştırma sonuçları sunulmuştur.

2.1 Yas: Psikodinamik Yönelimli Bakış

Yas, eski çağlardan beri hakkında çok şey duyulan bir kavram olmasına karşın günümüzde hala tanım olarak zihinlerde netleşemeyen kayıp sonrası gösterilen bir tepkidir. Genellikle sevilen birinin kaybı ardından, bireyin kaybettiği kişiyle ilgili sosyal ve manevi sistemler dahil olmak üzere yoğun ve acı içerikli duygular, ısrarlı düşünceler, fizyolojik semptomlar ve davranışsal düzlemlerdeki anormallikler olarak ifade edilir (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2007). Bu bölümde psikodinamik kuramların bakış açıları doğrultusunda, yas ve travmatik yasin doğası ve tedavisine ilişkin literatür verilmiştir.

2.1.1 Yasın Tanımı ve Terminoloji

Yas, bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal tepkilerle kişisel, sosyal, kültürel, ve tarihsel etkilerin farklı bir biçimde kaynaşmasını yansıtan ve aynı zamanda psikik dengenin tekrar kurulmasını sağlayan biricik ve çok boyutlu bir duygudur (Humphrey, 2017). Basitçe ifade etmek gerekirse yas, sevgi için ödediğimiz bir bedeldir ve insanlara, projelere, sahip olunan ekonomik yatırımlarla duygusal bağlar kurmanın bir sonucudur (Hall, 2014). Yas, boşanma, iş hayatında başarısız olma, göç, organ kaybı, ekonomik kayıplar, ölüm, trafik ve diğer kazalar, hastalık ve doğal felaketler gibi somut yitimler sonucu yaşanabildiği gibi (Thompson, 2011), prestij kaybı, güven ve güvenliğin kaybı, sevgi kaybı, hayallerin yitimi, romantik düşlerin kaybı, özgürlüğün kaybı gibi soyut yitimler sonrasında da meydana gelebilir (James ve Friedman, 2009). Bununla birlikte yas sadece olumsuz yaşam olaylarından sonra değil, okuldan mezun olma, iş yeri ve iş değiştirme gibi yeni bir duruma uyum sağlamayı zorunlu kılan yaşam olaylarından sonra da görülebilir. Bu süreçte kayıp yaşayan bireylerin kendilik tasarımları ve nesne tasarımlarına dair algıları değişir. Bireylerdeki bu algısal değişimle beraber kaybettikleri kişinin olmadığı bir yaşama uyum sağlamaları gerekir (Gillies ve Neimeyer, 2006). Kayıp ve yas, dünyadan kopuk bir şekilde ortaya çıkmaz. Bir bireyin yası, içinde bulunduğu çevreye özel çeşitli sosyo-kültürel etkiler arasında devam eden bir etkileşim sürecini içerir. Bu nedenle bireyin kayıp ve yas sürecine uyum sağlamasını ele alırken, sadece

duygusal tepkiler üzerinde yoğunlaşmak yerine sürecin psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi boyutlarını da hesaba katarak daha bütüncül bakmak gerekmektedir.

Yasa sistemik ve bütüncül bakmak öncelikle -kültürel özgül kullanımda ve mesleki terminolojideki çeşitlilikten ötürü- kayıp ve yasla ilişkilendirilen dile dair kafa karışıklığının giderilmesidir. Örneğin, bazen yas ifadesiyle yalnızca ölüm deneyimi üzerinde ilişki kurulurken; bazen de tüm kayıp tecrübelerini karşılayacak biçimde genişletilebilir. Bu bağlamda önemli birinin yitimi sonrası yaşananlar 3 ayrı terimle açıklanmaktadır. Bu terimler kavramsal olarak birbirinden farklı olsalar da birbirlerinin yerine kullanılabilir. Matem(*mourning*); yas tutan bireyin, kaybedilen kişiyle olan ilişkisini, benlik duygusunu ve dış dünyayla olan ilişkisini yeniden anlamlandırma girişimi olarak tanımlanmaktadır (Gross, 2018). Bununla birlikte, ‘matem’ aynı zamanda ‘kayıplara eşlik eden ve kişinin içinde bulunduğu yas sürecini fark etmelerini sağlayan, kültürel olarak düzenlenmiş ifadeleri veya ritüelleri’ belirtmek için çok farklı anlamlarda kullanılabilir (Doka,1989). Cenaze törenlerinde siyah kıyafetler giymek ve spor müsabakalarında siyah kol bantları takmak, Yahudi evlerinde aynaları kapatmak yer almaktadır. Yakın kaybı(*bereavement*); bireyin yaşamında değer atfedilen birini kaybetmiş olması durumunu tarif etmektedir. Yas (*grief*); hem kayıp deneyimiyle ortaya çıkan, hüznün ve/veya huzursuzlukla nitelenen bir duyguya hem de kişisel yahut kişilerarası kayıp deneyimine atıfta bulunur. Aynı zamanda yas, kayıp yaşayan bireylerde, bu kayba karşı verilen pasif, istemsiz tepkileri, yaşanan sıkıntıyı, daha çok kaybın iç parçasını ve hissedilenleri yansıttı ifade edilmektedir (Cowen, Harrison ve Burns, 2012).

2.1.2 Normal Yas

‘Normal’ yas nelerden oluşur? Bunun basit bir cevabı yoktur. Yas, her insan ve her kayıp için farklıdır. Bu yüzden kayıp yaşayan bir bireyin yas sürecinde yasını yargılamak ve etiketlemek, özellikle de erken yaşta zarar verici olabilir. Bununla birlikte, bir klinisyenin, müdahale edip etmeme konusunda kategorik kararlar vermek için bir kişinin yasının sürece uygun bir şekilde ilerlemediğine dair bir kanıya varması gerekir. Yas semptomlarının aralığını, özelliklerini ve özelliklerin psikodinamiğini anlamayan bir klinisyen, normal bir sürece müdahale etme ve muhtemelen onu bulunduğu süreçten çıkarma riski altında olduğu söylenebilir. Dahası yasin yoğunluğu ve süresi, yalnızca aynı bireyde zaman içinde veya farklı kayıplardan sonra değil, benzer şekilde kayıplarla uğraşan farklı kişilerde de oldukça değişken olabilir. Bu yoğunluk ve süre birçok etmen

tarafından belirlenir: bireyin kişiliği, bağlanma stili, genetik yapısı, yaşı, manevi ve kültürel kimliği, destek ve kaynakları, önceki kayıpları, ilişkinin doğası ve kayıp türü olduğu ifade edilmektedir (Bonanno ve Kaltman, 2001). Tüm bunlar dikkate alındığında bu kadar karmaşık olan bir durumu basit bir tanı kategorisi ile değerlendirmek veya etiketlemek yapılması düşünülen psikolojik müdahaleyi baştan etkisizleştirebileceği, akılda olmayan ve kastedilmemiş olanın paylaşılması veya dinlendirilmesi oldukça önemli olumsuz sonuçlara yol açabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan yasın bir durum değil bir süreç olduğunu, yas sürecinin tipik olarak uyum içinde ilerlediği ve ölümün acı veren gerçekliğine ve bu gerçekliğe doğru salınan dikkat ile başladığı, bunun yanında yasın duygusal, bilişsel, sosyal ve davranışsal bozulmaların bir yelpazesi olduğu düşünülebilir. Zor fark edilen değişikliklerden derin ızdırap ve işlev bozukluğuna kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Hal böyle olunca bu durum Freud'un dikkatini çekmiş ve yasına dair *kendi öz analizini* babasının kaybı ile başlamıştır. Kayıp ve kaybedilen nesnelerin içselleştirilmesi, o zamandan beri psikanalitik teorinin temel taşları olarak kalmıştır. 1917'de Freud, yas (yani, "normal" keder) ve melankoli (yani "patolojik" keder) arasındaki benzerliklere dikkat çekerek, ayırt edici özelliklerine de odaklanmış ve normal yasın; derin acı verici üzüntü, yeni bağlantı nesnelerine uyumda zorluk, sevilen kişinin düşünceleriyle bağlantılı olmayan faaliyetlerden uzaklaşma ve dış dünyaya olan ilginin azalması olmak üzere dört temel özelliğini tanımlamıştır. Freud (1917b) başlangıçta depresyonu yastan ayırsa da normal yası, sevilen nesnenin kaybı ve bu nesnenin içselleştirilmesine cevap olarak ortaya çıkan melankoliyle ilişkilendirmiştir. Bu durum normal yas sürecinde kaybedilen nesnenin yerine yeni bir nesneye yatırım yapmasını engellediği ve yeni nesneye yatırılan libidonun geri çekilmesine neden olduğu görülmüştür. Nihayetinde açıklanamayan yasın açıklanamayan periyodik depresyonlar gibi alternatif bir biçimde ifade edilebileceği görülmüştür (Stroebe, Stroebe ve Hansson, 2008).

2.1.3 Yas ve Kayıp Tepkileri

Yas süreci kayıp yaşayan bireylerin yitim öncesi ile yitimden sonraki yaşamları arasındaki geçiş sürecidir. Bu süreçte bireyler birbirinden farklı psikolojik, davranışsal, sosyal, duygusal ve fiziksel tepkiler ortaya koyabilirler.

Duygularda ve Düşünce Süreçlerinde Değişiklikler: Beklenen ölümlerle ilgili süreçlerde yas tutacak bireylerin bilişsel olarak olaya hazırlıklı olmaları, zihinsel yapılanmalarının şematize edilmiş olması ve ölen kişiyle farklılıkları (kendisini

kaybedilenden ayırabilme) kısmen netleştigi için sonradan meydana gelen öfke ve suçluluk duygularının daha hafif atlatılması konusunda genel bir fikir birliği vardır. Bazı gözlemciler, yakınıni kaybedenlerin birçoğunun, ölümden önce kaybedilene ilişkin ölümcül bir tanı konulduğunu öğrendiklerinde yas tutmaya başladıklarını bulmuşlar (Bowlby,1980;Brown ve Stoudemire,1983). Öngörülü yasin insanların kayıp beklentisi içinde oldukları kişi ile ilişkilerini kesmesine ve bağlanma davranışlarından vazgeçmesine neden olduğu söylenebilir. Ancak kaybın beklenip beklenmediğine bakılmaksızın, ölümden sonra en sık rastlanan tepkilerin; şok olma, öfke, uyuşma ve inkâr, acı, üzüntü, suçluluk ve rahatlama olduğu vurgulanmaktadır (Osterweis, Solomon ve Green,1984;Thompson, 2011). Kaybın hemen ardından yaşanan en belirgin duygu hali uyuşukluktur. Bu uyuşukluk hali cenaze merasiminden sonraki aylarda yoğun bir ayrılık ve acıya dönüşür. Avustralyalı psikiyatrist Beverly Raphael (1977), bu aşamayı yaşlı kişilerle yaşadığı ve kendi klinik deneyimine dayanarak ‘ölen bireyin yokluğu her yerde aşikârdır. Kayıp yaşanan ev ve tanıdık çevre acı verici hatıralarla dolu görünüyor. Üzüntü dalgaları yası olan bireyin üzerinde kırılmalar yaratmakta ve kaybedilen kişiye yoğun bir özlem duymasına neden olmaktadır. Yaslı kişi sanki parçalanmış ve bir parçanınin kendisinden ayrılmış gibi varoluşsal bir boşluk hissine kapılmaktadır’ şeklinde açıklamaktadır.

Kayıptan sonraki süreçlerde duygularda yaşanan dalgalanmaları geliştirdiği teoride beş ayrı aşamada ele alan psikiyatrist Elisabeth Kübler-Ross’un ortaya koyduğu aşamalar; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve en nihayetinde kabullenmedir. Ancak bu aşamalar bir düzen içinde yaşanmayabileceği ve bu durumun bireyden bireye farklılık gösterdiğini ifade etmiştir (Kübler-Ross, 2010). Bu aşamalar aşağıda ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır.

İnkâr: İnkâr şoku emerek, feci gerçeği yavaş yavaş sindirmemize yardımcı olan bir tampon gibi işlev görür (Volkan ve Zintl, 2008). Kübler-Ross’un aşamalı teorisinde ilk aşamayı oluşturan inkâr, kaybın acısını en aza indirmeye yardımcı olmaktadır. Zihin kaybın gerçekliğini işlerken, bilinçaltı inkâr savunma düzeneğiyle duygusal acıdan kurtulma çabası içinde olur. Zihnin bu gerçekliğe alışması biraz zaman alabilir. Çünkü bu süreçte kaybedilenle geçirilen yaşantılar ve deneyimler yansıtılır ve birey bu kişi olmadan hayatını nasıl idame edeceğini düşünürken bulabileceği vurgulanmaktadır. Nancy Mcwilliams (2010) Psikanalitik Tanı adlı eserinde kayıptan sonra oluşan inkâr sürecini psikodinamik açıdan yaklaşıarak şöyle açıklamaktadır: İnkâr, bir felakete

verdiğimiz ilk tepki olarak herbirimizin içinde varlığını hep sürdürür; kendileri için önemli olan birinin ölüm haberini duyan kişiler ilk tepkileri olarak kaçınılmaz bir şekilde ‘Hayır, olamaz!’ diyeceklerdir. Bu tepki kökenini çocuğun benmerkezciliğinde bulunan arkaik bir sürecin gölgesinden almaktadır. Çocuğun benmerkezci varoluşunda, ‘Kabul etmezsem, olay olmamış olur’ şeklinde mantık öncesi bir kanı çocuğun deneyimine hâkim olacağı vurgulanmaktadır.

Öfke: İnkârın başa çıkma mekanizması olarak kabul edebileceği yerlerde, öfke maskeleye etkisi yaratır. Öfke kayıptan sonra ölen kişiye dair taşınan duyguyu ve acıyı gizleme görevi üstlemektedir. ‘Neden ben?’ inkâr sürecinin devam edemeyeceği anlaşıldığında yerini öfke, kıskançlık benzeri duygulara bırakır. Bu aşamada öfkeyle baş etmek inkârla baş etmekten daha zordur. Çünkü öfke zamanda içinde suçlama duygusunu da taşımaktadır. Kaybı yaşayanlar; ‘doktorlar başarısızdır, müdahaleyi zamanında yapamadılar, yanlış analiz yapılmıştır’ şeklinde tepki verdikleri ifade edilmektedir (Kübler-Ross, 2010). Rasyonel beynimiz her ne kadar zihinsel olarak öfke odağında olan nesnenin suçlanmayacağını bilse de, kayıptan sonra hissedilen duygular bunu engellemekte hatta istekli olmaktadır. Bir anlamda kayıptan sonra yaşanan öfke kaybın kabul edilmesi olmaktadır. Sonuç itibarıyla birey öfkesini, belli sorgulamalardan ve düşünce süreçlerinden sonra bastırabilir ve kaybın ardından gelişen pazarlık aşamasına geçebilir.

Pazarlık: Yitimin olduğuna ilişkin daha yüksek düzeyde bir farkındalık vardır. Ancak direnç bireyi yasla psişik pazarlıklara oturtacak kadar işi uzatabilir. Ölümünden/ayrılıktan önceki son günleri, saatleri geri getirmeye çalışarak tekrar yaşar. Pazarlık yapma, gerçek anlamda bir erteleme denemesidir. Bu erteleme gerçekleşmesi durumunda, hastanın(yas tutanın) artık daha fazlasını talep etmeyeceği sözünü de taşır. Yaygın düşünceler “Keşke...” ve “Ya eğer...” dir. Bu durum daha yüksek gücümüzle yeni bir anlaşma yapmaya çalışmak şeklinde de işlem görebilir. "Söz veriyorum, hayatımı değiştireceğim ve bu haberi geri alırsan daha iyi bir insan olacağım." Verilen bu sözler psikolojik açıdan bir tür suçluluk duygusuyla da ilintili olabilir. Ancak bu suçluluk duygularının geçici olduğu ve kriz evlerindeki yasta genellikle daha belirgindir denilmektedir (Volkan ve Zintl, 2008). Hatta bazı kültürler suçluluk dışı vurumlarını benimsemişler ve yas törenlerinde, cezayı gelenekleri arasına almışlar. Örneğin, yeni Zelanda’daki Maoris gibi bazı ilkel kabilelerde, yitirilen kişinin ailesi, kayıplarını ifade etmek için memelerini kestikleri ifade edilmektedir (Edna,1968).

Depresyon: Bireyin kaybı kabullediği ve kaybın birey üzerindeki etkisinin anlaşılmasına başlandığı evredir. Bu aşamada inkârın, öfkenin ya da pazarlık yapmanın bir anlam ifade etmediği fark edilmektedir. Birey, ölümün temsil ettiği tüm kayıplardan dolayı üzülmektedir. Bu, hastanın en nihayetinde dünyadan ayrılmasına yardımcı olan bir hazırlayıcı yas şekli olan, *hazırlık depresyonu olarak tanımlanmıştır* (Gross, 2020). Diğer yandan korku ve endişe ifadeleri ile büyük bir kayıp duygusunu içeren *reaktif depresyon* sürecinde kayıp yaşayan bireyler depresif ruh halinin yanında konsantre olmada güçlük, öfke, suçluluk, sinirlilik, kaygı, huzursuzluk, aşırı üzüntü gibi semptomlar daha yaygın hale geldiği vurgulanmaktadır (Osterweis, Solomon ve Green,1984).

Kabullenme: Bir kaybı kabullenmek, yasın bittiği anlamına gelmez. Kaybın gerçekliğine karşı birey savaşıma azmini kaybettiği için sürecin daha yönetilebilir bir aşamaya geçtiği düşünülmektedir. Yani hastanın yaşam mücadelesinden vazgeçtiği ve uzun bir yolculuğa kendisini hazırlıyormuş gibi diğer insanlarla ilişkilerinden geri durduğu kabullenme süreci olarak ifade edilmektedir (Gross,2020). Kabullenme, bir kayıp durumunda keder duygularının bireyi tamamen terk etme olasılığı düşük olsa da duyguda yoğunluk, ruh halindeki dalgalanmalar ile gözyaşlarının düzelmeye başladığı ve yeniden normal bir yaşama başlanılan bir sürece girildiği zamandır. Yaşlı birey bir duygu durumdan diğerine dramatik ve hızlı bir şekilde geçiş yapabilir. İnsanlar genellikle bir inançsızlık(kaybı kabullenemme) durumundan, kaybın gerçekliğini kademeli olarak kabul edilmesine doğru geçiş yaparlar. Ancak geçiş ve ilerleme doğrusal olmayabilir.

Yas, kayba karşı gösterilen duygusal bir tepkiden daha fazladır. Var olan anlam yapılarının parçalanmasının beraberinde bilişsel, varoluşsal, manevi başa çıkma süreçlerinin karmaşık tepkilerini de oluşturabilir. Kişilerarası ilişkiler, yaşama dair hedefler ve günlük hayata ilişkin bu anlam kaybı varoluşsal bir kriz yaratmaktadır. Kaybedilen ötekinin geçmişle olan sürekliliğini bozduğu ölçüde, yas aynı zamanda bireyin kendi varoluşsal kimliği ile ilgili varoluşsal mücadeleleri de beraberinde getirmektedir. Bu durum daha geniş bir bakış açısıyla bakıldığında, yas çalışmaları sürecinde anlam yapılarının dönüşümünü de içerdiği ifade edilmektedir (Wong, 2008).

Davranışsal Değişiklikler: Yasın daha erken dönemlerinde davranışlarda yavaşlama hissi ve eşlik eden postürel değişiklikler, ajitasyon, huzursuzluk, artan motor aktivite, duyguların dışsal dışavurumu, genel ağlama gibi septomlar yaygın bir şekilde görülmektedir. Bununla birlikte manevi davranışlarda/ifadelerde gözlenebilir değişiklikler, ölen kişilere yönelik hatırlatıcıları engellemeye çalışma ve kaçınma,

kaybedilenin mezarını ziyaret ederek kişi ile bağlantı kurma, sosyal içe çekilme, kazalar ve madde kullanımının artması da görülebilir. Özellikle kayıptan önce madde kullanma eğilimi olan bireylerde kaybın ardından maddeyi kullanma eğilimi aşırı hale gelebilir (Parkes ve Prigerson, 2013). Tüm bu davranışsal tepkiler/değişikler bazen aile içindeki bir kayıptan sonra bireyden bireye değişiklik gösterebilir. Örneğin; evlat kaybı yaşayan bir ailede anne duygularını ağlayarak ifade ederken, baba aşırı hareketlilik ve yerinde duramama davranışları gösterebilir.

Kişilerarası ve Sosyal Değişimler: Yas insanlardaki değişiklikleri meydana getirirse de, aynı zamanda kişilerarası ve sosyal deneyimlerini de değişikliğe uğratabilir. Yaşlı birey kaybını duygusal olarak gidermeye çalışsa da, eşini kaybeden ve dul olarak adlandırılan birey sosyal statüdeki değişimleri sadece kendi algılamasında değil, bireyin başkaları tarafından algılanma biçimlerinde de değişikliklere neden olabilir. Ani bir kayıptan sonra başkasını ‘dul’ veya ‘yaşlı bir kişi’ olarak düşünmek, bireye farklı niteliklerin atfedilmesi ile sonuçlanan belirli klişeleri veya beklentileri tetikleyebilir olduğu söylenmekte ve dul olmak hem kişisel hem de sosyal sonuçları olan uzun vadeli bir durumdur (Osterweis, Solomon ve Green,1984). Sosyal kimlikteki sürekli değişimler bir anlamda kaybın bir parçası olan ikincil kayıplar olarak adlandırılmaktadır (Gross, 2020).

Fiziksel Şikâyetler: Yası olan bir bireyin kullandığı savunma düzenekleri ve yaşadığı psikolojik acının ifade edilme biçimini etkileyen kültürel normlar nedeniyle yasin psikolojik semptomlarından ziyade fiziksel belirtilerle ifade edilebileceği belirtilmektedir (Jacobs vd., 1986). Birçok klinik gözlemci ve sosyal bilimci, kaybın hemen ardından yaşanan akut yasin mide rahatsızlıklarına, depresif bir bozukluğun varlığına işaret edebilecek vejetatif semptomlar dahil olmak üzere çeşitli fiziksel şikâyetlerle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Mechanic,1972; Rosen,1982). Sosyal stres ve fiziksel hastalığı birbirine bağlayan mekanizmalar, yas sırasında biyolojik süreçlerin düzensiz çalıştığı ve yasin ilk altı ayında artan epinefrin (Jacobs vd., 1986), kan basıncı (Burkley vd., 2011) ile ilişkili olduğu, bu durumun erken yas döneminde artmış inme ve kardiyovasküler mortalite riskine yansıdığı ifade edilmiştir (Martikainen ve Valkonen,1996). Diğer yandan kaybedilenle özdeşim kuran bazı yaşlı bireyler, kaybettiği kişiyi öldüren hastalığın semptomlarını üstlenebilir. Mechanic (1972)’ e göre kaybedilenin hastalığı bedeninin hangi bölgesinde hissetti ise kaybı yaşayanın da aynı semptomları ve bedeninin aynı bölgesinde o hastalığı yaşamaktadır. Zisook ve arkadaşları

(1982) yaptıkları çalışmalarda kayıp yaşayanların %14'ünün kayıptan sonra fiziksel olarak kendilerini hasta hissettiğini, %15'inin 'ölen kişi gibi' hissettiğini, %9'u ölen kişiyle aynı vucüt bölgesinde ağrılar yaşadıkları bulmuşlardır.

Yas sürecinde bir dizi desen sıklıkla gözlenmektedir. Bu durum yas yaşayan bireylerin tepkilerini daha iyi anlamak adına bir bütünsellik sağlamaktadır. Ancak duygu, düşünce, davranış ve fiziksel değişimleri yas tutmanın aşamaları şeklinde sunmak uygun olmayabilir. Çünkü sağladıkları çerçeve çok sık ve katı olabilir. Yas yaşayan bireyleri bir bütünsellik içinde incelemenin yanında yasin insanların geçtiği bir süreç olduğu kabul edilmesi daha uygun bir davranış olabilir.

2.1.4 Yası Etkileyen Faktörler

Yas tutan bireylerle terapötik sürece girildiğinde; her bir bireyin kayba çok farklı reaksiyonlar gösterdiği görülecektir. Bazı kişiler için yas süreci çok zor iken bazıları için hafif olmaktadır. Genel olarak kayıptan sonra hayatta kalanların kaybedilenle ilişki durumu, yitime verilen tepkilerin özelliğini belirleyebilir. Her bir ilişki durumunda ihtiyaçlar, sorumluluklar, umutlar ve beklentiler farklı olduğu gibi, ölüm şeklinin kişisel anlamları ve sosyal sonuçları da farklı olabilir.

Ölen Kişinin Kimliği: Kaybedilen bireyin kim olduğu, akrabalık bağı ve aralarındaki ilişkinin düzeyi yas tepkisinde önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir. Kişinin doğal ölümle mi yoksa travmatik bir şekilde mi öldüğü yas sürecini etkileyen diğer önemli etkenlerdir. Bireyin yaşlı ve doğal nedenlerden dolayı yaşamını yitiren bir babaanne olması ile genç yaşta intihar sonucu hayatını kaybeden bir gencin olması arasında yas tepkileri yönünden farklılık olduğu vurgulamaktadır (Jeffreys 2011). Bunun yanında eş, çocuk, ebeveyn, kardeş, sevgili, arkadaş veya uzak akrabanın kaybının tamamen farklı yas tepkilerine sebep olduğu, yaşanan yas sürecinin de bunlar tarafından farklı şekillendirdiği görülmektedir. Araştırmalar, yaşlı insanların yaklaşık% 40'ının sevilen birinin ölümünden sonraki ilk yıl içinde bir çeşit anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğunu ve hayatta kalan eşin ölüm riskinin %70'e varan bir artış gösterdiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, bir bireyin ne kadar stres yaşadığını değerlendiren anketler, genellikle sevdiği birinin yitimini dayanılması zor en ciddi stresler listesinin en başına yerleştirmektedirler (Holmes ve Rahe,1967;Parkes ve Prigerson, 2013). Dahası yetişkinlikte en sık görülen yas türü, ebeveynin kaybıdır. Bir ebeveynin ölümünden sonra tedavi görmek isteyen 35 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, ebeveynini kaybetmiş ancak

tedavi istememiş 37 saha deneği ile karşılaştırıldığında, "bir ebeveynin ölümünün, ölçülebilir derecede semptomatik sıkıntıya yol açabilecek ciddi bir yaşam olayı olduğu" bulunmuştur (Horowitz vd.,1981).

Bağlanmanın Doğası: Kaybedilen bireyin kim olduğunun yanında onunla nasıl bir bağ kurulmuş olduğunu da bilmek son derece önemlidir. Yasın yoğun bir şekilde yaşanması kaybedilene duyulan sevginin şiddetiyle belirlendiği, bu sevgi derecesinin şiddeti yas şiddetiyle paralel seyrettiği ifade edilmektedir (Parkes ve Prigerson, 2013). Hayatta kalan bireyin kendi benlik saygısını koruyabilmek için yitirilen kişiye ihtiyaç duyuyorsa bu durum daha zor bir yas sürecine gireceğinin işareti olabilir. Birçok kişinin güvenlik ve saygı ihtiyaçlarını eşi tarafından karşılandığından eş kaybı yaşandığında söz konusu gereksinimler devam etmesine karşılık bunları karşılayacak kaynak ortadan kalkar denilmektedir (Worden, 2003). Bir durum hakkında aynı anda çelişen duygu ve düşünceye sahip olmak anlamına gelen ambivalans, sevilen birinin ölümüyle birlikte hayatta kalanı rahatsız etmesi yaygın bir durumdur. En sık ortaya çıkma durumu, geride bırakılan tarafın ölen kişiye çok fazla zaman ve enerji harcadığı, bir tür bakım verme kapasitesi olduğunda ortaya çıkar. Ambivalansın yüksek olduğu bir ilişkide yas tepkisi daha zor yaşanabilir denilmektedir (Worden, 2003). Böyle bir durumda genellikle çok yoğun suçluluk duyguları yaşanmaktadır. Acaba yeterince çaba harcıyabildim mi? biçiminde ifade edilen bu suçluluğun yanında hayatta kalanın yalnız bırakıldığı düşüncesi bireyde yoğun bir öfke duygusu da uyandırdığı belirtilmektedir (Worden,2003;Bowlby, 2012)

Geçmiş Yaşantılar: Kaybı olan bireyin ruh sağlığı geçmişi, geçmişte başka kayıplar yaşayıp yaşamadığı, kayıp yaşadıysa bu kayıplara karşı nasıl bir yas tepkisi geliştirdiği ve önceki yitimlere dair yas sürecinin tamamlanıp tamamlanmadığı şeklindeki etkenler yas sürecini ve yitime yönelik adaptasyonu etkileyebilir. Özellikle depresyon, travma, anksiyete geçmişi olan bireylerin diğer bireylere göre yas sürecini daha zor geçirdikleri vurgulanmaktadır (Worden, 2003;Wilson, 2013). Geçmiş yaşantılara ilişkin önemli bilgilerin ortaya çıkarılabilmesi ve yası olan bireyle daha etkin terapötik sürece girilebilmesi için öncelikli olarak atılması gereken adım sağlam temeller üzerine oturtulmuş anamnestik bir görüşmenin yapılmasıdır. Dahası görüşmeyi bütüncül bir perspektiften yana yapılması, hem geçmiş ve gelecek hem de şimdiki zamanda yaşananlara ilişkin süreçleri ayrıntısıyla incelemek yas sürecinin diğer etkenlerden arınık ele alınması adına yardım sürecini daha etkin ve verimli kılabilir. Böylece bireyin

yaşamında ne gibi değişiklikler olduğunu bilmenin yanısıra değişikliklerin bireyin yaşamı üzerindeki etkilerini de değerlendirme fırsatı doğmuş olacaktır.

Kayıp Yaşayan Bireyin Özellikleri: Danışanın sorunu kısmen, onun karakter veya kişilik yapısının değerlendirilmesi ile anlaşılabilir (Sperry, ve diğ.,1992). Benzer şekilde Bowlby(1980), bireyin kayba verdiği tepkiyi anlamaya çalışırken, bireyin kişilik yapısının da değerlendirilmesi gerektiğini şiddetle önermektedir. Ancak kişiliği değerlendirmek bir tanı etiketiyle değil, kişinin tanısız olarak anlaşılması ile ilgilidir. Bunun değeri esas olarak psikoterapiyi bilgilendirme tarzında ortaya çıkar (Gabbard, 2011). Yas sürecinde olan bireylerin MMPI'larında hipokontriazis, depresyon, psikasteni ve şizofreni alt ölçeklerinde yükselme görüldüğü ifade edilmektedir. Ayrıca psikopati ve paranoya alt ölçeklerinde de biraz yükselme görülmektedir (Volkan, 1997). Yani sonuç olarak, belli kişilik özellikleri taşıyanlar kayıpla uğraşırken zorlanabilirler.

Sosyokültürel Etkenler: Yas sadece bir birey veya bir sosyal ağ için değil aynı zamanda bütün bir sosyal yapı için sıkıntı kaynağı olabilir. Ölüm toplumdaki ahlaki düzene ve nihai anlam sistemlerine(din) bir meydan okuma veya sembolik olsa da bir tehdit oluşturabilir. Dolayısıyla yasın, sosyal ve kültürel olduğu kadar psikobiyolojik bir fenomen olduğu düşünülmektedir.

Rosenblatt, Walsh ve Jackson (1977)'a göre kültürün yas üzerindeki etkileri, daha çok ekonomik ve diğer sosyal etkiler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bir kültürün üyeleri arasındaki kültürlerarası çeşitlilik çoğu zaman kültürlerarası farklılıklar kadar büyük olduğundan, bireyler kayıplara farklı, hatta bazen grup normları tarafından belirlenen yollardan farklı şekilde tepki verirler. Açık olan şu ki, sosyal sınıf, ekonomik ve hatta sosyopolitik faktörler, yasın ideal olarak nasıl deneyimlenmesi ve belirli yerel bağlamda nasıl ele alınması gerektiğine öncülük eden grup normlarının tartışılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu sebeple kültürler, etnik gruplar ve sosyal sınıflar arasında yas deneyiminde hem önemli devamlılık hem de önemli farklılıkların var olduğu ifade edilebilir. Dahası her kültürün, kendi öz kaynaklarından yola çıkarak dünyadaki insanların rollerini tanımlayan kendi inanç sistemleri olduğu söylenebilir.

Kültürler, yaşamın anlamını, amacını ve ölümden sonra olanlarla ilgili kendi inanç sistemelerini sürdürmeye eğilimlidirler. Öyleki bazı kültürlerde insanlar, ölen birinin ruhunun hayatta kalan aile üyelerini doğrudan etkilediğine inanırlar. Aile üyeleri de kaybedilen sevdiklerinin onları izlediğinin inancını taşıyarak yasını yaşar ve böylece

rahatlarlar. Bir bireyin veya ailenin özdeşleştiği kültürel grubun farkında olması, yas danışmanlığını ya da terapisini yürüten profesyoneller için çok önemlidir. Çünkü danışanlarının içinde yaşadığı toplumun inançları, değer ve davranış normları kayıplara karşı tepkilerini etkilediği gibi bir bireyin veya ailenin profesyonellere nasıl baktığını ve onların yardım tekliflerini de etkilediği belirtilmektedir (Osterweis, Solomon ve Green,1984). Tüm bu sosyokültürel unsurlar düşünüldüğünde, terapistin çalıştığı insanların özelliklerine (kültürüne) dikkat etmesi, bunlara ilişkin merak duyması ve yaşanan kayıp ve yas sürecini edindiği bilgiler dâhilinde değerlendirmesi yardım süreci için önemli olduğu söylenebilir.

Kayıp ve yas sürecinde olan bir bireyle çalışırken bireyin kültürel mirasına saygı duyulması ve kaybedilen kişiyi bu miras dâhilinde nasıl anacaklarını konuşmaları için cesaretlendirilmesi oldukça önemlidir. ‘Kaybedilen kişinin anılmasına dair ritüeller nelerdir?’, ‘Yas sürecinde hangi duyguları normal olduğu ve bu duyguları ifade ediliş şekli konusunda düşünceleri nelerdir?’, ‘Kayıpla başa çıkmada cinsiyete özgü kurallar var mıdır?’, ‘Yaşanılan kaybın birey için stigmatize veya travmatize bir kayıp mıdır?’ gibi sorular terapistin kültürel unsurları değerlendirmek için kullanabileceği sorular olduğu ifade edilmektedir (Walsh ve McGoldrick, 2004).

2.1.5 Sendrom ve Tanı Kategorisi Olarak Yas

Yas, psikanalitik teorilerin ele alınmasından sonra ilk kez 1940’larda yakın yitimleri üzerine danışmanlık süreci yürüten psikiyatrist Lindemann’ın çalışmaları ile birlikte psikiyatrik bir kavram olarak işlenmeye başlandı. Psikiyatrik tanı kategorilerinin yer aldığı klavuzlarda ise 1980 yılına kadar bahsedilmediği bilinmektedir.

Yas, ilk kez 1944 yılında Boston’da bir gece kulübünde çıkan ve her yeri kasıp kavuran Boston yangını olan Coconut Grove Fire’dan kurtulan bireyleri inceleyen psikiyatrist Eric Lindemann (1944) tarafından deneysel olarak tanımlandı. Lindemann yası, krizin ardından somatik belirtilerle devam eden bir sendrom olarak tanımladı ve boğazda sıkışma, nefes darlığı ve diğer ağrıların yanısıra duygusal ve fiziksel tepkiler gibi ortak semptomlar yelpazesini içeriyordu. Bu çalışma aynı zamanda ani ve travmatik kayıpları olan gençlerin bir örneği olarak kabul edilmektedir. Bu tıbbi yas modeli, en açık şekilde George Engel’in (1961) çalışmasında sürdürülmüştür. Engel, yası bir hastalık olarak tanımlanabileceğine inanıyordu ve yası bir şok hali(fiziksel, duygusal, bilişsel, psikolojik ve davranışsal semptomlarla karakterize edilen bir kayıp bilincinin gelişmesi)

ve bu iyileşmenin diğer değişkenler tarafından karmaşık hale getirebilmesi ihtimali ile birlikte uzun ve aynı zamanda kademeli bir iyileşme döneminin olduğunu ifade etti. Diğer hastalık süreçlerinin de psikolojik ve sosyal değişkenlerden etkilendiğini, benzer şekilde yasin evrensel olduğu ve nadiren tedavi gerektirdiği realitesinin bile diğer hastalıklardan farklı olmadığını savundu. Engel (1961) ayrıca, bir hastalığın tıbbi tedavi gerektirip gerektirmediğinin, hatta bir hastalık olarak kabul edilip edilmediğinin sosyal bir sözleşme olduğunu belirtti. Ancak Freud (1917) yası bir kriz olarak gördü, fakat zamanla iyileşecek ve genellikle psikiyatrik müdahale gerektirmeyen bir kriz olarak ele aldı.

Yasın (akut yas) doğasına dair bir içgörü sunmaya çalışan bir diğer paradigma, psikolojik travma modelidir. Bu model nörolog Sigmund Freud'un (1917) çalışmalarını dayanak göstermekte ve yası bir aşk nesnesinin yitiminin getirdiği psikolojik travmaya yönelik bir yanıt olarak görülmektedir. Akut yasin kayıp travmasına karşı gösterilen normal bir savunma olduğu vurgulanmaktadır. Öte yandan John Bowlby (1980) tarafından geliştirilen bağlanma modelinde, bağlanmanın ya da bağlanmamanın işlevsel bir hayatta kalma mekanizması olduğu vurgulanır ve bu bağlanmanın nesnesi eksik olduğu durumlarda, kayba yönelik içgüdüsel olarak bazı tepkilerin ortaya çıktığı ifade edilir.

2.1.5.1 Tanı Kategorisi Olarak Yas

DSM-III'ün yayınlanmasından önce yas, psikiyatrinin resmi terminolojinin bir parçası değildi. DSM-III'le birlikte 'yas istisnası'' kavramı sunuldu (yani ölümle yaşanan kayıplardan sonraki majör depresyon semptomları, majör depresif bozukluk olarak tanımlanamaz) ve V kodu ile gösterilen " klinik bir öneme sahip olabilecek fakat kendisi(yas) ruhsal bozukluk olmayan durumlar" içinde yer almıştır (APA, 1980). DSM-IV-TR'ye göre ise kayıp sonraki majör depresyon tanısını karşılayan semptomları olan kişiler ölümden sonra iki ay süre geçmeden majör depresyon tanısı alamazlar (APA, 1994). Diğer yandan matem süreci DSM-IV-TR'ye göre travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu tanısı koyarken de dışlama ölçütlerinde yer aldığı halde ICD-10'da majör depresyon veya uyum bozukluğu için bir dışlama ölçütü değildir; yani matemdeki kişi majör depresyon veya uyum bozukluğu tanısı alabilir (Dünya Sağlık Örgütü,1999).

1990 yılında iki farklı araştırma grubu yakın kaybına bağlı ortaya çıkan ancak majör depresyona benzemeyen semptomları içeren ayrı bir tanı kategorisi önermiştir (Prigerson ve ark 1995, 1999; Horowitz ve ark 1997). Sonraki süreçte bu iki grubun

önerileri doğrultusunda semptomların en az 6 ay devam etmesi ve sosyal alanda, iş yaşamında ve diğer alanlarda işlevsizlik yaratması kriteri eklenerek ‘uzamış yas bozukluğu’ adı altında birleştirilmiştir. Yani ölümden sonra sadece uzamış yas bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan grubun klinik müdahaleye ihtiyacı olduğuna ilişkin bulgular ortaya konulmaya başlanmıştır.

Günümüzde ise DSM-5’in ‘daha fazla araştırma gerektiren rahatsızlık’ tanımına ek olarak, Stresle Bağlantılı Bozuklukların Sınıflandırılması Çalışma Grubu, ICD-11’de uzamış yas bozukluğu adı altında yeni bir tanı önermiştir (Prigerson ve diğ.,2009; Shear,2015). Bunlarla birlikte, terminoloji ve tanı kategorisi konusundaki belirsizlikler bir yana, bu sendromun sevilen birinin ölüm nedeniyle kaybedilmesinden doğan stres ve travmayla bağlantılı olduğu bilinmektedir. En belirgin özelliği, sosyal normlara göre fazla uzun süren ve kişinin günlük yaşam fonksiyonlarını baltalayan yoğun bir yas ve üzüntüdür. Bozukluğun niteliği tam olarak bilinmese de, klinik örnekler, tedavi edilmediği takdirde kompleks yas belirtilerinin hafifleyerek de olsa sürebileceğini göstermektedir (Del Corno ve Plotkin, 2017)

2.2 Travmatik Yas ve Doğası

2.2.1 Travma Sonrası Stress Bozukluğu

Travma kelimesi *latince* *yara* kelimesinden gelmektedir. Travma, bir bireyin başa çıkma yeteneğini alt üst eden, çaresizlik duygularına neden olan, benlik duygusunu ve tüm duygu ve deneyimleri hissetme yeteneklerini azaltan, son derece üzücü veya rahatsız edici bir olaya verilen tepkidir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı’ nın (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5. Baskısı (DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) travmayı şöyle tanımlamaktadır: Aşağıdaki bir (veya daha çok) yoldan ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete veya tehdidine maruz kalmak: (1) travmatik olay(lar)ı doğrudan yaşamak, (2) olay(lar) diğerlerine olurken şahsen tanık olmak, (3) yakın bir aile üyesi veya yakın arkadaşın travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenmek - bir aile üyesinin veya arkadaşın ölümü veya ölüm tehlikesi yaşaması durumunda olay(ların) şiddet içermesi veya kaza sonucu olması gerekir, (4) travmatik olay(lar)ın rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı ölçüde maruz kalmak (örneğin ilk müdahalede bulunan ve insan kalıntılarını toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalan polis memurları) (Not: A4 kriteri elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla maruz kalmayı, bu durum iş gereği

olmadıkça içermeyiz). Bununla birlikte travmaya dair ilk ıgır açan açıklamalar Freud’un (1985) nevroz kuramında ortaya atılmıştır. Bruner ve Freud (1893) alışmalarında hastalarında görülen ‘histeriyi’ erken çocukluk döneminde maruz kalınan ve anısı bastırıldığında birey üzerinde huzursuzluğa neden olan travmaya bağlamıştır. Freud ‘‘ocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerle baş edebilmek için savunma odaklı çabalar üzerine kurulu karakter yapıları daha sonra psikopatolojiyi geliştirmeye meyilli olur’ iddiasında bulundu. Bu iddiasını I. Dünya Savaşı Gazileriyle yaptığı çalışmalarda ‘intrapsişik travma’ yanı sıra psikolojik travmayla da desteklemiş oldu.

Yaslanmakta olan bireyin, tuttuğu yasın travmatik yas olup olmadığını anlamak için, öncellikle kaybın travmatik oluşum kriterlerini karşılaması gerekmektedir. Kayıp, ani ve beklenmedik bir şekilde meydana gelir ise; zamansız, şiddet içeriyorsa, sevilen bireyin vücudunda deformasyona neden oluyorsa, cinayet sonucu ve hayatta kalanın ölümü önlenebilir olarak görüyor ise, hayatta kalanın sevdiği kişinin acı çektiğine veya ölüm şeklini haksız ve adil görmediği durumlarda oluşan kayıp travmatik bir kayıp olduğu belirtilmektedir (Barlé, Wortman ve Latack, 2017).

Green (2000) travmatik yollarla kaybın hem travmatik hem de vakaların çoğunda ortaya çıkan kronik durumun travma sonrası stres bozukluğu semptomları içerdiğinden tedavi edilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır. Bu kavramsallaştırmada, ani ve şiddet içeren kayıp, kırılğan duygulara yol açar ve bireyi ölüm olasılığına karşı koymaya zorlar, bu da tüm travmatik stres faktörlerinin ortak bir psikolojik sonucudur. Bu duruma uygun olarak Green ve arkadaşları (2001) travmatik kaybın, kayba bağlı olmayan travmaya kıyasla etkilerini incelemişler. Araştırmada tek bir travmatik kaybı olan bireyler ile travmatik kayıpla ilişkili olmayan ancak travması olan bireyleri incelediler. Travmatik yollarla kayıp yaşayanların %16’sının TSSB kriterlerini, %22’sinin de yaşam boyu TSSB kriterlerini karşıladığını buldular. Aynı alışmada Majör depresyon prevalansı travmatik kayıp grubunda diğer iki gruba oranla daha düşük olduğu bu durumun ‘‘kayıp sonrası sendromu’’nın sadece depresyon olmadığı hipotezini desteklemektedir. Benzer şekilde, Neria ve Litz (2004) travmatik yollarla kayıp, fiziksel saldırıya uğrayan bir grup bireyle karşılaştırıldığında daha şiddetli semptomlara ve daha fazla fonksiyonel bozukluğa yol açtığı ve travmatik yollarla kaybın doğrudan normal travmadan daha zararlı olabileceğini buldular.

Öte yandan National Vital Statistics Raporu’na (Heron, 2012) göre travmatik ve ani ölümler en çok 1 ile 44 yaş arası bireylerde meydana gelmektedir. Çoğu durumda ölen

bireyin eşi, ebeveynleri, kardeşleri, çocukları gibi tek bir travmatik ölümün tetiklediği ruhsal acı içeren bir süreç olarak etkisini göstermektedir. Bu trajedi aynı zamanda geniş aile üyelerini, yakın arkadaşları ve iş arkadaşlarını da etkileyebilir. Kazalar 44 yaşın altındaki tüm yaş gruplarında en yaygın ölüm nedeni olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin, 15-19 yaş arası bireylerin bir kazada ölümü, kanserden ölmek üzere olan bireylerden sekiz kat daha fazladır. 15 yaşandan itibaren cinayet ve intihar en yaygın travmatik ölüm nedeni olarak ortaya çıkmaktadır (Pearlman, Wortman, Feuer, Farber, ve Rando, 2014). Travmatik kaybın şiddeti bireyler üzerinde etkileyici bir psikolojik hasar bırakabileceği ve sonuç olarak kayıp sonrası oluşan tepkilerin travmatik yas kapsamında değerlendirilmesi zorunluluğunu beraberinde getirmektedir.

2.2.2 Travmatik Yas

Prigerson ve Jacobs (2001) tarafından daha önce "karmaşık yas" olarak adlandırdıkları travmatik yası çeşitli nedenlerden dolayı karmaşık yas kavramından vazgeçip travmatik yas kavramını tercih ettiler. Birincisi, "karmaşık" kelimesinin çok belirsizlik içerdiği ve aynı zamanda çeşitli stres semptomlarından herhangi birine atıfta bulunabileceği, diğer yandan "patolojik", "nevrotik", "çarpıtılmış", "hastalıklı" ve "anormal" yas terimlerinin aşağılayıcı, damgalayıcı olduğunu vurgulamaktadırlar. Hatta "çözülmemiş" kavramı yalnızca semptomların kronikliğine vurgu yaptığı için uygun bulunmamıştır. İkincisi, Horowitz ve ark. (1997), travmatik yas tepkilerini bir stres tepkisi sendromu olarak nitelendirildiği ve bu nedenle belirtilerinin çoğunun travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine benzediğinden bahsetmektedir. Bunun yanında atıfta bulunan travma, tür olarak "ayrılma travması"nı temsil etmektedir. Buna göre bir çok çalışmada travmatik stres yükü semptomlarının ayrılık kaygısı semptomları ile birlikte tek bir faktör üzerinde durulmuştur (Prigerson, Bierhals ve diğerleri, 1996; Prigerson, Frank, ve diğerleri, 1995). Tüm bu nedenlerden ötürü travmatik yas terimini, hem bozukluğun fenomenolojisini doğru bir şekilde ele almak hem de sendromun iki bileşeni olarak kabul edilen "travmatik stres" ve "ayrılık anksiyetesi" semptomlarına atıfta bulunmak adına süreç '*travmatik yas*'tan yana değiştirilmiş olduğu söylenebilir.

Travmatik yas, ani, beklenmedik bir kayıp ya da intihar, öldürme, ve vahşet içeren bir ölüm olayına karşı geliştirilen bir tepki olarak tanımlanabilir, burada asıl süreci etkileyen kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olmasıdır. Bireyin sevdiklerini ani ve travmatik bir şekilde kaybetmesi sonrası, kurtulanlar tipik olarak travma semptomları (rahatsız edici düşünceler, ruminasyonlar) ve sıkıntı yaratan semptomlar (kaybedilenin

sürekli özlenmesi) yaşadıkları bilinmektedir. Prigerson ve meslektaşları kronik yastan kaynaklanan belirgin bir psikopatolojik durum olarak travmatik yas kavramını önerdiler. Öncelikle dullar ve yaşlı dullardan oluşan büyük bir örneklem üzerinde çalışma yaptılar. Çalışmalarında bir ötekinin kaybına patolojik tepki içeren ve aynı zamanda depresyon, anksiyete ve TSSB'den farklı olan travmatik yas sendromu için teşhis kriterleri geliştirdiler. Devam eden süreçte travmatik yas tanı kriterleri için; bağlanma nesnesinin kaybindan kaynaklı ayrılık anksiyetesi ve bağlanma nesnesinin yokluğunda oluşan travmatik stress olmak üzere iki bileşen üzerinde duruldu (Prigerson ve ark., 1999). Bağlanma nesnesinin kaybindan sebeple oluşan ayrılma anksiyesinin belirtileri arasında; kaybedilene dair rahatsız edici endişe, kaybedilenin özlenmesi, ölen kişinin aranması ve aşırı yalnızlık hissi görülürken diğer yandan travmatik stress belirtileri için ise; ölen olmadan hayattan zevk alamama, kaybı hatırlatan durumlardan kaçınmak, gelecek hakkında konuşmak istememe, benliğin parçalandığını hissetme, uyuşma, parçalanmış dünya görüşü(güven, güvenlik, kontrol ile ilgili), şok, sersemlemiş ve şaşkın hissetme, kaybedilenin ölümüne inanmama, boşluk hissi, acı çeken ruhsallık hali ve ölen kişinin semptomlarını taşımak olarak belirtilmektedir (Prigerson ve Jacobs, 2001 ; Prigerson ve ark.,1999).

Travmatik kayıplar bireylerde çoğu zaman sıkıntıya neden olmaktadır. Çünkü hayatta kalanlar sevdikleri tarafından aldatıldığını düşündükleri vurgulanmaktadır (Prigerson ve Jacobs, 2001). Kayıp zamansız ve önlenabilir olarak görülüyorsa, öfke duyguları baskın olabilmektedir. Bu durumdaki yas tutanların çoğu, sevdiklerinin ölümünü kabullenmediğinden aşırı öfke duyguları taşıyabilirler. Öfke kabullenmekte güçlük çekilene karşı geliştirilen yaygın bir reaksiyondur. Hayatta kalanların çoğu, faillerin olanlardan sorumlu tutulmaları gerektiğine inanmaktadır. Öfke, haksız sayılan ölümlere de yaygın bir tepki olduğu belirtilmektedir (Prigerson, Frank, vd., 1995). Kasıtlı şiddet eylemlerinden kaynaklanan ölümler, genellikle faillelere yönelik yönlendirilen öfkenin yanı sıra genelleştirilmiş öfke duygularını da tetiklediği düşünülmektedir.

Sevilen birinin uzun süren hastalığı dahil, her türlü travmatik ölüm olayına gösterilen reaksiyon ile kayıp yaşamış bireyin reaksiyonu “travmatik ölüm” ile “travmatik yas” arasında yaşanan duygusal ambivalansın bir sonucu sayılmaktadır (Solano, 2011). Bu sebeple ölümün meydana gelme şekli nedeniyle kaybedilenin yokluğu sürekli çeşitli savunmalarla bastırılır ve yaşamaya karşı baş etme becerileri zayıflar. Çoğu durumda, belirtiler doğal yitimlerin aksine daha yoğun ve uzun süreli olmaktadır (Pearlman vd.,

2014). Yitim bizim kontrol etme ve öngörme yanılısamamıza darbe indirir. Ağır şekilde kayıp yaşadığımızda ise ilkel terk edilme ve çaresizlik korkularımız bilinçdışında yeniden canlanırlar. Bebekliğinden itibaren insan olmanın başkalarına gereksinim duymak olduğunu yaşarız. Bir annenin sevgisi olmadan yaşayamayacağımızı pisişik olarak algılarız. İster gerçekleşmiş ister tehdit şeklinde olsun ayrılık tehlikelidir, öğrendiğimiz ilk gerçek budur (Volkan ve Zintl,1999).

Pearlman ve arkadaşlarına (2014) göre bir kayıptan sonraki zamanlarda kayıp yaşayan bireyler soluklarında daralma, boğazda düğümlenme, iç çekme gereksinimi, kaslarda gevşeklik ve iştah yitimi göstermektedir. Şok ve uyuşukluk içine gömülmektedir. Eğer bir ölüm ani ve beklenmedik ise şok hissi daha derin olabilir. Bu durumda kayıp yaşayan birey; zihnin daha fazla karışık olması, kendisini çaresiz hissetmesi, olan biteni kavrayamaması gibi etkiler yaşamaktadır. Bu ölümler, yoğun ölüm kaygısı uyandırması sonrası bireyin hem kendi ölümünden hem de sevdiklerinin ölümünden korkmasına neden olduğu öne sürülmektedir. Bir koca, eşi cinayete kurban gittikten sonra belirttiği gib, “Benim de cinayete kurban gideceğimi ve çocuklarımın ebeveynleri olmadan yaşayacaklarından korktum” (Pearlman vd., 2014). Ancak şokun şiddeti geçer ve fiziksel reaksiyonlar etkisini kaybedince insanların gerçeğe döneceği bilinmektedir.

Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo ve Gordon’a (2015) göre kaybın travmatik olması beraberinde bedensel ve ruhsal patolojilerin oluşması için bir risk meydana getirmektedir. Bu risklerin başında duygusal durumlar gelmektedir. Duygusal durumlar, ölen sevgili için özlem, üzüntü ve kayıp duyguları vardır. Suçluluk olağandışı değildir ve genellikle vefat edenle ilgili pişmanlıklara odaklanır. Endişe duymadan da genellikle güvensizlikle ilgili kaygı olabilir. Ölümün sıkıntılı yönleri hakkında ruminasyon olabilir. Anhedonia (zek alamama) ve değersizlik duyguları genellikle olmadığı ifade edilmektedir. İkincisi, bilişsel kalıplar arasında yinelenen düşünceler, görüntüler ve ölenlerin anıları ile meşgul olma şeklinde tanımlanan bilişsel yapılarıdır. Somatik yapılar, kabuslar yaygın olmasa da rahatsız edici uyku problemleri içerir. Ölenlerin anılarıyla ilişkili yiyeceklerden kaçınma ya da yemek zamanları gibi rahatsız edici yeme davranışları olabilir. Son olarak ilişki yapıları, bireylerin kaybedilene dair ilişkilerin hatırlanmasını önleyen yapılarıdır (Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo ve Gordon, 2015).

2.2.3 Travmatik Yas ve Komorbitesi

İnsanlar, yakınlarının ölümüne ve onları kaybetmeye birçok farklı şekilde tepki verirler. Bu tepkiler arasında depresyon ve kaygı semptomları oldukça yaygındır. Duygusal olarak hissizleşme, yeniden yaşama ve kaçınma gibi bir dizi semptomu (travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla benzer ve aynı zamanda farklı olan) içeren tepkiler travmatik yasta aynı şekilde yaygındır (Prigerson vd., 1999). Bazı insanların depresif hale gelmesinin, bazılarının TSSB geliştirmesinin ve bazılarının travmatik yastan muhtarip olmasının sebebi geçmiş yaşam deneyimlerinin etkisi olarak görülmektedir (Silverman, Johnson, ve Prigerson, 2001). Bir ebeveynin ölümü veya istismar gibi çocukluk travmaları travmatik yasa karşı hassaslık oluştururken, bir çocuğun ölümü veya başka bir yetişkin travması daha sonra oluşan bir yakını kaybetme TSSB ile daha çok ilişkili olduğu belirtilmektedir. Dahası yakın zamanda ayrı bir bozukluk olarak kabul edilmeye başlanan travmatik yasin, bir yakını kaybetme depresyonundan veya TSSB'den daha kötü uzun dönemli sonuçlarla ilişkilendirildiği sıklıkla görülmektedir (Silverman vd., 2000).

Bazı çalışmalar, travmatik yas belirtilerinin, kaybedilmeye bağlı depresyon ve anksiyete dışında, bağlanma ile ilişkili duygusal bir sıkıntı biçimi olduğunu göstermektedir (Prigerson ve Jacobs, 2001). Travmatik keder semptomlarının (örneğin, arama, önceden meşgul etme), yok oluşa bağlı depresyon semptomlarından (örneğin apati, depresif ruh hali) farklı olduğunu bulmuşlardır (Prigerson vd., 1995). Örneğin, bir çalışma, çocukların yaklaşık % 40'ının, ebeveyn ölümünden 9 ay sonra, belirgin şekilde artan keder, TSSB, depresyon ve anksiyete puanları olduğunu; ayrıca, çocukların % 10'unda ebeveyn ölümünden 33 ay sonra yüksek kalan keder, TSSB, depresyon ve anksiyete puanları vardı (Melhem vd., 2011). Geçtiğimiz on yıl boyunca, genç yetişkinlerde, depresyon ve anksiyeteden farklı bir “travmatik yas” sendromunun uzun vadeli fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu konusunda bir fikir birliği ortaya çıkmıştır. Travmatik yaslı bireyler, depresyon ve anksiyete gibi komorbid psikopatolojik durumları kontrol ettikten sonra bile, travmatik kederi olmayanlara göre daha fazla fonksiyonel bozukluk, daha kötü fiziksel sağlık ve daha fazla intihar düşüncesi sergilemektedirler (Silverman vd., 2000).

2.2.4 DSM-V ve ICD-11 İçin Önerilen Travmatik Yas Tani Kriterleri

Travmatik yas için ICD- 11’de ve DSM-5’te doğrudan herhangi bir tanı ölçütü bulunmasa da (Rosner, Pfoh, Kotoučová, Hagl, 2014). APA (2013) DSM-5’te ‘örseleme sonrası gerginlik bozukluğu’ tanı ölçütlerinde ‘bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme, aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olması ve örseleyici olayın yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı veren anıları’ olarak tanımlanmıştır. Öte yandan Prigerson vd. (2009) ve Shear vd. (2011) sunduğu kriterler literatürde yer almaktadır. Burada her iki araştırmacının sunduğu kriterler birbirine yakın özellikler göstermesi bakımından sadece

Prigerson ve arkadaşlarının (2009) sunduğu kriterler yazılmıştır.

A Ölçütü, Olay: *Birey kendisi için önemli birinin kaybını yaşamıştır. Ani, beklenmedik, dehşet içeren biçimde bir yakının ölümü söz konusudur. Travmatik yas tanısı için kaybın objektif olarak travma içeriyor olması gerekmektedir. Bireyin yakın olduğu, özdeşim kurduğu, güvendiği ve ayrılığın travmatik olarak meydana gelen birisi olması yeterlidir*

B Ölçütü, Ayrılık Anksiyetesi: *Kaybedilen bireye duyulan yoğun özlem duygusu (örn: kaybedilen kişiye hasret duymak, ölen kişi ile istenen fakat gerçekleşmeyen yeniden buluşma isteği, yeniden buluşma isteği ile oluşan duygusal acı). Birey, yitirdiği kişiyle ilgili uğraşlar içindedir. Tekrarlayıcı ve ruhsal acı şeklinde olan bu semptomlar, özleme, belli dönemlerde arama, hasretini çekme şeklinde olup, daima hayal kırıklığı ile son bulunmaktadır.*

C Ölçütü, Bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler: *Kaybı olan bireyde aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) her gün bulunmalı ya da yeti kaybına neden olmalı: 1. Bireyin yaşamındaki rolü ile ilgili kafa karışıklığı veya kendilik algısında azalma (yani, bireyin kendisinden bir parçasının kaybettiğini hissetmesi), 2. Kaybı kabullenmekte güçlük yaşaması, 3. Kaybı hatırlatıcı nesne ya da insanlardan kaçması, 4. Kayıptan sonra diğer bireylere güvenmeme, 5. Kayıpla ilgili yoğun öfke, acı hissi ve kırgınlık hali, 6. Günlük yaşamına devam etmekte zorlanması (örn: yeni sosyal çevre oluşturma ve var olan ilgilerini devam ettirmek), 7. Kayıptan sonra duygusal küntlük, 8. Kayıptan sonra hayatın boş ve anlamsız olduğunu hissetmesi, 9. Afallama, sersemleme ya da şoke olma hissi.*

D Ölçütü, Süre: *ruh sağlığı çalışanları tarafından tanı koymak için*

kaybın üzerinden en az altı ay geçmiş olması gerekmektedir.

E Ölçütü, Bozukluk: *Rahatsızlık bireyin sosyal, mesleki veya diğer alanlarda fonksiyonelin bozulmasına yol açması. Psikososyal işlevlerdeki aksamaya ilişkindir. İfade edilen semptomlar sosyal, mesleki yaşantı ve hayatın diğer önemli alanlarında işlev bozukluğuna neden olmalıdır. Sıklıkla psikosomatik yakınmalarla birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve diğer tıbbi tedavi merkezlerine başvuran bu bireylerin, ruh sağlığı birimlerine yönlendirmesi gerekmektedir (Kulaksızoğlu, 2009)*

Travmatik kayıp durumları açısından büyük bir potansiyele sahip bir ülke olan Türkiye’de bu tür kayıp yaşantıları olan bireylerin en öncelikli risk gurubu olması, ruh sağlığı hizmetleri içinde göz ardı edilmemelidir. (Kulaksızoğlu, 2009)

F Ölçütü, Diğer ruhsal hastalıklar ile olan ilişkisi: *Rahatsızlık, yaygın kaygı bozukluğu, majör depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu ile açıklanamamaktadır.*

2.2.5 Travmatik Yasın Belirleyicileri

Ölüm şekli travmatik bir ölümün etkisini nasıl etkiler? Sevdiklerini normal yollardan kaybedip yas tutanların; cinayet, intihar, afet ve motorlu taşıt kazalarında sevdiklerini kaybedenlerden daha yoğun ve uzun süreli sıkıntı yaşaması muhtemel mi? Burada bu soruların cevapları aranmaktadır.

Kaybedilen kişinin ölüm şekli beklenmedik, öngörülebilir ya da öngörülemez olabilir (Shives, 2012). Ölümler; cinayet, intihar, bir kaza sonucu ölümler ve doğal ölümler olarak sınıflandırılabilir. Genç yaşta birinin bir kaza sonucu ölmesi ile yaşlı birinin doğal yoldan beklenen bir zaman sürecinde ölümü farklı reaksiyonlara neden olduğu ifade edilmektedir (Worden, 2018). Beklenmeyen ölümlerin olumsuz etkisi, diğer ölümlerden daha çok olmaktadır. Ani ölümlerde ölüme hazırlık yapmak ve ölenle vedalaşmak için yeterince vakit yoktur. Bundan dolayı kişilerde olağandışı bir şok ve ruhsal acı hissedilebilir.

Kayıp yaşayan bireylerde inkar, öfke duygusu ve pişmanlık duyguları beklenenden daha fazla olmaktadır (Jenkins ve Merry, 2005). Kayıptan sonra psikiyatrik yardım arayan yaşlı bireyler arasında neredeyse hepsi alışılmadık biçimde travmatik semptomlar gösterdikleri ve güvenliklerine dair endişe duydukları tespit edilmiştir. Ani ve beklenmedik ölümler, şiddet içeren ölümler, cinayet ve intihar sonucu olan ölümlerin diğer durumları gözardı edildiğinde bile ruh sağlığı için ciddi bir risk teşkil edildiği

görülmüştür (Parkes ve Prigerson, 2013). Ölümün oluş şekli travmatik yas reaksiyonlarını tetiklediği düşünülmektedir (Neimeyer, Harris, Winokuer, ve Thornton, 2011; Thompson vd., 2017).

Beklenmedik ve zamansız yakın kaybı yaşayan bireyler genellikle kaybettiği bireyin anılarıyla meşgul olurlar. Ölüm özellikle travmatik bir şekilde oluşmuşsa, yaşanan anılar acı verici olur ve bu durum da travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini de karşılamaktadır. Hatta Schut, de Keijser ve van den Bout (1991) travmatik yas yaşayan bireylerle yaptıkları çalışmada, travmatik yas yaşayan bireylerin travma sonrası stres bozukluğu puanları diğer yas türlerini yaşayan bireylerden daha yüksek bulunmuşlardır. Bireyin günlük yaşamını bozan acı verici anılar, daha mutlu anıların ortaya çıkmasını önler ve bu durum bireyin daha sağlıklı yas tutmasını engeller. Bunun ise travmatik yas reaksiyonlarının uzun bir süre devam etmesinin nedenlerinden biri olduğunu vurgulanmaktadır (Kaltman ve Bonanno, 2003).

Stroebe ve Schut (2004), ani kayıpların bireylerin güvenlik ve emniyette olma duygusunu yok ettiğini, böylece kişiyi bu kaybın yarattığı değişimle başa çıkma konusunda risk altına soktuğunu belirtmektedir. Ani ve beklenilmeyen değişim süreçleri, hayatta kalanlarda travmatik yas varlığını ortaya çıkarmıştır. Başka bir deyişle, bireylerin ölüm anındaki yas deneyimlerinde, uzun ölümcül bir hastalık durumunda olduğu gibi, eşin ölümünün beklenip beklenmediğine veya sonuçta ortaya çıkan kaza ve tıbbi hastalıklarda olduğu gibi beklenmedik olup olmadığına bağlı olarak farklılık gösterir. Neria ve Litz (2003), sevilen bir kişiyi travmatik yollarla kaybetmenin, hayatta kalan bir birey için sevilen bir kişiyi kaybetmeden travma geçirdiğinden daha önemli sorunlara ve semptomatolojiye neden olduğunu bildirmektedir. Aşağıda, kazalar, afetler, cinayet ve intihara tepki olarak yas sürecini etkileyen sorunlar üzerinde durulmuştur.

Cinayet ve adam öldürme: Cinayet, tipik olarak geride kalanları etkilediği için öfke, korku ve intikam derinlikleri bakımından diğer travmatik ölüm şekillerinden farklılaşmaktadır (Pearlman vd., 2014). Çünkü sağ kalanların yoğun öfke duyguları, intikam alma davranışları ile korkuları doğal olarak karıştırılabilir. Ancak temelde yaşananların travmatik bir durum içerdiğinden; cinayet sonrası yas yaşayan bireylerin intihar ve kazadan kurtululardan daha yüksek düzeyde travma sonrası stress ve yas belirtileri sergilediğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Kristensen, Weisaerth, ve Heir, 2012). Travmatik yas yaşayan bireylerin yoğun öfke yaşamaları, başkalarına karşı güvenin zayıf olması ve kaybedilenlere karşı suçluluk duyguları beklenenden fazla olması

travma sonrası stress belirtilerini ortaya çıkartmaktadır. Benzer şekilde Rynearson ve McCreery (1993) cinayet mağdurlarının, cinayet meydana geldiği yerde olmasalar bile, cinayeti çevreleyen olayların sık ve yoğun bir şekilde tekrarlanması travma için yeterli olduğunu ifade etmişlerdir.

Sevilen birinin öldürülmesi aynı zamanda hayatta kalanlar arasında bir kazada sevdiklerini kaybetmekten daha olumsuz duygulara yol açar (Wickie ve Marwit, 2000). Sevdiklerini öldürenler de güçlü ihanet ve yabancılaşma duyguları yaşarlar (Riches ve Dawson, 1998). Duygularının yoğunluğu nedeniyle, cinayet mağdurlarının çaresiz ve kontrolsüz hissetmeleri yaygındır. Bir kızın ailesinin karşılaştığı durumu tarif ettiği gibi, “Hepimiz bu derin delikteyiz. . . sadece gittikçe derinleşiyoruz ve gidecek hiçbir yer yok ama sürekli aşağı iniyoruz” (Armour, 2006). Terapist olarak, kendisinin de bunalmış hissettiği ölçüde, bu girdaba çekilmemesi önemliydi. Yavaş ve nazik bir yaklaşımı benimseyerek, her seferinde sadece bir problemle uğraşmakta ısrar ederek, sakın ama şefkatli bir tutum sürdürerek ve travmatik yası olanların kendi gündemlerini seçmelerine izin vererek, genellikle güvenli bir yer oluşturarak ve aynı zamanda yavaş yavaş hayatlarını gözden geçirme ve yeniden inşa etme sürecine başlamalarına yardımcı olmak asli görev olduğu ifade edilmektedir (Pearlman vd., 2014).

İntihar: DSM- 5’in TSSB ve ASB kriterinde tarif edildiği üzere travma başka birinin ciddi yaralanması veya ölümüne tanık olmak veya bunları “öğrenmekle” bağlantılı olabilir. Özellikle de daha sonra belirtildiği gibi, yaralanan veya ölen kişi arkadaş, akraba veya başka türlü yakın biri ve ölüm veya yaralama kasıtlı olduğunda, bu tür olaylara tanıklık etmek ciddi psikolojik stres ve hastalık belirtilerine sebep olabilir. Bu tür olayların en sarsıcı olanları, önemli bir ötekinin intiharı veya cinayete kurban gitmesi olduğu söylenebilir.

İntihar sonucu kayıp yaşayan aileler genellikle suçlanmışlık ve sosyal olarak damgalanmış hissedebilirler. Kayıp yaşayan birey, kaybettiği yakınının ölümünü engelleyemediğinden suçluluk duygusu gelişebildiği gibi içinde bulunduğu aile tarafından da suçlanmış olma ihtimali yüksektir (Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman ve Jordan, 2009; Parkes ve Prigerson, 2013). Benzer şekilde Young vd. (2012), sevilen birinin travmatik bir şekilde kaybı hayatta kalanlarda, kayba dair ciddi sorumluluk hissettikleri ve bu kaybı önleyemediklerinden suçluluk duygusu içinde bocaladıkları vurgulanmıştır. Hayatta kalanlar ilk etapta intihara katkıda bulunan birçok faktörün farkında değildir. Ancak geçmişe baktıklarında olaydan önce fark edemedikleri şeyleri

görmeye başlarlar. Böylece kaybettikleri sevdiklerinin hayatlarının son anlarındaki olayları tekrarlar, fark edemedikleri veya onları yeterince ciddiye alamadıkları için kendilerini suçlamanın ve uyarıların ipuçlarını ararlar. Geriye dönüşü olmayan uyarıları, söylenmeyen kelimeleri hatırlar ve sadece bir şey söyleselerdi veya yapsalardı sonuç daha farklı olurdu düşüncesiyle sürekli meşgul olmaktadır.

Öte yandan Cleiren (1992)'e göre intiharların yüzde 50'si beklenen intiharlar olduğu için, tüm yaşanan intiharların aynı ölçüde travmatik olması beklenemez. Ancak intiharın karayolu trafik kazaları ve süregelen hastalıklarla karşılaştırıldığında, travmatik yasin yaşanma riski intiharda daha fazla olduğu görülmüştür. Travmatik yas sendromu olan bireylerin, intihar düşüncesi bildirme olasılığı sendromu olmayanlara göre beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Travmatik yasin intihar düşüncesi üzerindeki önemli etkisi, depresyon ve normal kayıplardan fazla olduğu ve travmatik yas ile depresyon arasında bilinenden daha yüksek düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Prigerson vd.,1999).

Kayıp ve travma ile ilişkili tepkilere bakıldığında, ölen kişiye yönelik öfke ve ihanete uğramışlık duyguları, kişinin bir şekilde intiharı önleyebileceği ihtimali ile takıntılı şekilde meşguliyeti söz konusu olabilir. Bu tür tepkilere genellikle suçluluk ve utanç duyguları eşlik eder (Briere ve Scott,2016).

Afetler: Felaket, olağanüstü bir güç, geniş kapsamlı bir etki, ani ve bireysel başa çıkma konusunda aşırı stres yaratan bir olay olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Cohen, 1978). Benzer şekilde, 1992'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) felaketi, 'toplumun baş etme kapasitesini büyük ölçüde aşan ciddi bir bozulma, ekolojik ve psikososyal bir durum olarak tanımladı. Bir felaket, sosyal sistemimizi bozan, öfke duygusunu artıran, yaşam fonksiyonlarımızı bozan bir olay olmasının yanında neredeyse her zaman hazırlıksız yakalandığımız büyük kayıp zamanlarıdır. Beklenmedik, şiddet içeren, kayıpların çokluğu, sosyal güvenliğimiz gibi birçok durumu içerdiğinden travmatik yas risk durumunu ciddi bir şekilde arttırabileceği düşünülmektedir.

Felaketlerde kayıplara bağlı olarak gerçekleşen duruma yas, süreç içinde oluşan duygusal ve davranışsal tepkiler ise yas tepkileri olarak adlandırılır. Ancak bu tepkiler normal ve ruhsal bağımsızlığı güçlendiren sistemlerdir. Felaketin yoğunluğu, maruz kalma şiddeti ve süresi, travmatik yasa dönüşmesi ile doğru orantılıdır (Math, 2015). 2011 yılında Norveç'te bir gençlik kampına düzenlenen terör saldırısında 69 genç ve yetişkin

hayatını kaybetti. Saldırıdan 1.5 yıl sonra yapılan araştırmada kayıp yaşayan anne-baba ve kardeşlerde travmatik yas, travma sonrası stres tepkileri ve yaygın kaygı bozuklukları düzeyleri ciddi anlamda yüksek bulunmuştur (Dyregrov, Dyregrov ve Kristensen, 2014). Öte yandan afet benzeri durumlarda klinisyenin öncelikli işi travma terapisi yapmak değil; genellikle hastaları aciliyete göre sınıflandırma (*triya*) ve destek, rahatlatma ve psikolojik “ilk yardım” sağlamak olduğu ifade edilmektedir (Briere ve Scott, 2016).

Kazalar: Motorlu kazalardaki ölümler ani olduğu bilinmektedir. Kazayla ilgili akıldan çıkmayan görüntüler, sevilen kişinin ölmeden acı çekip çekmediği veya acı çekmişse ne kadar acı çektiğine dair sürekli tekrarlayan sorular hayatta kalanların zihinlerini sürekli meşgul edebilir. Olay sonrası durumlar genellikle yas sürecinin en belirgin özellikleridir. Ölümden sonra sosyal çevrenin ve ailenin ölüm biçimine verdiği tepkiler, kaybedilenin ne kadar önemsendiği, yaşı, cinsiyeti gibi durumlar yas sürecini uzatır ya da kısaltabilir. Ancak kayıp yaşayan birey kaybın şiddetine bağlı olarak çeşitli ruhsal problemler yaşaması kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir (Cleiren, 1993).

Zamanla kayıp yaşayan bireyler gece kâbusları görme, kaybedilenin tekrar geri geleceğinin beklentisi, kapı zili çalınca kaybedilenin geldiği düşüncesi ve abartılı irkilme tepkileri göstermektedir. Benzer şekilde motorlu taşıt ölümlerinden kurtulanlar; aşırı uyarılma, somatizasyon, seyahat etmekten korkma, çaresizlik ve kendini suçlama gibi travmaya dayalı reaksiyonlar göstermektedir (Armour, 2007).

2.2.6 Travmatik Yas ve Savunma Düzenekleri

Psikodinamik klinisyen her hastayı ayırt edici kılan savunma mekanizmalarının kendine özgü yapılanmasını değerlendirmekle sürece başlar. Yapısal modelde savunma mekanizmalarının bilinçdışı cinsel ya da saldırgan isteklerin farkına varılmasını önledikleri düşünülür, fakat çağdaş psikodinamik düşüncede savunma mekanizmaları sadece dürtülerin baskılarına karşı savunma yapan araçlar olarak görülmemektedir. Bugün psikodinamik değerlendirmeci savunmaları utanç ve narsisistik kırılma karşısında benlik değerini koruyan, kendini terk edilme tehdidi vb. tehlikeler altında hissettiğinde, (örneğin, inkâr ya da önemini düşürme yoluyla) güvenlik hissini temin eden ve dışsal tehlikelerden yalıtan mekanizmalar olarak gördüğü belirtilmektedir (Gabbard, 2010).

Savunma mekanizmaları sadece bir duygulanıma ya da kabul edilemez bir fikre karşı savunma yapmaz, benlik ile nesne arasındaki ilişkiyi de değiştirirler (Vaillant ve

Vaillant 1998). Hastanın geçmişinin içsel nesneleriyle ya da dışsal gerçeklikte şu anda var olan diğer önemli kişilerle çözülmemiş çatışmalarını yönetebilmesini sağlarlar. Bu nedenle travmatik yas yaşayan birey, yasla beraber gelen ruhsal acı, ardından acı ve yastan sakınmak için çeşitli savunma düzenekleri kullanmaktadır. Ruhsal sağlığa giden yolun, savunma düzeneklerinin derinlemesine irdelenmesini gerektirir. Yas tutumanın eksikliğinin sonucunda, yaşamın erken dönemlerindeki içsel nesnelere bağlı kalırız. Bu nesneler engelleyicidirler ve çoğunlukla savunma amacıyla idealleştirilmişlerdir. Bu yasları tutulmamış parçalar genellikle bastırılmaktadırlar, içlerinde içsel nesneler ve kendiğilin bu nesnelere bağlı yönlerini barındırırlar. Böylece birey tükenme aşamasına gelir ve kendisine ilişkin bilgisi zayıflar (Kogan, 2011).

Acı ve yastan kaçınma ve kontrol etme amacıyla olan birçok savunma vardır. Bu savunmalar sağlıklı ya da sağlıklı sonuçlar doğurabilir. Savunmanın sonuçları geçici olabilir, bireyin genel ruhsal ekonomisinden ve dışsal etkenlerden etkilenirler.

İlkel Yarılma: Gelişimin normal devam ettiği süreçte egonun bütünleşme (entegrasyon) görevindeki eksiklik, bir saplanma ve regrese olma sonucu savunma düzeneğine dönüşebilir. Libidinal içgüdü ile bağlı olan nesne ve kendilik imajı ve temsillerinden ayrı tutulmaktadır. Böylece bireyde ilkel anksiyetenin gelişmesi önlenmiş olur. İlkel yarılmanın bir savunma düzeneği olarak kabul edilemesinin ana sebebi, kişide yapısal özellikler veya erken engellemeler sonucu agresif içgüdünün şiddetlenmesi olduğu ifade edilmektedir (Freud, 1917). Örneğin, ölümün oluşunu algılayan ego görevinde de yarılma olabilir. Böylece kişi bilinçli olarak ölümün olduğunu anlar, gerçekte olan ilişkisini devam ettirir, fakat aynı zamanda ölüm olmamış gibi davranabilir. Böylece hasta psikoza girmekten kurtulmaktadır (Volkan, 1992).

İçe Alma Süreci: Nesne kaybindan sonra serbest kalan libido başka bir nesneye yönelmeyerek benliğe çekilmektedir. Bu da, terk eden nesne ile benliğin bir özdeşleşme kurulmasına neden olur. Bu yolla nesne kaybı benliğin kaybına; benlik ile sevilen bir nesnenin çatışması ise, benliğin içindeki eleştirel bir etkinlik ile özdeşleşme yoluyla değişikliğe uğramış benlik arasındaki yarılmaya dönüşmektedir (Zabcı, 2011). Freud (1968) eserinde, özdeşleşmeyi içe atım terimi yerine kullanmaktadır. İçe almanın psikopatolojiye neden olan bir görünümü, kayıp ve yasın depresyonla ilişkisi bağlamında karşımıza çıkmaktadır. Önce Freud (1917) ve daha sonra Abraham (1924) melankoli ve yas üzerine yazdıkları yazılarla içe alma süreçlerine dikkatimizi çekmişlerdir. Birisini yitirdiğimiz zaman bu yitim ruhsal yönden hemen kabul görmez. Sevdığımız bir

yakınımızı kaybettikten sonra, onu yüzlerce anı ile yaşamımızda canlı tutmaya çalışırız. Kaybın oluşunu yavaşça kabul ederiz. Ayrıca ölen kişiyi bırakmamak için onu içimize almış gibi oluruz. Zaten kaybedilen, ölmeden önce onun reprezentasyonunun zaten içimizde bir yeri vardır. Fakat ölümden sonra içe alma nedeni ile ölenin içimizdeki reprezentasyonu bozulmuş olur. Bu durumu kurumsal olarak “ölenin içimizde bir introjecti oluştu” diye anlatırız. Yani ölen içimize, bir yabancı cisimmiş gibi yerleşmiş olur. Yas tutma olağan olarak sürerse yas tutan kişinin introjecte olan ilgisi yavaş yavaş azalır, hipertrofiye olan reprezentasyon giderek silikleşir ve her zaman aranmaz. Böyle olduğu halde ölenin reprezentasyonu hiçbir zaman bütünüyle bizi bırakmamaktadır (Volkan,1992).

Manik Savunma: Freud (1917) manik savunmayı depresyondan kaçınma olarak açıklamıştır, fakat bu savunmayı pekiştiren öğeleri ayrıntılı bir biçimde ortaya koyan Klein (1935) olmuştur. Freud (1917) melankolinin en ilginç yönünün maniye dönme eğilimi olduğuna dikkat çekmiştir. Görünüşe göre böyle bir durumda benlik, nesne kaybına egemen olduğunu ve katlanmak zorunda olduğu acıdan kurtulduğunu farz etmektedir. Sonra da benlik için tehlikeli, zulmedici ve saldırgan hale gelen nesneleri denetlemek ve onlara egemen olmak için her şeye gücünün yetebileceğiyle ilgili düşlemlerini kullanmaya çalışır. Benlik burada zarar verdiğini hissettiği nesneleri kurtarmaya ve onarmaya çalışır. Klein (1935) ise manik savunmayı, benliği depresif ve paranoid kaygılardan koruma amacı taşıyan zihinsel düzenekler kümesi olarak tanımlamıştır. Manik savunmanın birçok biçimini açıklamış ve bu terimi genellikle çoğul olarak kullanmıştır. Klein manik savunmayı temel olarak, erken depresif konumdaki suçluluk duygusunun verdiği büyük acıdan kaçınma girişimi olarak açıklamıştır.

Winnicott (1935), manik savunmaya ilişkin anlayışı daha da genişleterek, manik savunmanın asıl amcının “duygusal gelişimin doğasında var olan depresif anksiyeteyi yadsımak” olduğunu vurgulamıştır. Söz konusu olan anksiyete, “bireyin suçluluk duyma kapasitesine ve içgüdüsel yaşantıların yanı sıra bireysel yaşantılara eşlik eden düşlemlerdeki saldırganlıktan doğan sorumluluğu üstlenmek kapasitesine aittir”. Winnicott'un diğer sürece diğer önemli bir katkısı da, kişinin kendi içsel gerçeğini tam olarak kavrayamamasını da manik savunmaya atfetmesidir. Buradaki eylem, iç gerçeklikten uzak kalma isteğidir, özellikle de bu gerçeklik depresif anksiyete ya da yas içeriyorsa.

Yadsıma: Birey, yaşlanma ve ölüm, kayıp ve matem, stres ve örselenmeyle karşılaştığında, yadsıma başvuru temel savunmalardan biridir. Psikanalitik

uygulamada yadsıma, acı verici ya da keyifsiz düşüncelere, etkilere ve algılara karşı ortaya konan bir savunma olarak tanımlanmıştır. Yadsıma düzeneğini ilk tanımlayan Freud'dur (1923). Psikanalitik tedavi sırasında edindiği bilgileri kullanarak bir varsayımda bulunmuştur. Bu varsayıma göre, kızlarda penisin olmadığına tanık olmuş bazı küçük erkek çocuklar, kendi duyularıyla elde ettikleri kanıtları reddetmekte ve sonrasında kızlarda penis olduğunu gördüklerini hayal etmektedirler. Bu savunma eylemini “yadsıma” (ya da “kabul etmeme”) olarak tanımlamıştır. Yadsıma, yas sürecinde şoku emerek korkunç gerçeği yavaş yavaş sindirmeye yardımcı olan bir tampon gibi iş görür.

Yansıtımlı Özdeşim: Yansıtımlı özdeşimde birey içsel deneyiminin bazı kısımlarını bölüp kendi uzantılarıymış gibi gördükleri nesnelere yansıtırlar. Böylece kendiliğin yansıtılmış yönleri diğer bireye aitmiş gibi deneyimlenir. Bu savunma düzeneğini kullanan birey, aynı süreçte diğer bireyle etkileşiminde, yansıtılmış olana uygun tepkiler ortaya çıkarır(Caligor, Kernberg ve Clarkin, 2007). Örneğin; yas tutma sürecinde danışan kaybettiği bireyin içselleştirdiği bazı parçalarıyla özdeşim kurar. Yani kaybını yaşadığı yakının bazı davranışlarını bilinçdışı olarak kendi davranışlarıymış gibi sahiplenir ve tekrarlar.

Masterson ve Lieberman (2012)'a göre bireyin savunma halinde yaşamasının temelinde kendiliği aktifleştirme çabalarının terk depresyonunu tetiklemesidir. Örneğin, bölme savunma düzeneği terk depresyonuna karşı kullanılan temel savunmalardandır. Bu düzenek birbiriyle çelişen ‘iyi ve kötü anne’ ve ‘iyi ve kötü çocuk’ imgelerini ve bunlarla bağlantılı sevilme ve reddedilme duygularını birbirinden ayırır. Böylece yapışmanın ödüllendirmesi, ayrılmanın geri çekilmeyle karşılandığı temalar intrapsişik yapıya yerleşir. Bölme, bir başka deyişle ilkel çözülme, yansıtımlı özdeşim şeklinde kendini gösterebilir; kişi farkında olmadan öteki kişide tahammülü güç duygulanım durumlarını tetikler, kendiliğin tahammül edemediği çözülmüş duyguları karşısındakine taşır. Bu kavram terapistin hasta ile olan etkileşimlerinde çok önemli hale gelmektedir (Yeoman vd., 2016).

2.3 Yası Sürecine Yönelik Psikodinamik Temelli Kuramlar

Yas süreci bilimsel anlamda göreceli olarak yeni bir çalışma alanıdır(Stroebe vd., 2006). Söz konusu alana ilişkin çalışmalar, erken dönem teorisyenlerin klinik gözlemlerinden bilimsel temele dayanan araştırmalara doğru evrilmiştir. Literatürde

teorik yas kuramları, yasin gelişimi, sürdürülmesi ve tedavisi konusunda farklı bakış açıları sunar. Burada yasin yapısal ve değişikliğine neden olduğu rusal süreçleri anlamak adına psikodinamik kuramlar ele alınmaktadır.

2.3.1 Erken Dönem Yas Teorileri

2.3.1.1 Freud (Yas ve Melankoli)

Kayıp ve yas'a yönelik en etkili yaklaşımlardan biri, Freud'un psikanalitik camiada büyük ses getiren makalesi olan "Yas ve Melankoli" (*Mourning and Melancholia*)" olmuştur (Freud,1917). Bu makalesinde yas sürecinin doğasını ve fonksiyonunu ele alan ilk teorisyenlerden biridir. Freud, yas sürecini normal ama zorunlu ve belirli bir zamanla sınırlı olan ruhsal acı içeren bir yaşantı olarak ele almıştır. Bununla birlikte yas sürecini normal ve patolojik olarak işleyen, normal yas sürecini, sevilen bağlantı nesnesinin karşısında verilen tepkilerin patolojik olmaktan öte normal olduğunu ifade etmiştir.

Freud (1917)'a göre yasin normal olduğu süreçte kaybedilene yönelik ambivalans duygular yoktur, fakat kayıp yaşantısı kaçınılmaz olarak ruhsal acı içeren bir süreçtir. Çünkü kayıp yaşayan birey kaybettiği kişiye dönük yüksek oranda psişik veya psikolojik enerji(libido) yatırımı yapmıştır. Bu 'normal' yas sürecinde bireyler kaybettiği nesneye yaptıkları libidinal yatırımı geri çekip, yeni bir nesneye(yeni eş, veya sevgi nesnesi) yatırması ile kaybedilenle olan duygusal bağ sonlanır. Kaybedilen olan duygusal bağın sonlanmaması halinde ise patolojik yas şeklinde ele almıştır. Diğer yandan patolojik yas, bir bireyin obsesyonel nevroza yatkınlığı olduğunda ortaya çıkar. Obsesyonel nevroza sahip bireyler genellikle kayıp konusunda kararsızdırlar ve bunun için kendilerini suçlarlar. Tüm bu sürece ise Freud (1917) melankoli adını vermiştir. Melankoli dediği durum; günümüzde majör depresyon, karmaşık ve anormal bir yas tutma şeklidir.

Yas döneminin sonunda, yaslı bireyin kaybı "kabullendiği" ve kendisini ulaşılamayan kişiye yoğun bir bağlılıktan kurtardığı söylenir. Freud, süreç tamamlandığında, yaslı kişi yeni ilişkilere ve arayışlara yatırım yapmak için yeterli duygusal enerjiyi yeniden kazanır. Yas sürecine ilişkin bu görüş, yas çalışması kavramının aşırı geniş ve netlikten yoksun olduğu, çünkü ruminasyon, yüzleşmeye dayalı başa çıkma ve duygu ifadesi gibi süreçleri ayırt etmekte başarısız olduğu belirtilmektedir (Stroebe ve Schut, 2001).

Freud'un yasla ilgili teorik analizi, ilki Karl Abraham olmak üzere birçok başka psikanalitik teorisyonu etkiledi. Abraham (1924), sevilen nesnenin bilinçdışı içe atılma süreciyle, yani benlikle bütünleşme yoluyla, bir kaybın travmatik etkilerini ortadan kaldıracılabileceğini savundu. Hayatta kalanın, kaybettiği sevgi nesnesinin ruhsal acısıyla baş etme girişimini, "Sevdiğim nesne ölmedi, çünkü şimdilik onu kendi içimde taşıyorum ve asla kaybetmedim" düşüncesiyle kendisini teselli ettiğini iddia etti. Dahası, sevilen nesnenin libidinal gelişimde ve bilinçdışı fantezi yaşamındaki rolüne daha fazla önem atfeden ilk psikanalist olmuştur. Bebeğin gelişimini ikircikli evre öncesi, ikircikli evre ve ikircikli evre sonrası şeklinde bölmüş; bu kavramsallaştırma Melanie Klein ve Ronald Fairbairn'ın geliştirdiği ilk dönem psikolojik örgütlenmedeki şizoid ve depresif düzeylerin habercisi olmuştur. Kendilik-nesne ayrışması üzerinden yaşanan çeşitli çatışma biçimleri fikri, Abraham'ın nesnelere karşı farklı biçimlerde ikircikli yaşanması kavramına dair olduğu ifade edilmektedir (Grotstein ve Rinsley,1994).

Ayrıca Freud'un normal ve patolojik keder arasındaki ayrımını ve kayıp nesne hakkındaki çelişkili duyguların patolojik keder yaratmadaki önemini de sürdürmüştür. Karl Abraham, Freud'un kaybedilen nesne ile olan özdeşimin nesneyi terk etmek için tek yol olduğu düşüncesini daha ileriye taşımış, yaşlı birey yitirdiği kişinin iç yansıtımlarına etkisiyle tepki verir fikrini benimsemiştir. Buradaki esas amaç kaybedilen nesne ile ilgili ilişkinin korunmasıdır. Diğer yandan Abraham (1924), normal yas sürecinde olumlu olan duyguların olumsuz olan duygulardan daha baskın olmasına rağmen düşük özsaygı ve ambivalent duyguların hem yas hem de melankolide var olduğundan bahsetmiştir.

2.3.1.2 Deutsch

Deutsch, Freud'un yas sürecinde yaşanan libido ve enerji yatırımları görüşlerini sürdüren önemli bir psikanalisttir. Deutsch (1937), yas sürecinde yaşanan duygusal bileşenlere dair "yas yokluğu" makalesi ile önemli bir etki yaratmıştır. Çocuklarla ilgili gözlemlerinden, egonun uzun bir süre intrapsişik düzensizliğe dayanamayacağını savunmuştur. Yas, bireyin ruhsal düzenini koruyan ve eski haline getiren savunma mekanizmalarını tahrip ettiği için, bazı kişiler bu psişik dengesizliği sürdüremez veya kendi kendini koruma savunmalarını yeniden düzenleyemez. Aynı kişilerin iyileşme sürecini atlatmaları ve kendileri hakkında daha fazla bilgi edinme fırsatını tanımları muhtemeldir. Sonuç olarak, bu bireyler, gündelik rahatsızlıklarla baş etme girişimlerinde daha fazla küresel işlev bozukluğu (duygular, biliş ve eylem) deneyimlemeye karşı giderek daha savunmasız hale gelebilir. Egonun zayıflamasının genellikle, bir bağlanma

figürünün erken ölüm veya boşanma yoluyla kaybedilmesi gibi önceki veya eşzamanlı olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklandığına inanmıştır. Yas sürecinde duyguların ifade edilmemesini patolojik yas süreci için bir gösterge olarak ifade etmiştir. Bu durumun, kendisinde sonra gelen kuramcılar için duyguların ifadesi sağlıklı bir yas süreci için oldukça önemli bir bileşen halini almıştır.

Freud'dan başlayarak, birçok araştırmacı yası, egoyu travmatize eden, bireyin iç huzur dengesini bozan ve günlük yaşam stresiyle baş etmek için gerekli olan kaynakları tehdit eden, intrapsişik bir tepki olarak görmeye başladılar. Yas, yaşamın normal seyri ile ciddi farklılıklar içermesine rağmen (Freud,1957), psikanalitik görüş, kaybın kendisini (yası) anormal veya patolojik olarak görmez. Yası, günlük yaşamın bir parçası olarak görür. Böylece keder ve yas sürecine ilişkin psikanalitik bakış açısı, yas tutan kişinin önemli bir kayıptan kaynaklanan psişik çatışmanın kenarında yaşadığı acı deneyimini açıklığa kavuşturmaya yardımcı olmuştur (Deutsch, 1937).

2.3.1.3 Melanie Klein

Freud ve Loewald, yas tutan bireyin, kaybedilenle kurduğu özdeşim sonucunda meydana gelen değişiklikler üzerinde teori geliştirirken, Melanie Klein (1940), yas tutan kişinin gelişim düzeyine göre keder ve yasin nasıl farklı şekilde deneyimlenebileceğiyle ilgilenmiştir ve bebeklerin erken yaşta yaşadığı iki tür kaygı belirledi; en arkaik düzeyde yok olma kaygısı ve daha yüksek düzeyde terk edilme kaygısı ve bununla birlikte bebeklerin bu iki kaygıya karşı kullandıkları savunma türlerini de detaylandırdı. Onun görüşüne göre asıl amaç, kaybedilenle özdeşleşmeden ziyade, içe dönüklük, bebeğin veya yas tutan bireyin bağımlılığı, kayıp ve hayal kırıklığı durumlarında ortaya çıkan yoğun endişeleri yönetmesine yardımcı olmaktır.

Diğer yandan yas sürecinde yaşanan bu tür endişelerin dayanılmaz olduğu ve bunları yaşayan yası bireyin, manik savunma pozisyonuna geçerek ölen bireye olan ihtiyacını ve bağımlılığını inkar edeceğini belirtmektedir. Yası tutulan nesne, annesinin göğsü ve anne ile sütün bebeğin zihninde temsil ettiği her şeydir: yani sevgi, iyilik ve güvenlidir. Tüm bunlar, annesinin göğüslerine karşı kontrol edilemeyen açgözlü ve yıkıcı düşlemleri ve dürtüleri sonucunda bebek tarafından kaybolmuş hissi uyandırmaktadır (Klein, 1975).

Klein (1946), bir çocuğun kayıpla ilgili öfkesini ölüm içgüdüsünün bir belirtisi olarak görmüştür ve kaygının bu içgüdünün izdüşümünden kaynaklandığına inanmıştır.

Klein'a göre, ölüm içgüdüsünün etkisine karşı doğuştan gelen hassasiyet, fanteziler de ortaya çıkan zarar verici dürtüleri doğurmakta, bebeğin fantezi yaşamının haset, sahip olma, yıkma, zulmetme ile meşgul olmasına yol açmaktadır ki bu *paranoid-şizoid gelişim aşamasında* ruhsal gerçekliğe saldırı, misilleme ve yıkım olmaktadır. Klein, emzirmenin ve annenin bedenden ayrılma gibi karmaşık ve zor bir sürece işaret eden memeden kesmenin, ödipal fanteziler dahil olmak üzere fantezi üzerindeki etkileri bakımından kritik öneme sahip olduğunu savunmuştur. Klein (1975)'e göre, doğuştan itibaren nesne ile ilişki kuran bir benlik vardır; ilk dönemdeki nesneler, kısmi de olsalar, meme işlevinde görüldüğü üzere, besleyici mi yoksa düşmanca ve tehlikeli (zalim) mi algıladıklarına bağlı olarak “iyi” ya da “kötü” olarak deneyimlenirler. Ancak çocuğun sadece meme değil, tüm kişi, anne ve hatta baba olduğuna inandığını ve çocuğun kayıplara karşı savunmasızlığının, yaşamın ilk yılından ergenliğe kadar uzandığını belirtmiştir (Williams, 2015)

Melanie Klein (1946), bebeklerin (ve bazen yas tutanların) hayatta kalmaları için tamamen başkalarına bağımlı olduklarında ağırlıklı olarak yaşadıkları iki normal pozisyonu tanımladı. Bölünmüş içsel dünyaya tümünden iyi veya tümünden kötü içsel temsillerden oluşan *paranoid-şizoid konum* dediği psikolojik gelişim ve zihinsel örgütlenme düzeyinin temel düzeyi niteliği olduğunu öne sürmüştür. Bu konumun şizoid özelliği bölünmüş yapısından ileri gelir. Paranoid özellik, zulmedici ‘kötü’ nesnenin dış nesnelere yansıtılmasından ve bunun ardından da dışarıdan gelecek bir saldırganlıktan duyulan korku içinde yaşama eğiliminden kaynaklanır. Kişilikleri aşırı kayıp ya da yoksunluk tarafından zayıflatılmış birçok yas tutan kişi, yeni bir kayıp meydana geldiğinde benliğin ve diğerinin temsillerinin tamamen kötü olarak deneyimlendiği bu karanlık ve zulüm dünyasında yaşar. Zira bu durum kişiler arası realitenin açık biçimde çarpıtılmasına yol açar ve bir anlamada bölme sayılan, olumsuz duygularla ilişkili kaygılardan kaçınmak için öteki bireyleri tamamen iyi olarak görmeyi içeren idealleştirme ve idealleştirmenin zıttı olan değersizleştirmeyi meydana getirir. Bu kişiler etrafındaki bireyleri ya tamamen iyi ya da tamamen kötü olarak görmektedirler. Özellikle terapi seanslarında; bir seans önce dünyanın en iyi terapisti olan kişi bir sonraki seansta dünyanın en kötü kişisi olarak görülebilir.

İnsanlar normal gelişim sürecinde bölünmüş *paranoid şizoid konumunun* dışına çıkarak, kendindeki ve diğerindeki sevgi dolu(idealleştirme) ve saldırgan duygulanımları (değersizleştirme) birbirine harmanlayan bütünleşmiş ve farklılaşmış bir psikolojik

yapıya ulaşırlar. Klein bu psikolojik yapıya; ‘öncelikle bakımverene ve kendine dair gerçekdışı ideal imgenin kaybını ve bu kayıp için yas tutmayı içerdiğinden’ ötürü *depresif konum* adını vermiştir (Yeoman vd., 2016). Bu konumda birey kaybettiği kişi ile ilişkisi bağımlı ve ikizli durumdadır. İkizli bir ilişki yaşanan içselleştirmeyi bozmaktadır. Yaşanan ilişki tümüyle içselleştirildiğinden depresyonlu birey kendi tasarımı ile yitirdiği bireyin tasarımı arasında ayırım hissetmemektedir (Volkan, 1997).

2.3.1.4 John Bowlby

Erken Dönem Yas Teorisyenlerinde bir diğeri ise 1960’lı yıllarda bağlanma kuramını oluşturan ve kayıp ve yası bağlanma-kayıp ilişkisi çerçevesinde açıklamaya çalışan Bowlby’dir. Bowlby’ye (1980) göre insanlar, normal gelişim sürecinde, ilk olarak çocuk anne arasında ve daha sonra yetişkinler arasında içgüdüsel duygusal bağlar ve bağılıklar kurma isteği içindedir. Bağ kurma, evrimsel, dürtüsel ve biyolojik temellere kadar uzanan bir yakın olma isteğinden kaynaklanır. Bir çocuk ile annesi veya bakımvereni arasındaki ilişkinin doğası, sonraki zamanlarda kurulacak ilişkiler üzerinde büyük bir etkisi olduğuna inanıyordu. Sevgi bağları tehdit edildiğinde, ağlama ve öfkeli olma gibi güçlü bağlanma davranışlarının etkinleştirildiğini öne sürdü. Buradan hareketle bağlanmayı, çocuk ile bakımveren arasında gelişen, çocuğun bağ kurma, bakımvereni arama ve yakınlık kurma arayışı davranışları ile kendini gösteren ve özellikle stres durumlarında ortaya çıkan, dayanıklılık ve sürekliliği olan duygusal bir bağ şeklinde tanımlamıştır (Bowlby,1979). Bu bağ kurma halinin en başta birbirinden kısmen bağımsız içgüdüsel tepkilerden oluşmaktadır. Zamanla bu içgüdüsel tepkiler olgunlaşarak çocuğu anneye bağlanma işlevine hizmet eder ve anneyi çocuğa bağlamak gibi karşılıklı bir denemenin oluşmasına da katkı sunmaktadır.

Çocukluk döneminde temelleri atılan bağlanma sürecinde; bebekler yeterli, zamanında ve tutarlı bir şekilde ihtiyaçları doyurulduğunda, bir ötekine güven duymayı öğrenmektedir. Güven ise ötekilerle bağ kurabilme yetisini geliştirmektedir (Bowlby,1980). Bu bağlar kayıp ya da ayrılık sonucu koptuğunda ayrılık kaygısı ve yas reaksiyonları meydana gelmektedir (Mallon, 2008). Bowlby’nin çalışmalarının çoğu, önemli bağlanmalar koptuğunda normal anormal reaksiyonlardan (patolojik) ayırmaya adanmıştır. Aşağıdaki öncül, Bowlby’nin temel yas teorisini bağlanma teorisiyle ilişkilendirerek kavramsallaştırmasıdır.

1. Bağlanma davranışı, bir bireyin bir ötekiyle farklılaşmasını ve tercih edilen bireye yakınlık duymasına veya onu korumasına neden olan herhangi bir davranış

biçimidir.

2. Kendi başına dinamik olana bağlanma davranışı, beslenme gibi diğer insani davranış biçimlerinden farklıdır.
3. Bağlanma davranışı, öncelikle ebeveyn ve çocuk arasında, daha sonra yetişkin ile yetişkin arasında şefkatli bağların gelişmesi için de gereklidir.
4. Gelişimin erken dönemlerinde hedefe uygun olarak oluşturulan davranışsal sistemlerin öncülük ettiği bağlanma davranışı, bağlanma nesnesi ve onunla iletişimde belirli derecelerde yakınlığı devam ettirmekle ilgilidir.
5. Bağlanma ilişkisi sürmesine rağmen, bu ilişkiyi etkileyen çeşitli bağlanma davranışı biçimleri vardır. Yalnızca yorgunluk, korku veya bağlanma nesnesinin bulunmaması ya da tepkisizliği gibi belirli koşullar altında etkinleştirilmektedir.
6. En yoğun yaşanan duyguların çoğu, bağlanma ilişkilerinin oluşumu, devam ettirilmesi ve yenilenmesi sürecinde meydana gelmektedir. Kaybetme tehdidi kaygı uyandırır ve gerçek kayıp bir bireyin duygusal bağlarının bir yansıması olduğu için bireyde üzüntüye neden olmaktadır. Bunun asıl nedeni, duygu psikolojisi ve psikopatolojisinin, yüksek oranda duygusal bağların psikolojik ve psikopatolojik içerdiğinin anlaşılmasıdır (Gerardot, 2002).

Birey yaşamında önemli gördüğü bir ötekiden ayrılınca veya bu nesneyi(öteki) kaybedince meydana gelen belirgin davranışlar vardır. Karakteristik bir örüntü dışa yansıttığımız davranışlarla ortaya çıkar ve iç dünyamızda yaşananları hem anlamlandırır hem de onlara eşlik eder. Çocuk kayıp yaşadktan sonra ilk olarak, açık davranışsal dışavurumları itirazcıdır. Ayrılık kaygısını yansıtır. Sonraki davranışlarda keder ile yas tutma sürecinin açık tezahürleri olan çocuğun çaresizliğidir. En sonunda, çocuk yaşadığı dayanılmaz ruhsal acıya karşı savunma olarak dış dünyadan kopma davranışı sergiler. Freud'dan farklı olarak Bowlby, bu davranışların biyolojik işlevinin sevilen kişiden geri çekmek değil, yeniden bir araya gelmek olduğuna inanıyordu. Ancak kalıcı bir kayıp olması durumunda, bağlanma figürleriyle yakınlığı yeniden kazanmanın biyolojik işlevi işlevsiz hale gelir.

Sonuç olarak, yaşlı kişi aktif bağlanma davranışının karşıt güçleri ile sevilen kişinin yokluğunun gerçekliği arasında mücadele eder. Bowlby(1980), bu karşıt güçlerle başa çıkabilmek için, yas tutan kişinin dört keder aşamasından geçtiğini ileri sürdü; İlk olarak uyuşma hali, öfke, inanamama ve şok geçirir. Kalp atış hızının artması, sık ve hızlı solunum gibi bedensel değişiklikler meydana gelir. Algılar bozulmaya ve nesnel

duyumlar kayıp yaşayan bireyin öznel yorumlarıyla bulanıklaşır. İkincisi, kayıp yaşayan birey kaybedilene ilişkin güçlü bir özlem duygusu yaşar ve kaybedilene arama sürecine girer. Üçüncüsü, bireyin bilişsel süreçlerinde düzensizlikler oluşmaya başlar, konsantrasyonda zorluk yaşar, dikkati kolayca dağılır ve hızlı bir umutsuzluk durumuna ve sonunda umutsuzluğa geçme eğiliminde olur. Son olarak, bireyin kaynaklarının yeniden düzenlemesi ve yeni ilişkilere geçiş aşamasına geçmektedir.

2.3.2 Modern Yas Kuramcıları

2.3.2.1 Margeret Mahler

Günümüz yas kuramcılarının en başında Margeret Mahler gelmektedir. Mahler, anne ile bebek arasında ortak yaşamsal bir ilişki olduğunu saptayarak ayrılma-bireyselleşme terimini ortaya koymuştur; birey bu süreçten geçerek öngörülebilir ve gerçekçi şekilde algılanan ötekilerden oluşan bir dünya içinde istikrarlı bir kimlik kazanmaktadır (Greenberg ve Mitchell 1983). Mahler kendilik ile nesneleri arasındaki ilişkileri masaya yatırarak, Freud'dan beri görülmemiş şekilde, bebeğin mücadelelerini ikna edici şekilde anlatan bir dizi evre ve alt devreden oluşan ödipal dönem öncesi tarifi yapmıştır. Mahler (1968)'e göre, kişisel gelişimin ilk evresi(0-2 ay), hayatın ilk birkaç ayına rast gelen normal otizmdir. Bu dönemde bebeğin nesneyi veya kendisini ayırt etme söz konusu değildir. Eğer bu aşamada saplanma olur ise temel çocukluk otizminin şiddetli psikopatolojisi ile sonuçlanır. Yani otistik psikoz meydana gelir. Bu durum nesnelerle bağıllık kuramama ve kişilik tablosunun yetersiz olmasına neden olur. 2-7 ay arasında çocuğun akli, kişilik ve nesneyi birbirinden ayrı olarak algılayamadığı için karışıktır. Ego sınırları gelişmemiştir. Bu yüzden gerçeği algılama olanağı da yoktur. Anne mutlu olduğunda çocuğun mutlu olduğu, annenin huzursuz olduğun çocuğun huzursuz olduğun anne kaynaklı simbiyoz bir yaşantının içindedir. Buradaki herhangi bir saplanma simbiyotik psikoza neden olur. Ayrılma ve bireyselleşme sürecinde bebek, kendisinin farklı bir birey olduğunun hissetmesi, kendi sınırlarının farkında olması ile başlar. Çocuğun emekleyerek anneden uzaklaşması ve tekrar geri gelmesi, uzaklaşırken ara ara anneyi yoklaması yani annesinin onun için olan kaygısını ölçmesi ile başlar. Bu durum farklılaşmayı beraberinde getirir. Burada anne aşırı kaygılı ve ayrılmaya hazır değil ise ortak yaşam evresinde takılıp kalır bu durum borderline bozukluğuna neden olur. Aynı zamanda çocuğun bireyselleşme sürecine girmesini de engellemiş olur (Özakkaş, 2012).

Mahler (1975), bir çocuğun birincil sevgi nesnesi olan annesinden kaçınılmaz olarak ayrılmak zorunda kalması onun psikolojik gelişimini kolaylaştırdığını belirtmektedir. Her anne-çocuk birliği bozulma, kayıp ve onarım ile karşılaşmaktadır. Çocuğun annesini içselleştirmesi, annesine dair zihinsel imajını korurken aynı zamanda ayrılmaya da bir zemin hazırlamaktadır. Birincil nesnesinden uzaklaşmaya başlayan çocuk, anne tarafından herhangi bir kısıtlamaya tabi tutulmaz ve aktif olarak daha fazla ayrılık arzusunda olur. Bebek, annenin olmadığı zamanları ve kayıpları annenin işlevselliği ile birleştirerek gün geçtikçe daha çok içselleştirmeye başlar. Bununla beraber psişik yapı da içselleştirmeler aracılığıyla gelişmeye başlamaktadır. Sonraki süreçte, mezuniyetler, terfiler ve evlilikler beraberinde üzüntü ve yas tutmayı getirmektedir (Carr, 1975). Ancak Mahler (1972), ölümlü bir yastan söz edilebilmesi için nesne kalıcılığının oluşması gerektiğini ifade etmektedir.

2.3.2.2 Vamık Volkan

Günümüz yas kuramcılarından bir diğeri ise Vamık Volkan'dır. Günlük yaşam içinde bir çok kayıp durumuyla karşılaşmaktayız ve bu kayıplara karşı gösterilen tepkinin içsel dinamiklerle yaşamaya da yas tutma şeklinde yorumlanmaktadır. Ancak toplum olarak yas tutmayı sadece kayıp ya da boşanma gibi yitimlere bir tepkiymiş gibi düşünme eğilimimiz var. Oysaki, yas tutma, herhangi bir kayıp ya da değişikliklere verdiğimiz bir psikolojik yanıt, iç dünyamızla ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilme amacıyla yaptığımız bir uzlaşmadır. Volkan (1972b) yasin insanın parmak izi kadar özel ve kişisel olduğundan bahseder. Geçmişteki kayıp öykülerini, kaybedilenle olan ilişkinin özellikleri tarafından belirlenir. Aynı aile içinde her bireyin yası kişiseldir. Yas tutmanın iki evresi olduğunu; kayıp ve kayıp tehdidinin meydana geldiği andan itibaren başlayan kriz sürecindeki yastır. Bedenimiz ve zihnimiz yasa karşı direnir. Ölümle yüzleşmekten kaçınmak amacıyla; inkarın(yadsımının), bölmenin, pazarlıkların ve öfkenin içine girer ve çıkarız. Kaybın yarattığı kriz dönemi, bireyin kayıp gerçeğini özümledikçe sona ermeye başlar. Ancak yas süreci hala devam etmektedir. Yani bireyin ölümü kabullenmesi yasinin sona erdiği anlamına gelmemektedir. Volkan ve Zintl (2008), gerçek yas tutmanın ikinci evresi henüz yeni başlamıştır. Ölümün gerçekliğini kabullenmek, kaybedilenle olan ilişkinin bireyi rahatsız etmeyecek bir anıya dönüştürmesi ve karmaşık uzlaşma işi başlaması anlamına gelmektedir. Uzlaşma sürecinde danışanların yitime nasıl direndiklerine ilişkin en önemli atfı ise '*bağlantı nesneleri*'dir.

Bağlantı nesneleri, kayıp kişiyle bir köprü kurma fonksiyonu gösteren geçiş nesneleridir. Yetişkinler için, geçiş nesneleri (kaybedilenin kıyafetleri, fotoğrafları), yasal kişinin benliğinin unsurlarını dışallaştırmasına ve ötekinin unsurlarını içselleştirmesine izin verdiği ve ölü ile teması sürdürmenin bir yolunu sağlamaktadır. Volkan (1975) bağlantı nesneleri yoluyla kaybedilene bağlanmayı patolojik olarak tanımlarken, (Satorsky, 2000) bağlantı nesnelerini kaybedilenle bağları sürdürme ve psikik yapı inşa etme yolu olarak görmektedir. İçe atma, içselleştirme veya özdeşimden bahsedildiğinde bunların, ölen gerçek kişi değil, ölene dair oluşturulan iç temsilleri oluşturduğunu bilmekte fayda vardır.

Diğer yandan Volkan (1997) yas işi, çoğu zaman profesyonel yardım gerektmediğini, hatta yas yaşayan bireylerin profesyonel bir destek ihtiyacı hissetmediğini savunmaktadır. Sadece kayıptan sonra bazı duygularını rahatlıkla ifade edebilecekleri destekleyici bir sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedir. Kaybı olan bireylerin, yas sürecinde; inkar, bölme, pazarlık, suçluluk ve öfke gibi duyguları yaşamaları normal olduğu, danışan tarafından, yas işinin hem stresli hem de günlük yaşam dengeleri bozan bir süreç ve aynı zamanda normal yasin bazen garip bir şekilde girebileceği bilinmesi rahatlatıcı olabilmektedir. Bununla birlikte teorisyenin patolojik veya komplike yasa dair '*yeniden yaslandırma sağlatımı*' adını verdiği bir psikoterapi tekniği de bulunmaktadır. Bu kısma travmatik yasin psikoterapi bölümünde ayrıca değinilecektir.

2.3.2.3 Sistem Teorisi

Temelleri 1920'lerde Ludvig von Bertalanffy tarafından ortaya atılan sistem teorisi, parçaların bir araya gelerek fonksiyonlara sahip bir bütün yarattığı ifade edilmiştir. Aileler de, farklı üyelerin parçalarından (anne, baba, kardeş, evlat gibi) ve ilişkilerin farklı türlerinden (eş/çift, ebeveyn-çocuk, kardeşlik gibi) parçalardan bir sistem olurur. Bu parçalardan herhangi biri ortadan kalktığında sistemin etkili bir şekilde işlenmeyeceği ifade edilmektedir (Preston, Shoot ve Agass, 1990). Benzer şekilde Yıldırım (2006) sistem teorisi, nesneleri ve bireyleri ayrı ayrı değil ilişkileri içinde incelediğini, yani sistem teorisi sistemik düşüncede davranış ile o davranışın meydana geldiği ortam arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Sistemi meydana getiren ilişkiler ağının bir yerinde oluşan değişim, ağ boyunca yayılarak diğer noktaları da etkileyeceğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, aile içinde yaşanan bir kaybın diğer bireylerde yarattığı etkileşimin doğası önem taşımaktadır. Ailenin kayıp karşısında vereceği tepkiler, ailenin bütünselliğinden bağımsız değildir ve kayıp öncesi ailenin adaptasyonu önemli bir etken

olduğu görülmektedir (Walsh, 2006). Böylece kayıpla beraber gelen kriz durumu; ailenin davranış örüntüleri, baş etme becerileri ve adaptasyon yükünü etkilediği ifade edilmektedir (Meyerstein, 2001).

Ünlü bir aile tarapisti olan Bowen (1978), ölümden önce, ölüm sırasında ve sonrasında bir aileye yardım etmeye çalışan terapistler için aile konfigürasyonu, ölen kişinin ailedeki işleyiş konumu ve genel yaşam adaptasyon düzeyi hakkındaki bilginin önemli olduğunu ifade etmektedir. Çünkü kayıp ve yası sistemik açıdan değerlendirmek, yaşanan kaybın etkilerini ve yas sürecinde oluşturduğu yankıyı bütün aile sistemini gözetererek anlamayı gerektirir (Walsh, 2006, Walsh ve McGoldric, 2013). Bu içinde anne, baba, çocuklar ve geniş aile arasındaki etkileşim ve iletişimin değerlendirilmesi de vardır. Kaybın etkileri süreç içinde devam eden etkileşim örüntülerinde, hayatta olan aile üyelerinin karşılıklı iletişiminde nesiller boyunca kendini belli etmektedir (Carter ve McGoldrick, 1999).

Bir ailenin yas tepkileri, bireysel üyelerinden ayrı olarak değerlendirmeyi gerektirir (Rosen, 1990). Bu nedenle, bireyi tüm aile ağıyla ilişkilendirmeden, ölen kişi ile ilişki içinde tedavi etmek yeterli değildir. Aile üyelerinin bireysel özellikleri aile sisteminin karakterini belirlemeye yardım olur, ancak bu aile sistemi, bireylerin özelliklerinin toplamından daha fazladır. Bireysel yasa odaklandığı kadar ailenin de içinde bulunduğu yası anlamının nedeni; aile mitlerinin etkisidir. Bu mitler, bireyin savunmasına benzer şekilde çalışır ve aile grubuna bir kimlik atfeder (Greaves, 1983). Bu sistem meydana gelen kayba verilen tepkiyi ve anlamlandırma sürecini etkilemekle beraber; kayıp sonrasında kendisi de önemli oranda değişmekte ve yeni bir şekil alabilmektedir. Aile inanç mekanizmasını ailenin sahip olduğu değer yargıları, yaşama ilişkin varsayımları, mitleri olarak değerlendirildiğinde, aile kaybı anlamaya ve açıklamaya çalışırken bu varsayım ve inançları kullanmaktadır. Ancak meydana gelen ölümün şekli ve doğası, yaşam döngüsünde nereye denk geldiği benzer unsurlar bu varsayımların değişmesine neden olabilmektedir.

Kayıp, ansızın veya uzun vadede süren bir hastalık sonucu gerçekleşebilir. Her iki durumda da aile için oldukça zor olsa da farklı baş etme süreçleri gerekmektedir. Çünkü ani bir şekilde meydana gelen bir ölüm, aile bireylerinin bu kayıp için olması gereken hazırlığı yapmalarına, yarım kalmış sorunları bitirmelerine veya vedayı gerçekleştirmelerine vakit tanımaz. Buna benzer durumlarda danışmanların (terapistlerin), aile bireylerinde yaşanması muhtemel pişmanlıkları ve suçluluk

duygularının dikkatle takip edilmesi ve keşfetmeleri önemli olmaktadır (Kissane, 2014). Dahası sistem dâhilinde bir kaybı değerlendirmenin bir önemli nedeni, çözülmemiş yasın yalnızca aile patolojisinde anahtar bir etken olarak kalmayıp, nesiller arasındaki patolojik ilişkilere de katkıda bulunabileceğidir (Gajdos, 2002). Bu nedenle kuşaklar arası nedenselliği (çatışmaların etkisi) değerlendirmek için danışmanların en az iki nesli kapsayan geniş bir aile öyküsü almaları teşvik edilmelidir denilmektedir (Walsh ve McGoldrick, 1991).

2.4 Travmatik Yas ve Rüya

Psikoterapide düşlerle çalışma uzun zamandır psikanalizin ve psikodinamik terapinin önemsenen bir parçası olmuştur. Freud (1900/1953) düşlerin yorumuna Latince bir alıntı ile başlamıştı. “Flectero si nequeo superos, acheronta movebo” “Yüksek güçlere boyun eğdiremezsem, aşağı bölgelere giderim”. Freud tam anlamıyla bunu yapmaya çalışmıştı ve yaşadığı yüzyılda çağın iktidarlarına sözünü geçiremediği için hüsrana uğramıştı. Bu hüsrana yüzünü bilinçdışının karanlık oyuklarına çevirdi. 1900 yılındaki başyapıtıyla adını tarihe yazdı. Eserinde şunu vurgulamaktadır: Birçok çekirdek çatışma hasta için o kadar acı verici ki, hastanın uyanık düşüncelerinden (bilincinden) yasaklanmışlardı. Dolayısıyla uykuda başlayıp da savunmacı bir işlevi olan uyanıklık hali dağılınca, bilinçdışında yaşanan çatışmalar düş malzemesini ortaya çıkabilirler. Bu sebeple düşlerin yorumunu bilinçdışına giden ‘Kral Yolu’ olarak görüyordu.

‘Rüyalar kral yoludur.’ Çünkü rüyalar bilinçdışında deşarj olmaya çalışan dürtülerin üstü örtülü bir biçimde, bazen çok özel simgelerle bazen çok özel şifrelenmiş kodlarla deşarj olmasını temin eden bir yapıdır. Bu yapıyı Freud, rüyanın uykuyu korumak için biyolojik dürtüleri ve bilinçdışı istekleri sansürlemek için tasarlanmış zihinsel bir fenomen olarak adlandırmıştı. Bilindiği gibi ruhsal aygıtımızda deşarj olmaya çalışan güçler ile bunları engellemeye çalışan güçler arasında büyük bir savaş söz konusudur. Bu savaşta zaman zaman engelleyici güçler olaya hâkim iken zaman zaman da deşarj olmaya çalışan güçler hâkim olmaktadır. Engelleyici güçlerin yoğun ve fazla olduğu durumlarda dürtülerin aşırı oranda bastırılması ve deşarj yolu bulamaması iç dünyamızda bulantı ve sıkıntıya sebep olmaktadır. Bunaltı ve sıkıntının artması bir patlamanın veyahut da bir patolojinin öncü belirtileri olabilir. İçeride birikmiş olan bu enerji, bir şekilde deşarj edilmelidir. Rüyalar bunu temin eden temel mekanizmalardır. Rüyalar vasıtasıyla bu dürtüler, öncelikle açık bir şekilde deşarj yolu bulur ve kendilerini ifade ederler. Ancak dürtülerin bu şekilde açıkça ifade edilmesi ego ve süperegö güçleri

tarafından kabul edilemez bulunursa sansür mekanizmaları devreye girebilir denilmektedir (Özakkaş, 2017).

Freud'un düşler üzerine görüşleri zamanın sınavından başarıyla geçmiştir. 1960'larda ve 1970'lerde hızlı göz hareketleri (REM: rapid eye movemens) uykusunun beyin sapı tarafından denetlendiğini ve güdülenme, isteme ya da duygu merkezleri ile bir ilişkisi olmadığını ileri süren sinirbilimciler bu düşünceye meydan okumuşlardı (Hobson, 1988). Ancak izleyen araştırmalar düşler ile ilgili Freudcu düşünceleri kuvvetli bir şekilde desteslediler. Braun ve arkadaşları (1997) pozitron emisyon tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanarak beynin duyguyu ve güdülenmeyi denetleyen limbik ve paralimbik bölgelerinin REM uykusu sırasında son derece etkin olduklarını açıkça göstermektedir. Kendini gözlemleme, mantık ve çalışma belleğiyle ilgili olan prefrontal korteks etkin değildi. Bu bölgenin etkin olmaması, kendi üzerinde düşünme yeteneğinin azalmasının, eleştirel anlayış ve mantığın kaybının, zamandışılığın ve düşler ile ilgili tuhaf görüntülerin açıklanmasına yardımcı olmaktadır. Başka bir de deyişle, prefrontal bölgedeki beyin kabuğunun etkin olmaması, Freud'un isteklerin düş görüntülerinde kodlandığı fikri ile tutarlı olmaktadır. Düş görmek bir 'isteme sistemi' olarak yüksek zihinsel işlev konumuna yeniden dönmektedir. Üstelik Solms (2000) REM uykusunun ve düş görmenin eşanlamlı olmadığını vurgulamaktadır. Beyin sapları hasara uğramış hastaları inceledi ve bu hastalarla REM uykusunun bozulmasına rağmen, düş görmenin sağlam olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, ön beyindeki güdülenme merkezleri hasara uğramış olanlar, REM uykusu bozulmasa bile, düş görmenin kaybolduğunu bildirdiler. Bu yüzden çoğu sinirbilimsel olgu gibi düş görme de bir ağ gerektiren bir süreçtir ve *beynin* bir bölgesine lokalize edilememektedir. Her halükarda beyin sapının üstündeki yüksek merkezler düş görmek için hayati önemde olduğu ifade edilmektedir. Sonuç olarak REM uykusu sırasındaki beyin aktivitesinin subjektif ilişkilerini değerlendirmek için psiko-dinamik bilgilendirici bir araçtır. Bunlar, duyguları, algıları, hatıraları, istekleri, fantezileri, dürtüleri, çatışmaları ve savunmanın yanı sıra kendisinin ve başkalarının görüntülerini de içerdiği düşünülmektedir.

1900'lü yıllardan sonra rüyaların oluş mekanizmaları ile işlevlerini, psikolojik ve nörofizyolojik olarak bilimsel yoldan açıklama çabalarına girildiği ifade edilmektedir (Geçtan, 2002) ve Reiser (2001) nörofizyolojik alan ile psikodinamik alanın birbirinin tamamen farklı olduklarını, bellekten türetilen güncel ve geçmiş çatışmaların veya problemlerin rüya görüntülerine yansıdığını söylemektedir ve sinirbilimin bulguları

düşlerin psikodinamik değerini çürütmeyeceğini ifade etmektedir. Bundan dolayı Freud sonrası kuramcılar rüyayı kendi kuramsal çerçevesine göre yorumlamışlardır. Örneğin; Klein (1946), insanlar doğduğunda belli bir agresyon yükü ile dolu gelirler. Rüyalar da dolu olan agresyon yükünü boşaltma yeri olarak görülmektedir. Libidinal yükümüz ve agresyon yükümüz eşit bir şekilde devam eder ise ve tabiatıyla ebeveynlerimiz bu eşitliği sağlamamıza yardımcı olur ise bireyin gelişiminde rol oynayan bölme savunma düzeneği kapanır ve savunma amaçlı bölme savunma düzeneği gerçekleşmemiş olmaktadır. Şayet gelişimsel amaçlı savunma düzeneği kapanmaz ise çocuğun zaten doğuştan var olan agresyon, saldırganlık ve öfke duygusunu kontrol edememe kaygısı ve yükü oluşmaktadır. Nesne ilişkileri temsilcilerinden Kernberg (1984) ise rüyaları dürtü-çatışma kuramıyla birleştirerek dürtülerin deşarj olma yolu olabildiğine dair bir iddia ortaya koymaktadır. Yani birey hangi döneme takılıp kaldıysa, o rüya o düzlemi aşma çabası olarak görülmektedir. Öte yandan Masterson'un (2012) Terk Depresyonu Kuramına göre bir rüyada iki tür duruma bakılmaktadır. İlki rüyanın içeriğinde ayrılma ile ilgili kaygının temel kaynağının nerede olduğu ve ikincisi ise bu rüyanın içeriğinde kendilik aktivasyonu yapıldığında mahşerin altı atlısı olan intihara meyilli depresyon, öldürücü öfke, panik ve anksiyete, boşluk, utanç ve suçluluk, umutsuzluk ve yardım alamama nasıl durmaktadır? şeklindedir (Özakkaş, 2017). Kendilik psikolojisi kuramı rüyaları, kendilik nesnesi fonksiyonunun gereksiniminin dile geldiği çevrenin araştırılmasından ibarettir. Fakat Kohut (1998) kendilik nesnesi fonksiyonu olmayan bireyler rüyalarda kendilik fonksiyonu meydan getirecek ortamları kendileri yaratırlar. Dışarıdan desteklenemeyen bir işlevi rüyalar vasıtasıyla almaya çabalarlar. Eğer rüyada bir ruhsal acı, yas, sıkıntı ve stres varsa bireyin şuanda çevresiyle nasıl bir çatışma yaşadığının anlaşılması bakımından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özakkaş, 2017).

2.4.1 Rüya Çalışması

Rüya çalışması, rüyanın gizli içeriğini açık içeriğe dönüştürmekte kullanılan belli süreçlerden oluşmaktadır. Asıl mesele rüyanın gizil içeriğinin açık içerik tarafından nasıl temsil edildiğinin belirlenebilmesidir. Freud'a (1953) göre uyku sürecinde bastırmalar özgür bir ortam yaratır. Bastırmayı meydana getiren düzenekler etkisini yitirdikçe, bilinçdışı dürtü ve istekler doyum ve rahatlamının şifrelerini aramaktadır. Uyku sürecinde motor hareketlerle ifade yolu bulamayan bastırılmış istek ve dürtüler, düşünce ve fantezi düzenekleriyle temsil edilme şansı bulmaktadır. Günün artta kalan tortuları ve

geceye dair uyarılar, bu latent istek ve dürtüleri ifade etmek için uygun bir biçime sokulmaktadır (Gabbard, 2017).

Freud (1900) rüyayı, bir isteğin kılık değiştirmiş şekli olarak tanımlarken, bilinçdışı çocukluk isteklerinin, düş görenin uykusunun bozulmamasını güvenceye alan bir sansür tarafından kılık değiştirmiş simgelere dönüştürüldüğünde ısrar etmekteydi. Bu değişim beraberinde rüyanın içeriği hakkındaki fikirleri uyandırmıştı. Rüya içeriğinin büyük bir kısmı günlük yaşanan olayların bir yansıması olduğu, uyku öncesi düşünceler ve hatta uyku sırasındaki beden duruşları ve sesler rüyanın içeriğini etkilemektedir. Freud ayrıca, basit dileklerin gerçekleştiği rüyaların yanı sıra, daha kompleks durumların da rüya içeriğini etkilediğini ifade etmiştir. Bu sebeple herhangi bir rüyanın açık içerik(manifest content) ve gizil içerik (latent content) olmak üzere iki yönlü içeriği olduğunu ifade etmiştir (Freud, 1953)

Aşikâr içerik, düşün düş gören tarafından algılanan yüzey kısmı olduğu, bilinçdışı zorlamaların kılık değiştirmiş doyumların dışavurumuna, yani hastanın bilincinde olup terapistle anlattığı düş biçimi olarak ifade edilmektedir. Düş görenin tam olarak hatırladığı ve sunduğu içeriktir. Bu rüyanın içeriğini her birey açık biçimde bilebilir. Burada bireyin gerçek arzusu süper egoyu yanıltmak için gizlenmekte ve istekler onları asla gerçek biçimde göstermemektedir (Brown, 1940). Fakat Freud’a (1900) göre, bir düşün anlamını bulmamızı sağlayan şey, düşün görünür içeriği değil, gizil içeriğidir.

Gizil içerik, düş göreni uyandırmakla tehdit eden ve bu yüzden gizlenmesi gereken bilinçdışı isteklere ve düşüncelere işaret etmektedir. Brown’a (1940) göre “Rüyanın gizli içeriği, açık içeriğin kılık değiştirmesini benimseyerek bilincin altında yatan bilinçdışı istek anlamına gelmektedir”. Yani gizli içeriğin sansürü aşıp bilince çıkabilmesine, buna karşı çoğu durumda uykuyu bozmamasına yetecek kadar kılık değiştirmesi süreci olduğu ifade edilmektedir. Düş görenin ben’inde işleyen bir takım savunma mekanizmaları, gizil içeriğin kılık değiştirmesine ve onu aşikâr içeriğine dönüştürmeye yaramaktadır (Gabbard, 2017; Wallace, 2008). Bu içerik kendilerini rüyada tatmin eden bastırılmış gerçek isteklerle ilgilenmektedir. Bastırılmış gerçek arzular ancak psikanaliz tarafından analiz edildiğinde bilinebilmektedir (Wallace, 2008).

Bu iki içerikle ilgili Sigmund Freud "Düşlerin Yorumu"nun VI. Bölümüne 1925'te eklediği bir dipnotta, durumu gayet açık bir şekilde ifade etmiştir:

"Bir ara okurları düşlerin görünür içerikleri ile gizli düş düşünceleri arasındaki ayrıma alıştırmayı olağanüstü zor bulurdum. Bellekte saklanmış olduğu biçimiyle bazı yorumlanmamış düşlere dayanan tartışmalar ve karşı çıkışlar tekrar tekrar getirilir ve onları yorumlama gereksinimi göz ardı edilirdi. Ama şimdi çözümleyicilerin en azından görünür düşün yerine yorumun sağladığı düşünceleri geçirme konusunda uzlaştıkları şu anda çoğu eşit bir inatçılıkla yapıştıkları bir başka kargaşaya düşmekle suçlu hale geldiler. Düşlerin özünü onların gizli içeriklerinde aramaya çalışıyorlar ama bunu yaparken gizli düş düşünceleri ile düş-işlemi arasındaki ayrımı görmezden geliyorlar. Aslında düşler uyku durumu koşullarının olanak verdiği özel bir düşünme biçiminden başka bir şey değildir. Bu biçimi yaratan düş-işlemdir ve düş görenin özü –onun garip doğasının açıklaması- yalnızca odur" (s.155).

Tüm süreçlerden sonra Freud (1900) rüya içeriğinin gerçek hayattan türetildiğini, ancak gerçek hayatla özdeş olmadığını fark etmişti; bu nedenle rüya materyalleri (rüyanın manifest ve latent içeriği) arasında bir dönüşüm ve bağlantının olması gerektiğini öne sürmüştü. Bu bağlantıların rastgele olmadığını, daha ziyade kişinin bilinçdışı arzularıyla kısıtlandığını, öyle ki “bir rüya bir arzunun yerine getirilmesidir” olduğunu iddia etmiştir. Ayrıca “hoşnutsuz” rüyaların “hoş” rüyalardan daha yaygın görüldüğünü, dolayısıyla rüyaların gerçek amaçlarını gizleyebileceği hipotezini bulmuştur. Freud bu nedenle iki tür rüya tanımladı: açık rüya ve gizli rüya. Gizli rüyanın gerçek rüya olduğunu ve rüya yorumlamanın amacının onu ortaya çıkarmak olduğunu belirtmişti. Bu fikir üzerinde daha ayrıntılı olarak durmak için Freud, gizli rüyaların anlamını deşifre etmek için düş görenin ben’i tarafından kullanılan dört mekanizma önermektedir.

Yoğunlaştırma: Bu mekanizma birden çok isteği, duyguyu ya da itkiyi aşikâr bir düş görüntüsünde bir araya getirmektedir ve tek bir görünen rüya imgesine eklemektedir. Örneğin düşteki bir figür bir kişinin kel kafasına, bir başkasının sakalına ve üçüncü bir kişinin giyimine sahip olabilir. Böylece, bu üç farklı kişi ile ilişkili olan duygular kılık değiştirebilir ve ancak düşün üzerine psikoterapotik çalışma yoluyla görünür hale getirilebilmektedir (Gabbard, 2017).

Yer değiştirme: Bu mekanizma bir kişi ile ilişkili olan yoğunluk, düş görenin ben’i açısından daha kabul edilebilir olması için ayrı bir kişiye yönlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Freud, 1900). Örneğin düş gören terapist cinsel duygular beslemenin yasaklanmış olduğunu hissedebilir ve böylece bu duygular hastanın hayatındaki bir başka kişiye yer değiştirebilir.

Simgesel temsil: Bu kılık değiştirme yöntemi son derece yüklü olabilen karmaşık bir takım duyguları temsil etmek için basit, somut, duygusal birincinin kullanılması

olarak tanımlanmaktadır. Freud (1953), Örneğin bir çiçeğin, kadın cinsel organlarının sık görülen bir temsili olduğu vurgulanmaktadır. Bir evin içerisi, insanın zihninin içini resmedebilir. Bununla birlikte, çoğu düş simgesinin her düş gören tarafından kendisine özgü bir şekilde kullanıldığını vurgulayan Freud (1900), bilinçdışı anlam ancak hastanın malzeme ile ilgili çağrışımlarını dinlemekle ayırt edilebilmektedir. Süpermarketlerin kasalarına yakın yerlerde satılan yayınlardan bulunabileceği gibi, düş simgesine keyfi olarak anlam atfetmenin pek değeri olmadığı belirtilmektedir. Diğer yandan simgesel temsilin, parçanın bütünü temsil ettiği özel bir örneğine ise synecdoche (kapsamlama) denilmektedir.

İkincil düzeltme: Yer değiştirme, yoğunlaştırma, simgesel temsil mekanizmaların bilişsel etkinliğinin Freud'un (1953) birinci süreç dediği ilkel biçimi için ayırt edici bir özellik olduğu ifade edilmektedir. Ben'in daha gelişkin ve mantıklı yönleri, bu ilkel unsurları daha tutarlı bir çerçeve içinde örgütlemeye çalışmaktadır. İkincil düzeltme denen bu süreç, düş görenin, düşün akıldışı tuhaf bileşenlerini alıp düzelterek daha akılcı bir öykü haline getirme çabasında verilen ad olduğu vurgulanmaktadır. Düş gören uyanıp terapide düşü anlatmak için hatırlamaya ya da yazıya dökmeye başladıktan sonra da, düş gören düşün içeriğini daha tutarlı hale getirmeye çabalamaktadır. Bu yüzden psikoterapide anlatılan düş görülmüş düşten anlamlı oranda farklı olabilmektedir (Gabbard, 2017).

Freud'dan (1926) kökenini alan bir diğer önemli kavram da *gündüz kalıntısıdır*. Gün içinde meydana gelen herhangi bir olay, düş kılık değiştirmiş bir biçimde görünebilir. Düş anlaşılır ve yorumlanırken dinamik terapist genellikle hastayla işbirliği içinde gündüz kalıntısı unsurlarını aramaktadır (Gabbard, 2017).

2.4.2 Rüyaların İşlevleri

Düşlerin işlevleriyle ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır. Freud'a (1899/1996) göre rüyalar gizil istek ve itkilerin bilinçdışı mekanizmada kabul gören açık içeriklere dönüştürülmesiyle enerji boşalımı sağlar ve telafi edici bir işlev taşımaktadır. Ancak Jung, Freud'un bu telafi edici söylemine karşı çıkararak rüyaların yalnız telafi edici işlev görmediğini bunun yanında gündüz yaşantılardaki uyanık psikolojik sürecimizin tamamlayıcı işlevi de olduğunu savunmaktadır (Caperton, 2012; Craig ve Walsh, 1993; Geçtan, 2005). Wallace'e (2008) göre ise düş, hepimizdeki gece çılgınlığıdır; doyurulmayan arzuların düşlemsel olarak doyurulması ve gerilimlerin çözülmesiyle

gündüzleri sağlığını korumanıza yardım eden arıtıcı ve temizleyici bir işlev görür. Öte yandan bazı araştırmacılar düş görmenin uyum, öğrenme ve problem çözme işlevi gördüğünü, en açık rüyanın rüya görenin anlamlı sorunlarını ve bu sorunlarla başa çıkma girişimini temsil ettiğini vurgulamaktadır (Greenberg ve Pearlman, 1993; Delaney, 1997).

Franz (1950) her rüyanın, istekleri iç standartlar ve dış koşullarla tutarlı bir şekilde tatmin etme girişimi olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Buna rüyanın problem çözme işlevi denebilir. Çeşitli durumlar rüyaların farklı zihinsel sorunlara çözüm sunabileceğini göstermektedir. Örneğin; satrançtaki çeşitli matematiksel problemler ve bulmacalar rüyalarda defalarca çözüldüğünü ifade etmiştir. Hatta Barrett (2007) hayal kurmanın yaratıcı yönü, soruna yeni çözümler üretmek için bir tür beyin fırtınası olarak görülebileceğini vurgulamaktadır. Meddis (1977) ve Flanagan (2000) rüyaların saf bir epifenomenon olduğu ve iyi belgelenmiş uyku ve REM uykusu işlevlerine sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu bakış açısı, hayallerin, rastgele aktive edilmiş bellek parçalarından az çok tutarlı bir hikâyeyi bir araya getirme bilincinin çabalarını yansıttığını öne süren aktivasyon-sentez hipotezi ile uyumlu olmaktadır (Hobson ve McCarley, 1977).

Rüya içsel ve dışsal itkilerin aşırı yüklenmesini engelleyen bir sansürleme görevi görmekte ve işleme alınarak işlenecek anıları önceleme sırasına koyan ve bu anıları ayıklayan seçici bir süzgeç görevi görmektedir (Wegner, 1996). Ayrıca rüyaların duygu düzenleme ile ilişkili olduğundan söz edilmektedir. Bu işlev REM evresinde duygusal işleme sürecinde önemli rol oynayan amigdalanın diğer beyin bölgelerinin aksine aktiviteye devam etmesi ile açıklanmaktadır (Wilkenson, 2006). Rüyaların diğer bir işlevi ise, REM uykusunu ya da rüya aktifleşen geçmişe ait olan anıları bütünleştirmek ve uyarlamak amacıyla eşleştirmek ve depolamaktır (Palombo, 1978).

Bir rüyanın işlevi genel kanının aksine uykuyu bozmaktan ziyade kişinin uykusunu mükemmelleştirmektedir. Ayrıca rüya görenin iç uyaranlarla uyanmasını önlemektedir. Çünkü rüya bireyin içsel gerginliğini azaltma görevi görerek, baskıdan kaynaklanan gerilimi mümkün olduğunca az çatışmayla hafifletme girişiminde bulunmaktadır. Bu girişimler beraberinde başka girişimleri de getirir (Wilkenson, 2006). Örneğin; organizmanın susuzluk ve açlık gibi rahatsız edici uyaranlardan, hayatın vermediği ve tatmin edici olmayan arzulardan, yasadışı dileklerden ve akla veya suçluluk vicdanına baskı yapan hoş olmayan çatışmalardan koruma girişimi olduğu ifade

edilmektedir. Bunların yanında düşler, bireyin birçok biyolojik, fiziksel ve psikolojik ihtiyacını karşılar. Açlık, cinsellik ve susuzluk gibi temel fizyolojik ihtiyaçlar çok basit rüya türlerinde karşılanmaktadır. Aç ve susuz birey, yaz aylarında güzel bir tabak yemek yediğini veya bir bardak soğuk su içtiğini düşünde görebilir. Bu halüsinasyon deneyimi, bu tür ihtiyaçların geçici olarak tatmin edilmesine yol açar. Aynı şekilde, cinsel partnerinden uzun süre ayrılmış bir kişi, görünüşe göre onunla cinsel ilişkiye girdiğini hayal edebilir. Bütün bu düşler psikanalizde özellikle analistin bireyin bilinçdışı süreçlerini ortaya çıkarmasına yardımcı olmak için önemlidir. Analist hastayı rüyaları aracılığıyla bilinçsiz çatışmalarından haberdar etmeye çalışmaktadır. Bu nedenle rüyaların bilinçaltının kraliyet yolu olduğu ifade edilmiştir (Freud,1917).

Öte yandan Bilişsel sinirbilim ve zihin felsefesinden elde edilen kanıtlardan yararlanan Franklin ve Zyphur (2005), hayallerin sosyal becerilerle ilgili üst düzey bilişsel kapasitelerin geliştirilmesinde kondisyon artırıcı faydalar sağlayan genel sanal prova mekanizmalarını yansıttığına inanmaktadır. Bu görüşün, REM uykusu sırasında beynin sosyal bilgilerin işlenmesiyle ilgili bazı alanlarının (özellikle çatışma çözüme ve sosyal yargı) etkinleştirildiğini ve rüyaların içerik analizinin genellikle etkileşimde bulunan insanları içerdiğini gösteren ampirik bulgularla desteklendiğini savunmaktadır. Franklin ve Zyphur (2005) rüyalarındaki sosyal durumların prova edilmesinin, uyanık yaşamdaki kişilerarası çatışmaları ve çatışmaları çözme yeteneğini geliştirdiğine ve atalarımız için bu sürecin eşler ve yiyecek gibi sosyal bir gruptaki kaynaklara erişimi artırdığına inanmaktadır. Ayrıca rüyaların işlevi, bireylerin tehditlerle başa çıkma kapasitelerini ve sosyal ortamlarda başarılı bir şekilde etkileşim kurma kapasitelerini güçlendirebilecekleri bir “sanal gerçeklik” yaratmaktadır.

Hartman (2010)’a göre, rüya görme, bir zihinsel işleyiş biçimidir. Bir ucunda hayal ve fanteziden diğer ucunda hayal etmeye kadar uzanan zihinsel işlevlerin sürekliliğinin bir yansımasıdır. Rüya görme diğer sistemlerle bağlantıyı sağlayan, sürekliliği işleten bir yaratımdır. Çünkü hayal etmek her zaman yeni bağlantılar içermektedir. Bu bağlantılar hayalperestlerin duyguları tarafından yönlendirmektedir. Rüya, hayalperestin duygu veya duygusal kaygılarını resmetmektedir. Rüya, bireysel benliklerimizin temeli olan anlamlı bir duygusal hafıza sistemi oluşturmamıza ve yeniden inşa etmemize yardımcı olur. Bu birincil işlev, bir rüya hatırlansın ya da hatırlanmasın yine oluşur. Bir rüya hatırlandığında, daha geniş bağlantılar kurulur ve böylece birey

kendi bilgisini artırmada ve yeni içgörüler ve yaratımlar üretmede başarı sağlamış olmaktadır.

2.4.3 Rüyanın Tanı Koymadaki İşlevi ve Psikopatolojilerle İlişkisi

Dikkatli öykü alma ve zihinsel durum değerlendirmesi klinik değerlendirmenin temelini oluştursa da, rüya materyali hastanın psikodinamik ve tanısal durumu hakkında ek bilgi ve içgörü sağlayabilir. Örneğin, rüyalar, intihar, cinayet, ego dağılması ve psikoz davranışının erken uyarı sinyalleri olarak hizmet edebilir. En açık ve gizli içerik, bilinçli belirtiler ve davranışlar kafa karıştırıcı veya belirsiz görüldüğü zaman özel bir tanıya yol açabilir. Düş işi gizlemeyi yaparken yer değiştirme, yoğunlaştırma ve simgeleştirme gibi birincil süreç düzeneklerinden yararlanmaktadır. Hepsini tutarlı bir öyküye benzetecek şekilde birbirine katmaya çalışan ikincil işleme de gizlemenin hizmetinde çalışmaktadır. Düş işi başarılıysa, itki bir ölçüde doyum elde eder ve uyku bozulmadan sürmektedir. Başarılı olmasa ve gizli içerik çok açık şekilde kendisini göstermeye başlarsa, o zaman çeşitli tehlike durumlardan biri ortaya çıkar ve ego düş göreni iyi uyandıran anksiyeteyle yanıt verdiği ifade edilmektedir (Glucksman, 2001).

Düşler, hipnoz gibi, dinamik psikolojinin ilk yıllarında insanları bilinçdışı, simgesellik ve birincil sürece inandırmada büyük rol oynamaktadır. Çünkü düş, nörozun anlaşılması sağlar ve hastanın bilinç dışına götüren bir ışık hüzmeleri olduğu belirtilmektedir. Çoklu- belirlenim ve ruhsal nedensellik ya da anlamlılığa içtenlikle ikna etmenin, hastanın dinamiklerini daha hızlı bir şekilde gözden geçirmenin düşleri incelemekten daha iyi bir yolunun olmadığı vurgulanmaktadır. Özellikle zengin ve karmaşık bir tek düşün, hastanın ruhunun ve yaşamının her alanına ve her dönemine uzanan öyle kökleri vardır ki, gizli düşün bizzat hastanın kişiliği olduğunu söylemek yanlış olmayacağı ifade edilmektedir (Wallace, 2008).

Duygusal bir bozukluğun varlığı başlangıçta rüya içeriğinde ortaya çıkabilir. Tıbbi olarak hastalar, rüya görüntülerine yansıtıldığı gibi hastalıklarına bağlı umut, korku ve inançların anlaşılmasıyla daha bilinçli bir şekilde yönetilebilir ve tedavi edilebilir. Ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar için rüya malzemesi klinik iyileşme veya gerileme gösterebilir. Geçiş reaksiyonları bazen başlangıçta bilinçli ifadelerinden önceki rüyalarda sunulmaktadır. Aynı şekilde, karşıt transferans ilk olarak terapistin rüyasında belirginleşebilir ve kendisini tanımadığı duyguları ve hastaya karşı tutumları hakkında

bilgilendirmektedir. Terapötik etkilerin ve ısrarcı direncin altında yatan belirgin psikodinamikler de rüya materyalinde yansıtılabilir. Genellikle, önemli bir kararın ilk belirtisi, daha sağlıklı davranışa doğru değişiklik veya tedaviyi sonlandırmaya hazır olma rüyalarla belirtilebilir (Gabbard, 2017). Bunun yanında, uyuşmazlıkların çözümü ve sorunların çözümü sık sık rüyalarla izlenir. Böylece, rüyalar bütün klinik aktivite yelpazesinde faydalı bilgiler sağlar. Geniş anlamda, rüya psikodinamik olarak bilgilendirici bir araç olarak görülmektedir (Gabbard, 2017; Wallace, 2008). Ayrıca düşler tanı ve seyir açısından da önemli olabilirler. Kural olarak gizli ve açık düş içeriği arasında ne kadar çok mesafe varsa, düş gören o kadar sağlıklıdır ya da en azından egosu ve savunma yetenekleri o kadar güçlü olmaktadır. Gizli içeriğin beceriksizce saklanması daha önce bilinmeyen bir psikotik ya da prepsikotik durumu gösterebilmektedir (Wallace, 2008).

2.4.4 Rüyaların İçeriğinin/Temalarının Analizi

Bilindiği üzere Freud (1953) rüyaların içeriğini iki şekilde ele almıştır. Görünen/açık rüya (manifest dream) rüya, görenin hatırladığı biçimiyle rüyanın içeriği anlamına gelmektedir. Burada asıl espi, rüyaya eşlik eden duygu-durumu ve duygusal yaşantılar ile rüya içeriğinde olanlar üzerine yapılan her çeşit açıklama gelmektedir. French ve Fromm'un (1964) rüyanın bir problem çözme süreci olduğunu ifade eden çabaları; Fairbairn'in (1944) rüya içeriğinin nesne ilişkileri süreçleriyle ilgili olduğu savı; Kohut (1977)'un kendilik düzenlemesi düşüncesi; Erikson (1954)'nın bireysel yaşantılama ve ego modları arasındaki ilişki kurma tiplemesinin hepsi rüyada görünen/açık işlevlerdir. Rüneyi görenin uyku durumunu bölme tehdidi taşıyan bilinçdışı düşünce ve istekler ise gizil rüya içeriğini oluşturmaktadır. Freud (1900) bahsi geçen bu gizil içeriğin, açık/görünen içerik haline dönüştürülmesinde kullandığı bilinçdışı zihin fonksiyonlarına rüya çalışması adını vermektedir.

Freud, serbest çağrışım tekniği yoluyla hastanın aklına gelen her şeyi söylemesini ve böylece rüyanın görünen içeriğinden, içinde rüyanın bilinçdışı anlamını içeren latent içeriğe ulaşmayı hedeflemiştir. Freud, gizli anlamı ve rüyanın altında yatan gizli dürtüleri veya istekleri keşfetme çabalarını yoğunlaştırırken, çağdaş analistler daha çok açık görüntüye ve onun içindeki mecazi anlamlara odaklanmaktadır. Elbette, rüya imgesi Freud'un gözlemlediği gibi dürtüleri ve istekleri yansıtmaktadır. Ancak aynı zamanda çeşitli duygular, geçmiş deneyimler, son olaylar, savunma düzenekleri, kendi ve

başkalarının algıları, çatışmalar, problemler ve teşebbüsleri de içermektedir (Gabbard, 2017).

Kramer (1993)'e göre rüya içeriğinin uyanma ve uyku öncesi duygusal kaygılarla bağlantılı olduğunu ve ertesi sabahki rüya görenin ruh halini yansıtmaktadır. “Başarılı” bir gece rüyası, gece boyunca ilerleyen-sıralı duygusal problem çözmenin sonucudur. Bazıları rüya imgesinin rastgele ve anlamsız olduğunu iddia etseler de, araştırmacıların çoğunluğu, rüya içeriğinin önemli psikodinamik fonksiyonları ortaya çıkarttığını, stresli deneyimsel mekanizmaların rüya içeriğine dâhil edildiğine inanmaktadır (Koulack, 1993). Örneğin karabasanlar, tekrarlı rüyalar gibi korku ve tehdit edici rüyaların düşük düzeyde iyilik hali, nevroz, anksiyete, depresif ruh hali, genel psikopatolojik durumlar ve sıkıntılı yaşamla ilişkili olduğundan söz edilmektedir (Soffer-Dudek, Shalev, Shiber, ve Shahr, 2011). Bütün bu süreçler gösteriyor ki rüyaların içerikleri veya temaları kişinin uyanık yaşantılarından kesitler sunulmasının yanında bilinçdışı düşüncelerden de beslenmektedir. Bu durum da rüyaların içeriğini hem etkilemekte hem de yönlendirici olabilmektedir. Freud (1899/1996)'a göre, rüyanın içeriğini etkileyen etmenler şöyle sıralanabilir:

Gece meydana gelen duyusal uyarılar: Açlık, acı, susuzluk ve tuvalet ihtiyacı gibi fizyolojik gereksinimlerin rüyanın içeriğini etkileyebilir. Mesela, çok acıktığı için uykusu bölünmek üzere olan bir birey, uykusuna devam edebilmek için rüyasında, yatağından kalkıp mutfığa gidip hoşlandığı bir kap yemek yiyip tekrar yatağına geri döndüğünü görebilir. Bu durum ise rüyanın işlevlerinden biri olan uykuyu koruma işlevidir.

Günün arta kalan tortuları: Freud rüyaların bir önceki günün yaşantılarına dair duygu, zihin faaliyetleri ve zihinsel süreçlerden büyük oranda etkilendiğini düşünmekteydi. Önceki günden miras kalan ve ilk bakışta önemsiz ve zararsız gibi görünen ayrıntılar, erotik veya agresyon temalı bilinçdışı itki ve isteklerin şekil(kılık) değiştirmiş ifadeleri anlamak adına kullanılabilecek araçlar olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple, bir önceki günün arta kalan durumları rüyanın özündeki çocuksu itkileri bilince çıkartmakta kullanmaktadır. Freud (1900) bilinçaltında bulunan bastırılmış çocuksu isteklere bağlı olan sorunların, endişelerin, tatmin olmayan isteklerin gündüz deneyimi ('gün kalıntısı') nedeniyle hayallerin mümkün olduğunu ve böylece ilgili anıların ortaya çıkmasını tetiklediğini savunmuştur.

Bastırılmış çocuksu itkiler: rüya vasıtasıyla bilinçdışı çocukluk isteklerinin biçim değiştirmiş bir şekilde haza ulaştığı düşüncesini takip eden Freud (1953), rüya çalışmalarının ardındaki güdüleyici güçlerin hayatın bebeklik ve çocukluk yıllarından kalan dürtü ve istekler olduğu fikrine varmıştı. Bu bebeklik ve çocukluk dönemleri çoğunlukla gelişimin preödüpal ve ödüpal dönemlerinden kalmış; cinsel veya agresyon içerikli olan bu bastırılmış istekler, günün arta kalan kalıntıları ve gece uyaranları ile karıştırarak rüyanın temasını oluşturmuştur. Yani rüyanın belirleyicileri olarak kişilik gelişiminin önemi yadsınamaz büyüklükte olduğu vurgulanmaktadır. Terapist, danışanın geçmiş öyküsünü analiz ederken danışanın yaşadığı fiksasyonları ne kadar çok derinlemesine incelerse o oranda rüyayı analiz etme şansı artabilecektir. Çünkü Freud (1953) kişiliğin oluşumundaki aşamaların rüyaların belirlenmesinde büyük ölçüde önemli bir rol oynadığına inanmaktadır. Bu aşamalar:

Oral / Bağımlılık: Bu aşama, doğumdan 2 yaşına kadar süren ve çocuğun dünyayı ağızıyla keşfettiği bir döneme rast gelmektedir. Sigara içmek, yemek yemek ve içmek oral fiksasyon olarak görülmektedir. Tekrarlanan rüyalar, eksiklik hissi veya karşılanmayan ihtiyaçlar ortak temalardır.

Anal / Tuvalet Eğitimi: Bu ikinci aşamada çocuk bedensel işlevlerini kontrol etmeyi öğrenmektedir. Tuvalet eğitimi sağlıklı verilmez veya çocuk bu aşamada travmatize edilirse, anal retentif, kontrol edici veya katı olabilir. Çocuk ayrıca obsesif kompulsif davranışlar geliştirebilir. Kontrolden çıkma veya işleri düzenli tutmaya çalışma rüyaları yaygın olduğu ifade edilmektedir.

Fallik aşama: 3 ila 5 yaşları arasında, çocuk cinsel kimliğinin ayırdına varır. Kişilik bu aşamada tamamen gelişmiştir. Bu evre aynı zamanda ödipus ve electra kompleksleri olmak üzere iki evreye ayrılır. Ödipus erkek bir çocuğun annesine olan sevgisini temsil eder ve babasına yönelik korku/kıskançlık gelişmektedir. Electra ise, kız çocuğunun annesine öfke duyduğu ve "penis kıskançlığı" sergilediği kadın versiyonudur.

Gizil aşama: Bu aşamada gözlemlenebilir çok az yeni gelişme bulunmaktadır.

Genital aşama: Bu, 12 yaşından ergenliğin zirvesine kadar devam eder ve cinsel ilgi yeniden uyanma sürecine girmektedir. Freud için rüyanın asıl işlevinin bir isteğin yerine getirilmesidir. Yani iktidar, kontrol eksikliği ya da yetersiz sevgi sorunları, rüyalarda çözülmüş olarak ortaya çıkmaktadır.

Kendi kendini örgütlenme rüyası kuramı, bellek konsolidasyonu, duygu düzenleme ve dış uyaranların alınmasının rüya içeriğine katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir (Zhang, 2016). Bu nedenle, rüya içeriği rüya gören hakkında önemli bilgiler içerebilir. Örneğin, iki aşamalı bellek modeline göre (Stickgold ve Walker, 2005; Born ve Wilhelm, 2012), bir kişi uyurken bellek ayıklanması gereken bilgileri ayırır ve yeniden bilgi üretimi gerçekleştirir. Ayrıca, yeni kodlanmış anılar (Wamsley, 2014) ve bunlara karşılık gelen uzun süreli anılar (Lewis ve Durrant, 2011), aktive edilir ve sonra rüya içeriğinde kendisini gösterir. Bu perspektiften bakıldığında, yeni kodlanmış anılar, Freud (1900)'ün "günün kalıntıları" olarak adlandırdığı şeyle ilgili olduğu görülmektedir.

Çağdaş psikanalizde aktarım ve karşı aktarım rüyaları, hasta ve analist arasındaki bilinçdışı iletişime yansıyabileceğinden terapist, bu rüyalara dayanarak tedavide etkileşim sorunlarını (örn. Aktarım, direnç, karşı aktarım ve karşı direniş) daha iyi anlama ve süreci daha etkili yürütme şansına sahip olabilmektedir (Sirois, 2016; Ogden, 2017). Örneğin, Greenberg ve Pearlman (1999)'a göre, açık rüya içeriğinin rüya görenin sorunlarını nasıl aktarmaya ve çözmeye çalıştığı anlaşılırsa, bir rüyanın doğrudan amaç edindiğinin görülebileceğini savunmaktadırlar. Benzer şekilde Jennings (2007), rüyaların rüya görenin deneyimlerini, özelliklerini ve isteklerini doğrudan yansıtmaları bakımından apaçık olduğunu iddia etmiştir. Yani, hiçbir gizli çıkarım olmasa bile, rüyalar hala terapist ve hastanın terapötik süreci zenginleştirmek için birlikte çalışabileceği bir araç olabilir. Bununla birlikte, Freud bu malzemelerin nasıl bir araya geldiğine odaklandığında rüya yorumlama tekniği ortaya çıkmaktaydı.

2.4.5 Rüya Yorumu Tekniği

Freud (1899) rüyaları yorumlarken iki ana yöntem kullanmıştır; ilki, rüya içeriğini belli yönlerden benzer ve aynı zamanda daha anlamlı olan diğer bir içeriğe yerleştirmeye çalışan "*Simgesel Yorumlama*", diğeri ise rüya görenin rüyalarındaki her içerik veya temayı bireyin özgül özellikleri(kişilik özellikleri, bireysel deneyimleri) gibi belli bir anahtara göre açık/net anlamı olan başka bir işarete çevirmeye çalışan "*Şifre Çözme*" yöntemleridir. Bundan ötürü bazı rüyaları yorumlamak için *rüya sembollerine* ihtiyaç duyulur. Sembolizm, başka şey için dolaylı bir temsiliyet taşıdığından rüya çalışmasının önemli bir aracı olmaktadır. Çünkü rüyanın latent içeriğini manifest içeriğe dönüştürmek adına rüya sembolleri hakkında ciddi bir bilgiye sahip olunması gerekmektedir. Aksi takdirde, bir rüyayı analiz etmek zorlaşabilir. Semboller arasında bazıları var ki, daima aynı şeyi ifade etmektedir. Ancak unutmamak gerekir ki, ruhsal malzeme esnektir ve

canlıdır. Herhangi bir sembolün rüya içeriğinde bir başka şeyi değil bizzat kendisini temsil etmesi her zaman mümkün olduğu ifade edilmektedir (Freud, 1983).

Freud'a (1917) göre, rüya sembollerine dair bazı örnekler; tüm uzun nesneler, çubuklar, ağaç gövdeleri, şemsiyeler (ereksiyona benzer gerilmeden dolayı), direkler, sivri ve keskin silahlar, bıçaklar, hançerler erkek cinsel organını temsil eder. Küçük kutular, sandıklar, fincan tahtaları, fırınlar, sobalar, şömineler, boşluklar ve her türlü gemi kadın bedenine tekabül eder. Balık, salyangoz, kedi, zeplin, fare ve yılan erkek cinsel organının sembolleridir. Köprüler veya ormanlık dağ gibi hayallerdeki manzaraların çoğu cinsel organların tanımı olarak alınabilir. Küçük bir çocukla oynamak veya yenmek için mastürbasyon gösterebilir. Kastrasyonun sembolik temsili ise, rüya çalışmalarında kellik, saç kesimi, diş kaybı ya da kelle uçurmak gibi öğelerdir. Küçük hayvanlar ve haşere istenmeyen çocukların veya istenmeyen kardeşlerin temsilcileri olduğu belirtilmektedir (Freud,1953).

Özakkaş (2017), rüya sembollerinin incelenmesinde ortak bazı özelliklerinin olduğunu savunmaktadır. Bu özellikler;

Simgelerin evrensel özellikleri: her kültürün ve toplumun ortak anlamlar içeren figürler, bireylerin itki, duygu ve düşüncelerinin ortak simgeleri olabilmektedir. Bunların rüya ortaya çıkma şekli benzerlik taşımaktadır. Örneğin, aydınlığın-bolluğu, karanlığın-sıkıntıları, gizliliği ve korkuyu, güneşin-bereketi, toprağın-üretkenliği, yağmurun-vericiliği ve bereketi, yeşilliğin-dinginliği ve muradı simgelemesi gibi evrensel simgeler mevcuttur.

Kültürlere özgü simge dili: Hemen hemen her kültürün değer yargılarına ilişkin iyiliği, kötülüğü, sevinci, cinselliği ve şiddeti simgeleyen öğeler ve figürler vardır. Bu durumda bir bireyin rüyalarını doğru yorumlamak için bireyin içinde bulunduğu çevreyi de bilmek gerekmektedir. Örneğin, bir kültürde bir yabancıyı ağırlamak misafirperverliği simgelerken bir diğer kültürde başkalarından zarar görme ihtimalini simgeleyebilir.

Bireyin kişisel simgeleri: Bir rüyayı yorumlayabilme, rüyanın bilinçdışı içeriği ortaya çıkarabilme ve rüyanın şifrelerini çözebilmenin esas sırrı kişinin simgesel dünyasına girebilmekle mümkün olmaktadır. Her bir bireyin farklı bir simgesel dünyası olduğu varsayıldığından, bireyi tanımadan, bireyin içinde bulunduğu zamandaki süreci bilmeden ve aynı zamanda bireyin içsel dünyasını bilmeden bir rüyayı tam anlamıyla yorumlamak pek mümkün değildir. Örneğin, bireyin rüya gördüğü zaman sürecinde

etkilendiğine inanılan olaylar, izlediği filmler, izlediği filmde özdeşim kurduğu kahramanlar, okuduğu kitaplar çok iyi değerlendirilmelidir.

Rüya yorumlaması yapılırken sembollerin önemi kadar rüya içeriği temaları da rüya yorumlamada analiste destek olabilir. Rüya içeriği birçok nedenden ötürü ortaya çıktığı bilinmesinin yanı sıra birçok insan tarafından görülen bazı tipik rüya temaları olduğu kabul edilmektedir. Tipik temalar, tanım gereği, çok sayıda insan tarafından hayal edilmektedir. Bu sebeple tipik rüya temalarının yaygınlığını araştırmak için bazı içerik analitiği ve anket çalışmaları yapılmıştır (Maggiolini, Cagnin, Crippa, Persico ve Rizzi, 2010; Maggiolini, Lazzaroni ve Crippa, 2012; Mathes, Schredl ve Göritz, 2014; Yu, 2015a) ve “havada uçmak ya da yükselmek”, “kendisini ölü olarak görmek”, “düşmek”, “transparan giyinmek”, “sınavda başarısız olmak” ve “çıplak olmak” gibi temalar en yüksek frekansta olduğu görülmektedir. Bu temalar aslında daha önce Freud tarafından geliştirilen temalara benzer içeriktedir. Hatta Freud’un (1986) geliştirmiş olduğu tipik rüyalar teorisine göre farklı olarak birçok tema ve bu temaların oluşturduğu tipik rüyalar bulunmaktadır. Utandıran çıplaklık rüyaları, sevdiğimiz insanların öldüğü rüyalar, sınav rüyaları, çocuklarda kastrasyon rüyaları örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca Busink ve Kuiken (1996) ve Kuiken ve Sikora (1993) etkili olduğu düşünülen üç ana tipte rüya tanımladılar; 1. Kabuslar (kaygı, korku, zarardan kaçınma, işitsel anormallikler, fiziksel metamorfozlar ve aşırı uyarılma); 2. Varoluşsal rüyalar (üzüntü ve umutsuzluk, ayrılık, inhibisyon (yorgunluk), duygusal değişimler) ve 3. Aşkın rüyalar(kabaca tarif edilen arketipik rüyalar ile eşdeğer). Bunların dışında birçok rüya çeşidi sayılabilir fakat belki de en önemli olanlardan biri de tekrarlayan rüyalar olmaktadır (Klein, 1928).

Fosshage (1997)’a göre, bir rüyayı yorumlamak veya anlamının açığa çıkarılması sürecinde danışanla rüya analistinin birlikte çalışması gerektiğini savunmakta ve rüyalardan mümkün olan en iyi ölçüde yararlanmak ve danışanla beraber yorumlamak için beş analitik prensip önermektedir.

İlk prensip, danışanın rüyasında yaşadığı durumu çok dikkatli dinlemek ve anlamaya çalışmaktır.

İkinci prensip, analitik sorgulamadır. Burada danışanın gördüğü rüyanın içeriğini durdurma hedeflenmiştir. Danışan rüyasında gördüğü şeyleri şimdi oluyormuş gibi yaşadığı gerçeği beraberinde birçok malzemeyi bize vermektedir. Örneğin “Rüyada bunları yaşıyorken ne hissediyordun?”, “O anda yaşadığın şey neydi?” gibi sorular

sorabiliriz. Sorulan sorular, danışanın rüyayla tekrar bağlantı kurmasını ve rüyada hissettiklerini hatırlamasını sağlamaktadır. Aynı zamanda hatırlanan her bilgi bize rüyanın içeriği ve temalarıyla ilgili daha derinlemesine analiz etme fırsatı vermektedir.

Üçüncü prensip rüyaların örgütlenme sürecidir. Rüyalar bütünleştirici ve sentezleyici zihinsel faaliyetler olarak değerlendirildiğinde, danışanın kurduğu bağlantılar, içeriğin danışanda uyandırdığı çağrışımlar ve verilen detaylar analist tarafından kullanılarak belli bir *imgenin rüya bağlamı içindeki* anlamını ortaya çıkartmak adına önemli bir malzeme sunmaktadır.

Dördüncü prensip, rüya senaryosunun belirlenmesidir. Kendiliğin duygu yüklü olması, diğeri, kendilik-diğeri imgeleri ve ilişkisel senaryolar tespit edilir ve böylece rüyadaki hikaye netleşir, netleşen hikaye ile birlikte danışanın içsel mücadeleleri ve istekleri ortaya çıkmaktadır.

Beşinci prensip ise, rüya içeriğinde bir analist ya da analisti net bir şekilde temsil eden biri görülmediği veya danışan gördüğü şeyi analistle bağlantılandıramadığı sürece, kesin şekilde rüya içeriğinin problemleri bir aktarım dinamiğiyle bağlantılı olduğunu düşünmemektir. Rüya yorumlaması yapılırken ilk önce ilişkisel örüntüler ortaya çıkartılmalı, sonraki adımda danışanın gerçek yaşamıyla bağlantılandırılmalıdır. Analist, danışanın ilişkisel örüntülerine dikkat çeker ve aynı örüntünün analitik ilişkide de deneyimlendiğini fark ederse, danışan bu ilişkisel örüntüyü ifade etmemiş olsa bile, örneğin “Acaba bunu burada da yaşıyor musun?” gibi bir soruyla ön plana çekebilir. Böylece aktarım, rüya içeriğindeki imgeler yorumlanmadan ele alınabilir. Bu durumda ise danışanın analitik ilişki dışındaki deneyimlediklerine de doyurucu bir anlam atfetmiş olmaktadır.

Freud (1996), rüya görenin kendisinde bilmediği bir bilginin var olduğu ve bireyin kendisine dair olan bu bilgiyi ortaya çıkarmanın yöntemi ise ruh yaşamına ilişkin yorumlama olduğunu söylemektedir. Rüyanın ilgi çekmesinin temel nedeni ruhsal bir fenomen olmasıdır. Yani rüya görenin, gördüğü rüya ile ilgili bilgi sahibi olması, rüyanın kaynağının ne olduğu, nereden çıkıp geldiği ruh durumu için değerli bir bilgi olduğu belirtilmektedir (Freud, 1953). Hatta Morewedge ve Norton (2009), İnsanlar herhangi bir rüyanın anlamlılığını yorumlama isteği, rüyanın kendi inanç ve arzularına ne kadar uyduğu, bu rüyanın yorumu bireyin günlük yaşamını ne ölçüde etkilediği ile ilgili olduğunu söylemektedirler. Bu durum aslında bireyin kendi ihtiyaçlarına cevap arama

arayışı ve aynı zamanda kendi varlığına dair merakını da gidermenin yolu olduğu söylenebilir. Bu durum rüya yorumlamanın ne kadar zorlu bir süreç olduğunu bize göstermektedir. Konuyla ilgili Delaney (1997), rüyayı yorumlamak, tıpkı yabancı bir dili konuşmak veya okumak kadar zor olduğunu söylemektedir. Rüyanın dilini öğrenmek, rüyanın içindeki gizil bilgiyi ortaya çıkarmaktır; çünkü rüyalar uyanık durumda kullanılan dili konuşmaz aksine reel olan bir bilgiyi gizleyen bir dille konuşurlar.

Rüyalar, tanısal değerlendirmeye, psikodinamik formülasyona, klinik değişimin değerlendirilmesine ve tıbbi olarak hastalara yardımcı olmak için çeşitli klinik ortamlarda kullanılabilir. Rüya, aktarımın, direnişin, yaklaşmakta olan krizin, oyunculuğun, çatışmaların çözülmesinin ve karar vermenin ilk göstergesi olarak hizmet verebilir. Rüyaların klinik olarak işlevsel bir şekilde sınıflandırılması, psikopatoloji, psikodinamik, kişilik yapısı ve psikoterapötik sürecin çeşitli bileşenlerinin anlaşılmasını kolaylaştırabilir. Bu nedenle Özakkaş ve Çorak (2014) ve Wallace (2008) bir rüyanın analizinde dikkat edilmesi gereken özellikleri şu şekilde sıralamaktadırlar: Hasta terapistte bir düş getirdiğinde, özellikle ondan hemen önceki konuşma konusunu akıldan tutmak faydalı olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü bunlar arasında bilinçdışı çağrışımsal bağlar olmaktadır. Hastanın duygulanım durumuna ve anlatım tarzına da dikkat edin; huzursuz, üzgün, öfkeli, telaşlı, duraksamalı, vb. olup olmadığına bakmak, kendi düşünü yorumlamaya çalışarak yanıt verirse, “yorumlamasını” değil, “kendisini çağrışımlara bırakmasını” söylediğinizi belirtilmelidir. Kendini çağrışımlara bırakmak, zihnin gerçekten gevşemesinin sonucudur ve psişenin daha derin düzeylerinden gelmektedir; yorumlama ise, ego kabuğunun bir yerlerinden gelen entellektüel bir egzersizdir, hasta için en önemli olan ya da en açık gibi gelen düşün her bölümünü veya ögesini seçip bunu çağrışıma sokmasını, giderek düşün kalanına doğru ilerlemesini isteyebilirsiniz. En iyi şekilde anlamaya çalıştığınız bir düşü bırakmadan önce hastadan, uyanınca ve düşü anımsayınca kendisini nasıl hissettiğini; bunun onu uykudan eden bir karabasan olup olmadığını ve ona ilişkin ilk çağrışımları sorulmalıdır denilmektedir. Çağrışım sırasında gündüzün kalıntılarına ilişkin size iyi bir fikir vermemişse, önceki günün olayları ve işleri sorulmalıdır. Ayrıca, düşteki bazı figürlerin kimliğini aydınlatmaya yönelik çaba göstermediyse, özel olarak “X’ in kim olduğunu düşünüyorsunuz?” ya da “X’ in herhangi biri olduğunu düşünüyor musunuz?” diye sorabilirsiniz.

Freud (1926) travmatik bir durumu, içsel ya da dışsal kökenli bir uyarımın birikmesine bağlı olarak benliğin yüz yüze geldiği çaresizlik deneyimi olarak

tanımlamıştı. Garma (1946), rüyaların kökenine ilişkin bir incelemesinde travmatik durumun etkisini tartışır ve bilinçdışı bir arzunun doyurulmasına istisna oluşturacak örneklerden söz etmektedir. Buna dair ilk örnek savaş yıllarında rastlanan rüyalarlardır. Bu rüyalarda, travma esnasında yaşanan hoş olmayan, acı verici durumlar tekdüze bir şekilde üretilmektedir. Travmatik durumun yeniden üretildiği bu tip rüyalarda, varsanısal arzu tatmini eşlik etmektedir. Bir başka örnek ise, ruhsal gelişim üzerinde travmatik etki yaratan, çocukluk döneminde yaşanan deneyimlerin tekrar üretildiği rüyalarlardır. Bu nedenle düşlerimizin açık içeriğinden ya da anlattıkları öyküden, travmatik yas işinin izini sürebiliriz. Bu türden düşler tipik olarak, keder işinin öğelerini taşımaktadır: Geride bırakılmaya karşı öfke, yeniden birleşme arzusu, ilişkinin dinamiklerinin yeniden oynanması şeklinde oluşmaktadır.

Anna Freud (1936), yası tamamlama isteğimiz ile bunu ölmüş kişiye sadakatsizlik olarak duyumsamamız yüzünden ortaya çıkan suçluluk arasında sıkışıp kaldığımız noktada görülen düşleri tanımlamıştır. Bu düşlerde, ölmüş kişinin yalnızlık terk edilmişlikten yakınırken görülebileceğini söylemektedir. Bazen ölmüş olan kişi kılık değiştirmiştir fakat düşü görenin kendisini tanıması için çabalamaktadır.

Domhoff'a (2000) göre, travmatik düşler, savaşın ardından ölen askerler, doğal afetlere uğrayan afetzedeler, korkunç kazalara karışmış kazazedeler, tecavüze uğramış veya saldırıya uğramış kişiler tarafından yaşanmaktadır. Travmatik rüyalar acı çeken insanlar genellikle uyuma fikrinden korkarlar. Çünkü travmatik düşler birey üzerinde ezici ve çarpıcı etki yaratmaktadır. Örneğin, kâbuslu rüyalar, uykudan sürekli uyanmalar bu hastalığın en önemli belirtileridir ve tekrarlanan korkulu rüyalar durumu daha da uzatmaktadır. Yanan bir araba kazasında veya ateşli bir silahla vurularak yaşamını yitiren bir bireyin canlı görüntüleri kurtulan kişinin sürekli zihninde canlanır. Bu görüntüler tipik olarak, kurtulan kişinin ölümcül olaya tanık olmadığı durumlarda bile, rüyalarda veya kâbusların bir parçası olarak geri dönmektedir.

Travmatik yasta genellikle kısa bir süre için görülen türde düşler, bitmeyen yasta yaşam boyu devam etmektedir. Volkan ve Zintl'e (2008) göre bu kişilerin düşlerinde genellikle üç ortak tema vardır.

Birincisi, hareket edememe duygusunu yansıtır ve birbiri ardına gelen cansız tabloları oluşturur. *Hastalarımın biri, düşünde çerçeve içinde bir ağaç resmi görmüştü. Tanımlamasını istediğimde, ağacın, içinde tuttuğu ve saplandığı kedere uygun*

olarak salkım söğüt (İngilizcede ağlayan söğüt olarak geçer) olduğu ortaya çıktı. Başka bir hastam düşlerini, dilimlenmiş ekmeğin paketten dökülmesine benzetmişti.

İkinci tür düşler, yitirilenin geri getirilebileceği yanılmasını doğrudan yansıtır. *Bir ceset tabutun içinde boncuk boncuk terlemektedir ya da uzun süre önce gömülmüş olan bir ölünün bedeni bozulmamıştır.* Bu tür düşler, ölü bir kişinin aslında canlı olduğu duygusunu yansıtmaktadır. Bu düşler aynı zamanda yas tutan kişinin zıt duygularını da yansıtmaktadır. Yaslarını tamamlayabilmek için ölünün ölü kalmasını isterler, ancak ölmüş olan kişi yaşamaya devam etmektedir.

Üçüncü tür düşlerde, yitirilen kişinin tehlikede olduğu ya da ölüm kalım savaşı verdiği görülmektedir. *Hastam Bill, düşünde kendisini sık sık babasını yanan bir arabadan çekip çıkarmaya çalışırken görüyordu. Düş kaçınılmaz olarak kurtarma tamamlanamadan sona eriyordu. Bill sıkıntı içinde uyanıyordu ve bir kez daha yitimini çözümleyemedi kalıyordu.*

2.5 Travmatik Yas ve Kişilik

Yas tepkisinde bir etken olarak kişilik, ilk teoriler olan Bowlby (1969) ve Parkes (1972) tarafından ele alınmış, her ikisi de kişiliği daha yoğun veya belirgin bir yas tepkisine yol açabilecek olası bir faktör veya belirleyici olarak görmüştür. Son yirmi yılda, yas tepkisinde kişiliğin rolüne dair birçok çalışma yapılmıştır ve bu çalışmaların çoğu özellik faktör psikolojisine ve kişilik bozukluklarının patolojik boyutlarına odaklanmaktadır (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2008; Corr, Nabe ve Corr, 2006).

Kişilik, bireye özgü kalıcı düşünceler, hisler ve duygulardır. Kişilik birçok şekilde tanımlanabilir, ancak kişiliği en iyi tanımlayan modellerden birisi de beş faktörlü modeldir. Bu modelde kişilik; nevrotiklik, sorumluluk, dışa dönüklük, uyumluluk ve deneyime açıklık şeklinde ele alınmaktadır (Lodi-Smith vd.,2011). Araştırmalar, kişilik özelliklerinin yaşlı bireylerin yas sürecini daha yoğun yaşamalarına neden olduğu, özellikle nevrotik kişilik özelliğine sahip annelerin yası daha yoğun yaşadıklarını bildirmektedir (Robinson ve Marwit, 2006).

Etkili yas tutmanın gerçekleşebilmesi için nispeten olgun ve adaptif ego yapılarının gerekli olduğu ve bu durumun nevrotik gibi daha az uyumlu özellikler taşıyan bireyler açısından yas tutmada daha riskli komplikasyonlar taşıdıkları tespit edilmiştir (Meuser ve Marwit, 2000). Kaygı, güvensizlik ve duygusallığın kayıptan sonra daha yüksek düzeyde sıkıntı ve depresyonu olan bireylerin MMPI profillerini karakterize

ettiğini göstermiştir (Sanders,1980). Dahası duyguyu değiştirme gibi nevrotiklik ile ilgili kişilik özellikleri, özdenetim eksiklikleri olarak kavramsallaştırılmış ve travmatik yas tepkilerine karşı savunmasızlık ile ilişkilendirilmiştir (Prigerson vd.,1997).

Histerik ve obsesif kişilik stillerine sahip bireyler, kaybın yanlış anlamlandırılması nedeniyle travmatik yasa karşı daha savunmasızdırlar. Özellikle histerik kişilik yapılanması geliştiren bireylerin algıları, anıları, fantezileri ve duygularının anlamları yüzeysel varsayımlara dayandığından daha fazla savunma düzenekleri kullandıkları tespit edilmiştir (Horowitz,1999; Shapiro,1999). Obsesif kompulsif kişilik örüntüsüne sahip bireyler, yakın kayıp olması durumunda, kaybı kabullenmeme ve yaşadıkları psikik acıyla boğulmuş olmaları nedeniyle travmatik yası yönetme konusunda ciddi sıkıntılar yaşadıkları ifade edilmiştir (McWilliams, 2010). Benzer şekilde Abraham (1921) ve Freud (1919), travmatik bir olayın narsistlerin kendilerinin güçlü ve herhangi bir stres veya tehlikeye karşı dirençli imajını tehdit edeceğini kavramsallaştırmışlardır.

İnsanların hayata dair tercihleri, davranış stilleri, duyguları, olaylara ve olgulara gösterdiği reaksiyonlar, dünyayı algılama ve anlama biçimi, yetenekleri ve performans gösterme şekilleri hep birbirinden farklı olabilmektedir. Bu farklılıklar çoğu zaman bireyin kişiliği ve onun özellikleri bağlamında ortaya çıkmaktadır. Benzer bir olaya iki kişinin iki farklı biçimde tepki göstermesinin temelinde de kişiliğin yattığı söylenebilir. Kişilik, bireyleri sürekli olarak belirli şekillerde düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya iten; uzun bir süre önce bireyde yer edinen kişilik içi süreçler ve tutarlı davranış kalıpları olarak tanımlanabilir. Her insanın kendine has kalıcı, uzun süreli özellikleri ve diğer bireylerle ve çevrelerindeki dünyayla etkileşime girme stili vardır. Kişiliğimiz bizi benzersiz bireyler yapan şeydir. Kişilik kavramı kökenini eski Yunancadaki “*Persona*” kelimesinden alır. *Persona* maske anlamına gelmektedir. Eski Yunan tiyatrosunda aktörler belli kimlikleri canlandırırken, kimlikleri temsil eden maskeler takarak oynarlardı. Gösteri sanatlarındaki bu yöntem, hemen her kültür ve toplumda kullanıldıkça oyuncuların belli kişilikleri yansıtmalarını sağlamıştır. Bir *maske* kişinin kimliğini gizlemek için giyilmekte ancak tiyatro maskesi belli bir karakterin kişilik özelliğini temsil etmek ve yansıtmak için kullanıldığı bilinmektedir. İsviçreli psikiyatrist Carl Jung (1953) kişiliği “bir yandan diğerleri üzerinde kesin bir izlenim yaratmak için, diğer yandan bireyin gerçek doğasını gizlemek için tasarlanmış bir tür *maske* olarak tanımlamıştır. Magnavita (2002) ise kişilik, bireyin dünyayı düşünme, hissetme, algılama ve ona

reaksiyon göstermesinin alışkın olma yoludur. Farklı kuramcılar kendilerine özgü felsefeleri çerçevesinde kişiliği açıklamaya yönelik farklı görüşler ortaya attılar. Bu durum ise kişilik gelişiminin temel varsayımının ne olduğuna dair zihinlerde soru işaretleri oluşturmayı sağlamaktadır.

Freud (1917) ruhsal hastalıkların sağaltımını gerçekleştirmek için psikanaliz olarak bilinen bir terapi yöntemi geliştirdi. Topoğrafik ve yapısal kişilik kuramı olarak adlandırılan kuramlarıyla kişilik ve bilincin yapısıyla ilgili detaylı görüşler ileri sürdü. Topoğrafik kişilik kuramı, bireyin bilişsel aktiviteleri ile ilgili olup, insanın davranışlarının bilinçten (gerçekliğin savunma gereksinimlerini temsil eden) ziyade, bilinçdışı(dürtülerin çalkantılı güçlerini barındıran) materyallerle ilişkili olduğunu vurguladı. Freud (1953) birey içinden geldiği gibi tatmin etmek istediği arzuların, isteklerin, duyguların, dürtülerin ve birey için çatışma kaynağı yaratabilecek yaşantıların bilinçdışında yer edindiğini ve bilinçdışındaki bu materyalin devamlı olarak bireyin davranışlarını etkilediğini ileri sürmüştür. Buna göre terapideki amaç da, bilinçdışında barınan materyali bilince getirebilmektir.

Freud (1917) bazı hastalarında farklı davranış örüntüleri gözlemiş ve bu davranışların nedenlerini açıklamak için topoğrafik kuramın yeterli olmadığını fark etmiştir. Bundan dolayı kişiliğin örgütlenmesini incelemeye yönelmiş ve yapısal kişilik modeli denilen yeni bir kişilik modeli daha geliştirmiştir. Model kişiliği, ruhsal bir aygıt ve benlik dizgesi olarak yorumlamıştır.

Freud'e göre kişilik bir ruhsal aygıttır ve id, ego, süper ego olmak üzere üç temel benlik dizgesinden oluşmuştur. İd, kişiliğin biyolojik temelini oluşturur, kişiliğin orijinal çekirdeğidir. Tüm kişilik için psişik enerjinin yani libidinal enerjinin temel kaynağıdır. Ancak ilkel ve düzensizdir (Freud, 1933) Dış dünya ile temas halinde olmadığı için deneyimlerce değiştirilemez denilmektedir (Özakkaş, 2012). Hedefi, gerginliği azaltmak, zevki artırmaktır. Mutlak bir güce ve otoriteye sahip olan bu kimlik, ego tarafından bu gücü ve otoriteyi nasıl ve nerede kullanacağını söyleyen kör bir krala benzetilebilir (Brandell, 2004). Ego ise, ruhsal aygıtın dış gerçeklikle temas eden parçası olduğu belirtilmektedir (Prochaska ve Norcross, 2018).

Ego Freud'un gerçeklik ilkesi olarak adlandırdığı şeye göre işlev görürken, başlangıçta id'den gelişir. Kimlik zevk ilkesine göre çalışır. Çünkü bebek, id'in tekrarlanan taleplerine hizmet etmek ve yatıştırmak için uğraşırken kendi kimliğinin

farkına varır. Ego, bir ağacın kabuğu gibi, id'i korur, ancak ondan da enerji alır. Ego kişiliğin sağlığını, güvenliğini ve akıl sağlığını sağlama görevine sahiptir (Freud, 1940). Başlıca özellikleri, dış olayların farkına varır, onları geçmiş olaylarla ilişkilendirir, daha sonra etkinlik yoluyla ya durumu önler, buna adapte olur ya da dış dünyayı daha güvenli veya daha rahat hale getirmek için değiştirir. "İç olaylar" ile başa çıkmak için, memnuniyetin sağlanmasına izin verilip verilmeyeceğine karar vererek, bu memnuniyeti dış dünyada uygun zaman ve koşullara erteleyerek veya uyarılarını bastırarak "dürtülerin talepleri üzerinde kontrol sahibi olmaya çalıştığı ifade edilmektedir (Fadiman ve Frager, 2012). Dahası egonun işlevi ile ilgili Freud'un yapısal bakışın kapsamını genişleten Anna Freud (1974), çocuklukta egonun işlevini yerine getiren savunma mekanizmalarını tanımlamış ve her bir savunma mekanizmasının temelini psiko-cinsel gelişim basamaklarıyla ilişkilendirerek' gelişim çizgileri 'kavramını ortaya atmıştır. Böylece psikanalitik fikir temelinde, çocuğun gelişiminin gelişimsel normlar çerçevesinde sağlıklı bir şekilde ilerleyip ilerlemediği tespit edilmiş olur. Sonuç olarak çocuğun kişiliğinin sınırları tanımlanmış ve gelişimsel diziler ortaya konulmuştur. Süper ego ise kişilik yapısının son kısmıdır. Süper ego, egonun faaliyetleri ve düşünceleri üzerinde hâkim veya sansür görevi görür. Ahlaki kodların, davranış standartlarının ve kişilik için engelleri oluşturan yapıların deposu olduğu ifade edilmiştir (Freud, 1933).

Freud (1907), süper egonun; vicdan, kendini gözlemleme ve ideallerin oluşumu olmak üzere üç işlevinin olduğunu vurgulamıştır. Vicdan, bilinçli etkinlikleri kısıtlamak, yasaklamak veya yargılamak için hareket eder, ama aynı zamanda bilinçsiz olarak hareket eder. Bilinçdışı kısıtlamalar dolaylıdır, zorlama veya yasak olarak ortaya çıkar. "Hasta... sanki hiçbir şey bilmediği hissine hâkim olmuş gibi davranır. Süper ego bireyin ahlaki kodunu geliştirir, detaylandırır ve korur. "Bir çocuğun süper egosu ebeveynlerin süper egosundan oluşur; çocuğun süper egosunun yapısı ile ebeveynin süper egosu aynı içeriğe sahiptir ve böylece nesilden nesile aktarımı sağlanmış olur (Freud, 1933). Bu nedenle çocuk, sadece her durumda gerçek kısıtlamaları değil, aynı zamanda ebeveynlerin ahlaki görüşlerini de öğrenir.

Freud (1917), insanların yaşamlarındaki düzenleme prensibinin merkezi için; "Kişilikteki haz alma dürtüsü ve kontrol arasındaki çatışmadır" düşüncesini savunmuştur. Ona göre, yaşamın evreleri, öncelikli olarak çocuğun libidosu ya da cinsellik dürtüsü vücudun oral, anal ve fallik bölgeleriyle bağlantılıydı. Bu evrelerin her

birinde yaşanan deneyim farklılıkları, belirgin özelliklerin ortaya çıkmasında ve bunun sonucunda meydana gelen kişiliklerin oluşmasında kritik rol oynadığı ifade edilmiştir (Freud, 1917). Çünkü yaşamın ilk 18 ayında, bebeğin cinsel arzularının merkezi oral bölgesidir. Bebeğin en çok keyif aldığı şey, göğüs gibi tatmin edici bir nesneyi emmektir. Bu oral cinsel ihtiyaçlar çok yoğun olduğu için acil tatmin edilme ihtiyacı hissettirir. İhtiyacın ebeveynler tarafından ne şekilde karşılık verdiği (hemen ya da erteleyici) bireyin kişiliği üzerinde belirli bir iz bırakabilir. Ebeveynin çocuğu yoksun bırakması ya da çok şımartılması, çocuğun kişiliğinin gelişmesinde, oral evreden sonraki evrelere doğru olgunlaşmasını zorlaştırabilir denilmektedir (Magnavita, 2002). Oral evredeki saplantılar; tırnak yeme, sigara içme ya da oburluk gibi davranışlar daha sonraki yaşantıda oral karakter ile sonuçlanabilir (Maddi, 1996). Oral kişilik pesimistlik/optimistlik, şüphecilik/safılık, öz saygı eksikliği/ aşırı güven duygusu gibi çift kutuplu özellikler taşıdığı belirtilmektedir (Abraham, 1927; Prochaska ve Norcross, 2018).

Çocuk büyüdüğü, yeni gerilim ve memnuniyet alanları fark edilir hale gelir. 1 ve 3 yaşları arasında, çocuklar genellikle anal sfinkterlerini ve mesanelerini kontrol etmeyi öğrenirler. Çocuk idrara çıkma ve dışkılamaya özellikle dikkat eder. Tuvalet eğitimi, kendisini keşfetme çabasında olan çocukta doğal bir ilgi uyandırır. Fizyolojik kontroldeki artış, bu kontrolün yeni bir zevk kaynağı olduğunun farkına varılır. Aynı zamanda anal evredeki çocuklar, anüs veya anüsten gelen maddelerle oynama dürtülerinin, toplumun temiz kurallarıyla olan çatışmasını öğrenmeye başlar. Anüsün serbest bırakılma zevki bile ebeveynlerin bağırsak kontrolü kuralına bağlıdır. Bu kural ihlal edildiğinde ebeveynlerin çocuk üzerindeki baskısı artar ve çocukta anal kişilik gelişmeye başlar. Böylece paraya (pintilik), duygularına (ketumluk) ve kendi yöntemlerine (inatçılık) sıkıca tutunurlar ve onları bırakmazlar. Bununla birlikte anal evrede yaşan çatışmalar ve oluşan fiksasyonlar; pintilik/savurganlık, dik kafalılık/yumuşak başlılık, dakiklik/geç kalma gibi çift yönlü karakter özelliklerinin oluşmasına sebep olabileceği belirtilmektedir (Fadiman ve Frager, 2012; Freud, 1915; Prochaska ve Norcross, 2018).

Anal evreden sonraki evre olan fallik evre, kişilik gelişiminde özellikle kritiktir, çünkü bu dönemde, çocuk olgun ve entegre bir kimlikle sonuçlanan Oidipus çatışmasını deneyimler (Brandell, 2004). Oidipus çatışması sırasında, çocuk olağan biçimde karşı cins ebeveyninin tek sevgi nesnesi olmayı arzularken, rakip olarak görülen aynı cinsiyetten ebeveynleri ortadan kaldırmak ister. Bu ambivalansı çözerken, çocuk iğdiş edilme anksiyetesi, babanın çocuğun genital organlarına saldırarak misillemede

bulunabileceğinden karşı cins ebeveyn ile özel bir aşk ilişkisi arzusunu ortadan kaldırır ve aynı cinsiyetten ebeveynle özdeşleşir. Kardeşler gibi ebeveynler dışındaki aile üyeleri, aile dinamiklerine ve yapılandırmalarına bağlı olarak arzu nesnesi haline gelebileceği ifade edilmektedir (Brandell, 2004; Gabbard, 2017). Kritik sorun ebeveynlerin, çocuklarının genital arzularına nasıl tepki verdikleridir. Aşırı hoşgörölü veya reddedici davranış sergilemek çocuğun bu evrede takılıp kalmasına ve kendisini üstün görme/kendinden nefret etme, cilvelenme/utangaç olma, sosyallık/asosyallık gibi çift yönlü kişilik özelliklerinin yaşanmasına neden olabilmektedir (Prochaska ve Norcross, 2018). Öte yandan Freud'un psikoseksüel gelişim evrelerinden *latent evre*'de herhangi bir kişilik gelişimine rastlanmazken, biyolojik ve psikolojik gelişimin son evresi olan genital evre, ergenliğin başlaması ve bunun sonucu olarak libidinal enerjinin cinsel organlara dönüşü ile ortaya çıkar. Artık erkekler ve kızlar cinsel kimliklerinin ayırdına varıp erotik ve kişiler arası ihtiyaçlarını karşılamının yollarını aramaya başlıyorlar. Freud, eşcinselliğin, bu aşamada, sağlıklı cinsel gelişim çeşitlerinin çağdaş anlayışına rağmen, yeterli gelişme eksikliği, bazıları tarafından hala dile getirilen bir pozisyonundan kaynaklandığına inanıyordu (Fadiman ve Frager, 2012).

Freud (1923/1961) yapısal kişilik teorisinde egoyu id'e nispeten daha zayıf kavramsallaştırmıştır. Freud'un klasik psikanalizinde ide, özellikle cinsellik ve saldırganlık ikiz içgüdülerine ve ego ile süper egonun idin taleplerine nasıl cevap verdiğine odaklanıldı. Ancak ego psikolojisi teorisyenleri bu durumu *ego için* çok sınırlı buldukları, egonun daha fazla ilgiyi hak ettiğini, birçok işlevi yerine getirdiğini belirtmişlerdir (Schamess, 2002). Böylece teorisyenler Freud'un çalışmalarına dayanarak egonun rolünü; yargılama, gerçekliği test etme, dürtü kontrolünü, daha olgun savunma mekanizmalarını kullanma, düşünce süreçleri, iç ve dış uyaranları regülasyonunu sağlama ve benlik saygısını yükseltme üzerine yeniden düzenlediler (Goldstein, 1995; Larsen ve Buss, 2017). Egonun işlevi üzerine yeniden düzenlemeler yapan ve aynı zamanda Anna Freud'un analizanı ve önde gelen öğrencilerinden olan Erik Erikson'dur. Erikson da Freud ile benzer şekilde kişilik gelişimini belirli dönemler olarak ele almıştır. Ancak Erikson (1950) Freud'un psikoseksüel evrelerini, bebeklik ile başlayan ve yaşam sürecinde genişleyip yaşlılığa kadar süren psikososyal evreler olarak genişletmiştir. Her evrede daha fazla kimlik geliştirme ve iyileştirme için farklı görevler ve fırsatlar sunmuştur. Freudun kişilik gelişimi üst-benliğin meydana geldiği dönem olan altı yaş civarında son bulur ve yetişkin kişiliğin temel özellikleri son şeklini alırken, Erikson,

ortaya koyduğu *epigenetik ilke* uyarınca, kişi sekiz gelişim aşamasından geçmektedir. Kişilik gelişimini bireyin hayatı boyunca devam eden bir süreç olarak değerlendirdi ve her evrede hakim olunacak yeni güçlükler olduğunu ortaya koymuştur (Magnavita, 2002; Prochaska ve Norcross, 2018). O'na göre ego gelişiminin her bir evresi dürtü gelişimindeki bir libidinal evreye karşılık gelir ve onunla diyalektik bir ilişki içindedir. Örneğin, temel güven ile güvensizlik arasındaki çatışma oral dönem ile aynı yaş dilimine rast gelir ve süt alma ve memeyle oynamanın libidinal hazları, bir anlamda dış dünyaya yönelik bir tutum krizi ortaya çıkarır. Böylece bebeği, dünyaya yönelimi konusunda mücadele eden, kendilik duygusunun çekirdeğinde yer edinen bir problemi öteki bireylerle ilişkileri üzerinde çözmeye çabalayan bir varlık olarak hayal ettiği ifade etmektedir (Mitchell ve Black, 2016).

Teorisyen egoyu kişiliğin güçlü ve bağımsız bir parçası olarak vurguladı. Dahası egonun çevreye hâkim olma, hedeflerine ulaşma ve dolayısıyla bireyin kimliğini belirleme ile ilgilendiğini belirtti. Psikanalize farklı bir yaklaşım getiren Erikson (1950), bu yeniden düzenlemeyi *Ego Psikolojisi* olarak adlandırdı. Ego psikoloji, egonun temel işlevini, güvenli bir kimlik oluşturma olarak görür (Deal, 2007; Larsen ve Buss, 2017). Benzer şekilde Benlik psikolojisinin babası Hartmann (1939), egonun yalnız id'den geliştiği düşüncesinin aksine, ego işlevselliğinin algı, bellek, entelektüel yetenek, dil yeteneği ve motor etkinlik gibi belli yönlerinin intrapsişik çatışmadan bağımsız olarak geliştiğini vurguladı. Psikanaliz girişimini dürtü/savunmalara odaklanan intrapsişik bir faaliyet olmanın ötesine taşıyıp insan gelişimine dair daha kapsamlı entelektüel bir disiplin haline getirmiştir. Bu gelişme, psikodinamik teoriyi intrapsişik fenomenden gerçekliğin veya çevrenin (uyum sağlayıcı bakışın) kişilik gelişimi üzerindeki etkisine odaklanmayı sağladı. Bu hipoteze göre, bebekler içinde doğdukları çevrenin istekleriyle baş etmeye doğumdan önce uyum sağlamış halde dünyaya gelirler. Bebeklerdeki bu donanım, doğuştan getirilen potansiyellerden ve intrapsişik çatışmadan uzak benlik yetilerinden oluştuğu belirtilmektedir (Palombo, Bendicsen ve Koch, 2009). Çevreyle uyum sürecinde benliğin bütünlüğü ve talepleri açısından kabul edilebilir dürtüleri ve düşünceleri anlamak üzerine ego -sintonik (benliğe uyumlu), benliğe zıt ve dolayısıyla bastırılan güdülerini ya da düşünceleri ifade etmek için de ego-distonik (benliğe yabancı) terimlerini kullanmıştır. İnsan kendiliğin koruması için öncelikli öneme sahip şeyin, öğrenme ve olgunlaşmayla gelişim süreci gösteren benlik işlevleridir. Bu işlev, benliğin

çevreyle ilişkilerini düzenleyip hem çevresel duruma hem de psişik sisteme makul çözümler bulma kapasitesi olduğunu vurgulamıştır (Hartman, 1950).

Nesne ilişkileri kuramı perspektifinden kişilik; Freud (1917) yetişkin dönemdeki kişiliği, insanların çeşitli vücut parçalarından cinsel zevk alma arzusu ile ebeveynlerin, sosyal kurumların ve medeni toplumun kısıtlamaları arasındaki kaçınılmaz çatışmaları bir sonucu olarak gördü. Freud'un cinselliğe yüklediği anlam son nesil psikanalistler tarafından yeniden anlamlandırıldı. Bu hareket nesne ilişkileri teorisinin ortaya çıkmasını sağladı. Teori çocukluk dönemindeki cinselliğe değil, gelişmekte olan çocuğun içinde bulunduğu sosyal ilişkilerin gelişimini daha çok anlamlı buldular. Aynı şekilde Fairbairn (1954) Freud'un kişilerin dürtü doyumundan çok ilişki arayışında olduklarını iddia ederken, Davit Winnicot, bebek diye bir şey yoktur, bebek yalnız başına var olamaz ancak bir ilişkinin olmazsa olmaz parçası olduğunu ifade etmiştir (Winnicott, 1931). En nihayetinde bir ilişki içine girdiğimiz ilk kişiler ebeveynlerimizdir (Larsen ve Buss, 2009). Kişilik yapılanması da çocuğun ebeveynini zihinsel nesneler şeklinde içselleştirmesiyle başlar. Bu nesneler kişiliğin gelişmesinde etkilidir ve kişilik bu nesneleri adlandırarak gelişimini sağlar. Çocuğun içselleştirdiği ilişki nesnesi, anne ile gelişen ilişkisine dayanır. Eğer anne ve bebek arasında işler yolunda giderse, bebek şefkatli, besleyici, güvenilir bir anne nesnesini içselleştirir. Bu durum çocuğun daha sonraki zamanlarda geliştireceği ilişkilerin temelini oluşturur. Fakat çocuk güvenilir olmayan bir anne nesnesini içselleştiriyorsa, sonraki yaşamında diğer bireylere güvenmekte zorluk yaşayabilir. Çocukluk döneminde ebeveynlerinden travmatik olarak ayrılan - bağlanma bozukluğu yaşayan çocuklar - genellikle farklı kişilik problemleri olan yetişkinler haline geldikleri belirtilmiştir (Malone, Westen ve Levendosky, 2011; Flanagan, 2002).

Öte yandan Kernberg ve Caligor (2005) kişiliği, kaynağını mizaçtan alan davranışsal örüntülerin, bilişsel becerilerin, karakterin ve içselleştirilmiş değer sistemlerinin bütünleşmiş halinin temsili şeklinde tanımlarken, psikodinamik klinisyenler kişiliğin mizaca bağlı yönlerinden ziyade psikolojik ve gelişimsel olarak belirlenen yönlerine atfen karakter ve karakter özelliği terimlerini de kullandılar. Caligor, Kernberg ve Clarkin (2007) Mizacı, doğuştan getirilen özelliklerin yapısına dayalı olarak içsel ve dışsal uyaranlara yönelik verilen tepkiler örüntüsü olarak ifade ederken, karakteri, -yani kimliğin davranışsal dışa yansımış hali- belirli bir kişiye özgü olan davranış örüntülerinin

dinamik örgütlenmesi olarak tanımlamışlardır. Karakter içsel davranış modellerine katkı sağlayan kendilik ve öteki arasındaki sayısız ilişkinin bütünleşmesinden oluşan etkileri yansıtır. Karakterin dinamik örgütlenmesini belirleyen psikolojik yapı, kendilik ve önemli öteki algılarından oluşan kimliktir denilmektedir (Kernberg ve Caligor, 2005). Bu sebeple psikodinamik klinisyenler için kişiliğin örgütlenmesinde karakterin önemi ve etkisi daha baskın olduğu söylenebilir.

Mahler (1968)'e göre, kişisel gelişimin ilk evresi(0-2 ay), hayatın ilk birkaç ayında gelen normal otizmdir. Bu dönemde bebeğin nesneyi veya kendisini ayırt etme söz konusu değildir. Eğer bu aşamada saplanma olur ise temel çocukluk otizminin şiddetli psikopatolojisi ile sonuçlanır. Yani otistik psikoz meydana gelir. Bu durum nesnelerle bağlılık kuramama ve kişilik tablosunun yetersiz olmasına neden olur. 2-7 ay arasında çocuğun akıllı, kişilik ve nesneyi birbirinden ayrı olarak algılayamadığı için karışıktır. Ego sınırları gelişmemiştir. Bu yüzden gerçeği algılama olanağı da yoktur. Anne mutlu olduğunda çocuğun mutlu olduğu, annenin huzursuz olduğun çocuğun huzursuz olduğu anne kaynaklı simbiyoz bir yaşantının içindedir. Buradaki herhangi bir saplanma simbiyotik psikoza neden olur. Sonraki bir evre olan ayrılma ve bireyselleşme sürecinde ise kendisinin farklı bir birey olduğunun hissetmesi, kendi sınırlarının farkında olması ile başlar. Çocuğun emekleyerek anneden uzaklaşması ve tekrar geri gelmesi, uzaklaşırken ara ara anneyi yoklaması yani annesinin onun için olan kaygısını ölçmesi ile başlar. Bu durum farklılaşmayı beraberinde getirir. Burada anne aşırı kaygılı ve ayrılmaya hazır değil ise ortak yaşam evresinde takılıp kalır bu durum borderline bozukluğuna neden olur. Aynı zamanda çocuğun bireyselleşme sürecine girmesini de engellemiş olur. (Özakkaş, 2015;Volkan, 1997).

Gelişim görevi, sadece farklılaşmadan ibaret bir süreç değil aynı zamanda kimliğin oluşumunu da kapsar. Çocuklar başlangıçta farklı düşünce ve davranış arasında ikilem yaşarlar ve kendilerini parça halinde ifade ederler. Bu durum ebeveynleriyle baş etmek için kullandıkları savunma düzeneklerinden ilkel bölünmeden kaynaklandığı belirtilmektedir (Kernberg, 1976;Volkan, 1992). Eğer bir çocuk kendisini, sinirli bir kişilik gibi kötü anne tiplemesinden ayrı tutarsa, cezalandıran anneden korkmasına gerek kalmaz fakat çocuklar sinirli anne tiplemesine benzer kötü nesne olan annelikten ayrı tutarsa, nesneyi temsil eden anne daha az tehditkâr hale gelir (Flanagan, 2002; Prochaska ve Norcross, 2018).

Mahler (1972) ‘e göre, kişiliğin gelişiminde bir sonraki aşama, bireyin zihninde nesne ile tam birleşme süreci olan içe-atım aşamasıdır. Bu durum ortak yaşam sırasında oluşmaya eğilimlidir. Bireyler olgunlaşmış bir kimlik ile özerkliğin ve toplumun değerini öğrenir ve diğer insanlar tarafından kötülüğe uğrama kaygısı taşımadan, onlardan etkilenmeye başlamaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018). Freud (1924) yas ve melankoli adlı eserinde bir yakınını yitiren bireyin bu yakınıyla alakalı libidinal durumu, kendi egosuna yatırım amaçlı kullandığını ifade etmiştir. Yani yakın kaybı yaşayan birey, kaybını yaşadığı nesnenin tasarısını içe almış olmaktadır. Benzer şekilde süperegonun oluşumu ve egonun gelişmesini de içe alınmış nesne tasarımlarına dayandırmaktadır.

İçe alınmış nesnelerle ilgili düşünceler zamanla farklı yönde gelişmeye başlamıştır. Bu gelişmelerden birisi de Klein’in geliştirdiği nesne ilişkileridir. Temel olarak 0-3 yaş arası döneme rast gelen ve adına preodipal dönem denilen dönemde, bebek aslında hâlihazırdaki anneyle ilişki içine girmemektedir. Zihninde ötekiyle kurmuş olduğu tasarımlar ve resimleri içselleştirerek ilişki geliştirmektedir. Anne bebeğe memeyi verir ve bebek beslenirse açlığını yatıştırır ve haz alır. Ancak anne memeyi geciktirir ise bebek bu acıyı ve açlığı yatıştırma için zihninde memenin tasarısını kurar. Meme gelene kadar tasarımıdaki geçici memeyle yatıştır. Zamanla tasarımıdaki memeyi içselleştirir ve böylece bebek içselleştirilmiş nesne ilişkileri kurmayı öğrenmiş olur denilmektedir (Klein, 1946).

Özakkaş (2015) kayıp yaşayan birey, kaybettiği nesnenin(yakınını) acısıyla baş edebilmek için öncelikle zihninde kaybedilenin tasarımıyla ilişki kurar ve bu ilişki ile sakinleşebilmektedir. Ancak ölen birinin kaybı ruhsal açıdan hemen kabul edilmez. Kaybedilen kişiyi birçok anısıyla yaşatır ve kaybın oluşumunu peyder pey kabul ederiz. Zamanla tasarımıdaki nesneyi içimize alır ve ona dair ilgi yavaş yavaş azalır. Hatta yas normal sürecinde devam ederse kaybedilenin bazı yönleri içselleştirilerek onunla özdeşim kurulur. Sonuç olarak hipertrofiye olan tasarım giderek silikleşir ve zaman içinde aranmaz (Volkan, 1997).

Kendilik psikolojisi perspektifinden kişilik, kendilik kavramı birçok kuramcı tarafından kullanıldı. Bu terim; dış dünyada varlığını sürdüren diğer nesnelerden bağımsız olarak yaşanan, algılanan fiziksel ve ruhsal bütün bireyi kapsayan (Volkan, 1997), zihin içinde yer alan bir yapı, bireyin deneyimlerinin içeriğini yansıtan ve zihin içinde yer edinerek zihnin işleyişini kapsayan (Kohut, 1984), egonun tasarımsal kolu

(Masterson ve Lieberman, 2012) şeklinde tanımlanmıştır. Vamık Volkan, kendilik kavramının anlamlarını daha geniş bir perspektiften vermek için, “*kendilik görünümü ve kendilik tasarımı*” terimleri çok iyi tanımlanmalıdır der. Kendilik görünümü ego tarafından yaratılan ve herhangi bir zamanda ve herhangi bir durumda bireyin kendisine ait görünümüdür. Ego tasarımı ise yine ego tarafından yaratılan ve aynı zamanda bütün bedensel durumları bilinçli ve bilinçöncesi tüm içgüdüsel ve duygusal reaksiyonları içine alan bir yapı olarak tanımlanmıştır. Ego, kendilik hakkında bilgi toplarken kendilik dışında kalan nesneler ile ilgili de görünüm biriktirir. Bazı durumlarda, borderline kişilik bozukluğu olan hastalar gibi kendilik nesne görünüm ve tasarımlarının bütünleşmediği görülmektedir. Bu durumda borderline kişilik bozukluğu olan hastaların egosu, libidoyla yatırım yapılmış kendilik görünüm ve tasarımlarını, ilkel bölünme savunma düzeneğiyle, saldırganlığa bağlanan kendilik görünüm ve tasarımlarından uzak tuttuğu ifade edilmiştir (Volkan, 1992).

Kohut’un kendilik psikolojisinde, ideal kimlik, özsaygı ve özgüven tarafından karakterize edilmiş bir bağımsız kişiliktir. Bu kişiliğe sahip bir çocuk diğerlerine aşırı derecede bağımlı değildir. Yani simbiyotik bir kimlik geliştirmemiştir. Bu yüzden çocuk ailenin de ayrılmaz bir parçası değildir. Kişilik gelişimi sürecinde olan çocuk, aileler çocukların gereksinimlerini yansıtamaz ve idealleştirmezler ise, çocuklar sorunlu bir kişilik geliştirdiğini belirtmektedir (Kohut, 1998). Ayrıca Kohut (1971) normal idealize etme ve yansıtma ihtiyacı duyan kişiliklerin takdir ve değer görmeye çok ihtiyaçları vardır. Bu yüzden narsist kişilikler klasik psikanaliz yöntemiyle tedavi edilemezler der. Benzer şekilde McWilliams(2010) bu kişiler nesne ilişkilerinde belirtildiği gibi ilkel içe-atılmış nesnelerle dolu fırtınalı içsel dünyada yaşıyor olmaktan çok boş hissettiklerinden; içsel nesnelerle kuşatılmaktan çok içsel nesnelerden yoksun hissettiklerinden, özsaygısına ve temel değerlere ilişkin içsel bir karmaşa yaşadıkları belirtmiştir.

Kohut kendiliği iki parça halinde değerlendirmekte ve adına da *Bipolar Self* yani iki kutuplu self demektedir. Bu kutupların bir ucunda zaman zaman kendisini iyi, değerli, çok büyük ve büyüklenmeci hissettiği primer narsisizm vardır. Burada optimal bir kırılma yaşar ise sekonder narsizme geçer ve büyük bir şeklin parçası olmaktan duyduğu haz ve keyif oluşmaya başlar. Fakat bu çocuğun zamanında ve yeterince aynalanması ile mümkün olabilmektedir. Çocuğun ilk başardığı ve kendisiyle gurur duyduğu bir durum sonrası onanmayı bekler. Grandiyöz kendilik olan ebeveyn tarafından onanma gerçekleştiğinde (sen muhteşem, sen olağanüstüsün biçiminde desteklemek) primer

narsizmden sekonder narsizme geçer. Eğer çocuk anne-baba tarafından desteklenmez ise narsistik yapı ağır bir kırılmaya uğrar, böylece gelişimsel duraklamaya neden olur. Bu durum bireyin bir ömür birincil aynalama arzusuyla bulunduğu her ortamda kendisinin fark edilmesi için uğraşmasına neden olmaktadır (Kohut, 1977).

Kaybettikleri için yas tutarak içinde bulunduğu ruhsal acıyı onarmak ve geçmişteki bir ilişkiden kendisini özgürleştirmek için bireyin bütüncül bir kendilik temsiline ihtiyacı vardır. Tüm bir kendilik temsiline sahip birisi için kayıpları onarmak pek tabii ki biraz zaman alır ancak bu süreçte birey kendiliğine yeni bir ilişkiye başlamak için özgürleşir ve duygusal gelişme sağlar denilmektedir (Volkan, 1970). Kendilik sorunu yaşayan bireyler için ise bir ilişkinin sona ermesi en derindeki terk edilme korku ve kaygılarını pekiştiren bir krizdir. Böyle bir durumda bu bireyler bütüncül bir kendilik temsiline sahip olmadıkları için keder duyamazlar ve karakteristik savunmalarına (inkâr, dışavurum ve kopma) geri çekilirler. Fakat geri çekilme kendilik duygusunu özgürleştirmez. Aksine, bu insanlar aynı senaryoyu gelecekteki ilişkilerinde de tekrar oynamaya mecbur kalırlar. Her seferinde son birlikte oldukları insandan daha farklı birini bulmak için ne kadar uğraştıklarını görmek hayret vericidir. Bu yeni kişi dışarıdan bakınca farklı görünür fakat kaçınılmaz olarak diğerleriyle aynı şeye dönüştüğü ifade edilmektedir (Volkan, 1984)

Kişilik gelişimi sürecinde olan çocuk, aileler çocukların gereksinimlerini yansıtamaz ve idealleştirmezler ise, çocuklar sorunlu bir kişilik geliştirirler (Kohut, 1998). Ayrıca Kohut (1971) normal idealize etme ve yansıtma ihtiyacı duyan kişiliklerin takdir ve değer görmeye çok ihtiyaçları vardır. Bu yüzden narsist kişilikler klasik psikanaliz yöntemiyle tedavi edilemezler der. Benzer şekilde McWilliams (2010) bu kişiler nesne ilişkilerinde belirtildiği gibi ilkel içe-atılmış nesnelerle dolu fırtınalı içsel dünyada yaşıyor olmaktan çok boş hissettiklerinden; içsel nesnelerle kuşatılmaktan çok içsel nesnelerden yoksun hissettiklerinden, özsaygısına ve temel değerlere ilişkin içsel bir karmaşa yaşadıkları belirtmiştir.

2.5.1 Kişilik örgütlenmesi

Analistlerin çoğunlukla aşına olduğu, dört kişilik örgütlenmesi vardır (Volkan, 2016). Fakat bunlara normal kişilik örgütlenmesini de eklemek yerinde bir düşünce

olabilir. Çünkü normal kişiliğin nasıl örgütlendiğini bilmeden normalden psikotik örgütlenmeye doğru giden sürecin nasıl oluştuğu da anlaşılamayabilir.

2.5.1.1 Normal Kişilik Örgütlenmesi

Normal kişilik örüntüsüne sahip bireyler kendiliğe ve yaşamında önemli yer tutan öteki bireylere dair kimlik tanımı içinde bütünleşmiş ve uyumlu bir zihinsel özelliğe sahiptir. Bu zihinsel özellik içsel olarak tutarlı bir kendilik hissini, kendiliğin uyum ve bütünlüğünü ortaya koyan davranışları içermektedir. Benzer şekilde kendiliğe dair uyumlu ve bütünleşmiş bir zihinsel özelliğe sahip kişiler, kendi kapasitelerinin, arzularının ve uzun vadeli hedeflerinin oluşmasına katkıda bulunurlar denilmektedir (Yeoman vd., 2016). Çünkü çıkarlar ve dürtü aynı yönde etkinlikte bulunarak ilişkilerde güdülenme ve doyum sağlar. Kendiliğe dair yatırım yapan bireyler olgun ve özerklik arasında bir denge kurmuş, ötekilerle ilişkilerinde empati ve duygusal yatırım kapasitesine erişmiş olmaktadır (Magnavita, 2016).

McWilliams (2010)'a göre normal kişilik örüntüsü geliştiren bireyler iki tür yapısal özellik geliştirirler. Bu özelliklerin ilki, karmaşık duygularını, dürtü kontrolünü kaybetmeden dengeli bir biçimde deneyimleme becerisine sahip olmalarıdır. Bu beceri, kimlik ve savunma düzeneklerinin düzeyiyle ilintilidir. Ruhsal aygıtın savunma düzenekleri, bireyin içsel olarak yaşadığı çatışmalarla veya içsel dürtüler ile dış gerçekliğin zorunlulukları arasındaki çatışmalarla ilintili olarak yaşadığı kaygıyı uzlaştırmasına yardımcı olan mekanizmalardır. Bu mekanizma daha ziyade ego odaklıdır (Magnavita, 2016),

Normal kişilik örgütlenmesinin ikinci özelliği ise, içselleştirilmiş değerlere yönelik bütünleşmiş bir sistemin varlığıdır. Gelişimsel olarak ortaya çıkması anne-babanın değerleri ile yasaklamalarından kaynaklansa bile benimsenmiş ve içselleştirilmiş değerleri içeren olgun sistem, anne-babaya ait yasaklanmalara katı bir şekilde (ki burada bahsi geçen katılık, kanaatimce katı süperegodur) bağlı olmaktan öte istikrarlıdır, bireyselliğini kazanmış ve dış çevredeki ilişkilerden bağımsızdır. İçselleştirilmiş değerler öz eleştiri yapabilen, kişisel sorumluluk, rasyonel bir kendilik değerlendirmesi, şeffaflık, standartlara ve ideallere uygun biçimde bir bağlılık geliştirerek karar alabilme gibi anlamları yansıttıkları belirtmektedir (Yeomans, Clarkin, ve Kernberg, 2016).

Kernberg (1984)'e göre normal kişilik örüntüsünün yapısal özelliği ve formülasyonu bireyin kendisini ve yaşam fonksiyonun önemli ötekileri deneyimleme

biçimini, bağlantı geliştirdiği nesneleri, savunma düzenekleri, rasyoneli değerlendirme yetisi çerçevesinde kişilik patolojisi hakkında bilgi verir. Klinisyen tanımlayıcı ve yapısal değerlendirmeleri bir araya getirerek danışanın nesnel ve öznel güçlüklerine dair net bir resim çıkartarak tanı koymak ve tedaviyi planlamak için gereken bilgileri edinebilir (Yeoman vd.,2016). Çünkü normal kişilik örüntüsü geliştiren bireyler, kişilik özellikleri borderline benzeri aşırı uçlarda yer almaz, yani psikopatoloji olmadan da bir danışanın obsesif kompulsif ya da histriyonik gibi belli bir kişilik örüntüsünden bahsedilebilir.

2.5.1.2 Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi

Freud zamanında nevrotik kavramı şizofrenik, antisosyal(psikopatik) ve manik-depresif olmayan hastaların çoğu için kullanılıyordu. Yani psikoz hariç duygusal problemleri olan büyük bir kitle için kullanılıyordu. Aslında burada nevroz olarak adlandırılan kişilerin pek çoğu borderline kişilik örgütlenmesi gösteriyordu. Fakat zamanla belirli sorunların ne kadar derinlere etki ettiğini ve bireyin kişilik yapısının içine ne derece zor şekillerde yerleştiği öğrenildi. Böylece, “nevrotik” kavramı artık daha çok belirli duygusal sorunlara karşın fonksiyonel kapatesindeki yüksek düzeye işaret etmeye başlandı ifade edilmektedir (McWilliams, 2010).

Nevrotik kişilik örüntüsü sergileyen danışanların kendilik ve ötekilere dair bir algıları vardır. Bu örüntü genellikle borderline örgütlenmesindeki bölme mekanizmasından ziyade bastırma yörüngesinde gelişen daha matür savunmaları kullandıkları bilinmektedir. Matür düzeydeki savunma işlemleri duygu durumlarında ani değişimlere neden olmaz ya da danışanın hayata dair deneyimleri ve kişilerarası etkileşimlerini beklenmedik şekilde olumsuz etkileyebilecek davranışsal nitelikleri taşımaz denilmektedir (Yeoman vd.,2016).

Nevrotik kişilik örüntüsüne sahip kişiler bölme savunma düzeneğini, kendilerini ve ötekileri hem iyi hem de kötü özellikleri olan bireyler olarak görme şeklinde kullanırlar. Ancak insanları “tamamen iyi” ve “tamamen kötü” diye bölmelere ayırmaları gerekmez. Çünkü bu bireyler kendilerine ve bağlantı nesnelere dair bütünleşmiş, benlikle uyumlu nesne temsilleri içerir ve nesne temsillerinin bir araya gelerek oluşturduğu karmaşık bütünde tutarlı bir kendilik kavramının yanında diğerlerine dair gerçekçi temsiller repertuarı bulunduğu belirtilmektedir (Volkan, 2016;Yeoman, vd.,2016). Örneğin, saldırganlıkla ilgili çatışma yaşayan nevrotik kişi, sadist otorite ile ona meydan okuyan saldırgan asi kendilik imgesini içeren bütünleşme

göstermemiş ikilinin bilince çıkışını engellemek için, bu kısmı bastırıp izole ederek güçlü otorite karşısında itaatkâr ve nazik birey şeklindeki kendilik imgesi içinde uyumlu görünen davranışlar sergileyebilir denilmektedir (McWilliams, 2010).

Kernberg (1996)'a göre nevrotik düzeyde örgütlenmiş bireyler çok fazla ruh-içi çatışma yaşamayabilirler ve algısal fonksiyonallikleri sağlamdır. Normal düzeyde seyreden benlik kimlikleri ve derinlemesine bağlantı kurabilecekleri nesne ilişkileri kapasiteleri vardır. İdealize edici fonksiyonları, dürtü denetimi, yargılama, kaygıya dayanabilme, işte etkin olma ve çalışmayı sürdürme isteği, gerçeği değerlendirme yeteneği, cinsel sevgi ve duygusal yakınlık kurabilme gibi ben güçleri vardır. Bu bireyler, davranışlarının içsel inanışlar veya duygu durumları tarafından motive edildiğini anlayabilirler. Fakat sınır örgütlenme düzeyi olan kişilerin, tersine, çatışmalarının yanı sıra, benlik yapılarında da esaslı temel eksiklikleri vardır.

Nevrotik düzeyde örgütlenme gösteren danışanların, klinik değerlendirmesini yapmak için tanımlayıcı ve yapısal değerlendirmeler yeterli olmakla beraber psikopatolojinin daha kapsamlı psikodinamik tanımını yapmak için örüntünün altında yatan psikolojik çatışmaları ve bilinçdışı güdülenmeleri de anlamak gerekebilir. Çünkü psikodinamik zihin ve tedavi modellerine göre bireylerin yaptıkları ve hissettiklerin çoğu bilinçdışında anlam bulur ve güdülenir. Böylece danışanın görünen davranış ve hislerinin altında yatan bilinçdışı çatışmaları ortaya çıkartarak danışanı danışmaya yönelten ve irrasyonel görünen sorunlara anlam verebilir (Caligor, Kernberg, ve Clarkin.,2007). Ancak derinlemesine incelemeye geçmeden önce nevrotik kişilik örüntüsüne sahip bireyin psikodinamik psikoterapiye uygun olup olmadığı son derece önemlidir. Çünkü dinamik terapistler danışanı değerlendirirken, yüksek düzeyde araştırmacı ve açıklayıcı bir tarzdan başlayıp destekleyici ve baskılayıcı bir tarza kadar devam eden bir çerçeve etrafında ve danışana göre ayarlama yaparlar. Öte yandan borderline örgütlenme düzeyinde seyredenlerin ise çoğunlukla terapistin düşünümsel fonksiyonu düzeltmek adına destekleyici olup psikoeğitsel müdahaleler de yapmasını, danışanın *ben' indeki* eksik olan alanları desteklemesini, benliği ve ötekilerle ilgili birbirinden kopuk görüşlerin bütünleştirilmesine yardımcı olmasını gerektiği düşünülmektedir (Gabbard, 2017).

2.5.1.3 Sınır Düzey Kişilik Örgütlenmesi

Borderline kişilik örüntülü danışanlar birbiriyle içsel olarak ilişkili olmayan yoğun düzeyde arkaik duyguları deneyimlerler; bu sebeple arkaik duyguların yaşandığı

süreçte danışanın öznel deneyimlerini içine alarak onun tüm gerçekliğe dair algısı haline dönüşebilir. Zihninde bu yoğun duygu ile ilişkili düşüncelerinin farkında olsa bile, danışan dış gerçekliği değerlendirme konusunda aktif değildir. Bu sadece duygulanım düzensizliği değildir, hem bilişin hem duygulanımın düzensizleşmesidir denilmektedir (Yeoman, vd., 2016). Çünkü borderline kişilik örüntüsüne sahip danışanlar mizaç ve kendilik görünimleri dahil kişilerarası ilişkilerdeki davranışları dengesizlik ve karasızlık gösterir. Bu ilişkiler çoğunlukla yoğun ve kararlı değildir. Aksine kişilerin tutumlarında, özellikle kendilerine zarar verebilecek nitelikte fiziksel, impülsif ve beklenmedik davranışlarında sık sık değişimler olur. Duygulanım düzensizliğinin yanı sıra, disforik duygu duruma geçişler yoğun bir şekilde yaşandığı ifade edilmektedir (Volkan, 1997).

Borderline düzeyde örgütlenen kişilik yapısı DSM-5'te tanımlanan ve tanımlanmayan farklı kişilik bozukluklarını (hipomanik kişilik bozukluğu, sadomazoşist kişilik bozukluğu, hipokondriyak kişilik bozukluğu, kötücül narsisizm sendromu) içerdiği ifade edilmektedir (Kernberg ve Caligor, 2005). Bu hastalar ne gerçek nevrotik, ne de gerçek psikotiktir. Yani bu hastalar nevroz ve psikoz arasında gidip gelen bir kişilik yapısına sahipler. Nevrotik yakınmaları çoğunlukla sosyal yaşamdan çekilme ve paranoid düşünceler içermeye eğilimi gösterdiği ifade edilmektedir (Volkan, 1997). Bunun yanında çeşitli fobiler, obsesif kompulsif bulgular, bazı acayip konversiyonlar, dissosiyatif tepkiler, bebeksi regresyonlar, depersonalizasyon, derealizasyon, referans fikirleri, panik benzeri anksiyeteler ve hipokondriak yapılanmalar bulunduğu vurgulanmaktadır (Masterson ve Klein, 2014).

Borderline kişilik örgütlenmesinin temel bileşenleri; dağılmış kimlik yapısı, arkaik savunmaların kullanımı, gerçekliği temelde algılayabilme, duygu regülasyon sorunları, cinsel ve agresyon tipi dışa vurumsal sorunlar, değerlerin içselleştirilmesinde tutarsızlık ve diğerleriyle sürdürülen ilişkilerde kalitesizlik olarak ifade edilmektedir (Yeoman, vd., 2016; McWilliams, 2010). Bu kişilikler kendiliklerini aktifleştirme konusunda problem yaşarlar, gerçek kendiliklerini feda etmişler ve esas olarak savunma şeklinde yaşarlar. Kendiliklerini aktifleştirmeye kalkıştıklarında depresif duygulanım ortaya çıkar. Gerçek kendilik gelişmemiş ve kendilik kapasiteleri ya hiç yoktur ya da immatür düzeydedir. Sahte kendilik ise terk depresyonuna karşı savunmaya geçer ve çoğu zaman faaliyettedir (Masterson ve Lieberman, 2012). Bu durum başlangıçta yaşanan duygusal deneyimler sürecinde bellek izleri şeklinde yerleşen ilk nesne ilişkilerinin arkaik olumlu (idealleştirilmiş) ve olumsuz (zulmedici) parçalarının bütünleşememesi,

borderline kişilik örüntüsünün patolojik yapısını oluşturur. Bu durum ise beraberinde ayrılma-bireyleşme evresine geçişi sağlamaktadır

Borderline kişilik örgütlenmesi sergileyen bireylerin en çarpıcı özelliklerinden birisi de kullandıkları arkaik(ilkel) savunma düzenekleridir. Yâdsıma, yansıtılmalı özdeşim ve bölme benzeri arkaik savunma düzeneklerine dayandıkları için gerileme dönemlerinde bu bireyleri psikotik düzeyde örgütlenen danışanlardan ayırt etmek zorlaşabilir (McWilliams, 2010). Ancak az da olsa gerçekliği değerlendirme yetisinin var olması psikozdan ayrılır (Magnavita, 2016).

Masterson ve Lieberman (2012)'a göre bireyin savunma halinde yaşamasının temelinde kendiliği aktifleştirme çabalarının terk depresyonunu tetiklemesidir. Örneğin, bölme savunma düzeneği terk depresyonuna karşı kullanılan temel savunmalardandır. Bu düzenek birbiriyle çelişen 'iyi ve kötü anne' ve 'iyi ve kötü çocuk' imgelerini ve bunlarla bağlantılı sevilme ve reddedilme duygularını birbirinden ayırır. Böylece yapışmanın ödüllendirmesi, ayrılmanın geri çekilmeyle karşılandığı temalar intrapsişik yapıya yerleşir. Bölme, bir başka deyişle ilkel çözülme, yansıtılmalı özdeşim şeklinde kendini gösterebilir; kişi farkında olmadan öteki kişide tahammülü güç duygulanım durumlarını tetikler, kendiliğin tahammül edemediği çözülmüş duyguları karşısındakine taşır. Bu kavram terapistin hasta ile olan etkileşimlerinde çok önemli hale gelebileceği bilinmektedir (Yeoman vd., 2016).

Yansıtılmalı özdeşimde birey içsel deneyiminin bazı kısımlarını bölüp kendi uzantılarıymış gibi gördükleri nesnelere yansıtırlar. Böylece kendiliğin yansıtılmış yönleri diğer bireye aitmiş gibi deneyimlenir. Bu savunma düzeneğini kullanan birey, aynı süreçte diğer bireyle etkileşiminde, yansıtılmış olana uygun tepkiler ortaya çıkarır (Caligor, Kernberg ve Clarkin, 2007). Örneğin; yas tutma sürecinde danışan kaybettiği bireyin içselleştirdiği bazı parçalarıyla özdeşim kurar. Yani kaybını yaşadığı yakının bazı davranışlarını bilinçdışı olarak kendi davranışlarıymış gibi sahiplenir ve tekrarlar.

Melanie Klein (1946) ise bu bölünmüş içsel dünyaya tümünden iyi veya tümünden kötü içsel temsillerden oluşan *paranoid-şizoid konum* dediği psikolojik gelişim ve zihinsel örgütlenme düzeyinin temel düzeyi niteliği olduğunu öne sürmüştür. Bu konumun şizoid özelliği bölünmüş yapısından ileri gelir. Paranoid özellik, zulmedici 'kötü' nesnenin dış nesnelere yansıtılmasından ve bunun ardından da dışarıdan gelecek bir saldırganlıktan duyulan korku içinde yaşama eğiliminden kaynaklanır. Zira bu durum kişiler arası

realitenin açık biçimde çarpıtılmasına yol açtığı ve bir anlamada bölme sayılan, olumsuz duygularla ilişkili kaygılardan kaçınmak için öteki bireyleri tamamen iyi olarak görmeyi içeren idealleştirme ve idealleştirmenin zıttı olan değersizleştirmeyi meydana getirir. Bu kişiler etrafındaki bireyleri ya tamamen iyi ya da tamamen kötü olarak görmektedirler. Özellikle terapi seanslarında; bir seans önce dünyanın en iyi terapisti olan kişi bir sonraki seansta dünyanın en kötü kişisi olarak görülebilir.

İnsanlar normal gelişim sürecinde bölünmüş *paranoid şizoid konumunun* dışına çıkarak, kendindeki ve diğerindeki sevgi dolu(idealleştirme) ve saldırgan duygulanımları (değersizleştirme) birbirine harmanlayan bütünleşmiş ve farklılaşmış bir psikolojik yapıya ulaşırlar. Klein bu psikolojik yapıya; ‘öncelikle bakımverene ve kendine dair gerçekdışı ideal imgenin kaybını ve bu kayıp için yas tutmayı içerdiğinden’ ötürü *depresif konum* adını vermiştir (Yeoman vd., 2016). Bu konumda birey kaybettiği kişi ile ilişkisi bağımlı ve ikizli durumdadır. İkizli bir ilişki yaşanan içselleştirmeyi bozmaktadır. Yaşanan ilişki tümüyle içselleştirildiğinden depresyonlu birey kendi tasarımı ile yitirdiği bireyin tasarımı arasında ayırım hissetmediği ifade edilmektedir (Volkan, 1997)

Borderline kişilik örgütlenmesi gösteren bireyler normal gelişimde sürecinde nesne ilişkileri ikilileri birbirine bağlanıp olgun ruhsal aygıtı meydana getiren alt benlik, benlik ve üst benlik biçimindeki daha etkin örgütleyici yapılar haline gelir (Kernberg, 1980). Bu ruhsal yapılar arasında, nevrotik semptomlardaki daha istikrarlı çatışmalar yerine borderline semptomlarda duygusal durumlara uygun şekilde bölünmekte olan içsel kendilik ve öteki temsilleri daha dağınıktır. Çünkü dürtüler ve yasaklamalar örgütlü bir sistem haline gelmekten ziyade yalıtılmış olarak kalır. Şimdi artık ortak bir tatmin duygusu ile birbirine bağlanmış bir ‘itaatkar kendilik’ ve bir ‘lütufkâr öbürü’nün temsillerini içeren ödüllendirici parça birimi olduğu düşünülmektedir (Masterson ve Klein, 2014). Omnipotent danışanlar ise büyümlü bir güç ve yetenekte olduklarını varsayarak bir yandan ‘iyi’ kendilik ve nesne tasarımlarını korurken, diğer yandan ‘kötü’ tasarımların onlara zarar veremeyeceği inancını sürdürmüş olurlar (Volkan, 1997). Bu tür ‘kendilik idealleştirme’ genelde sihirli tümgüçlü olma fantezileri –danışanın hakkı olan tüm doyuma eninde sonunda erişeceği inancı ve engellemelerin, hastalık, ölüm, ya da zaman geçişinin kendisini etkilemeyeceği fantezileri-anlamına gelir (Kernberg, 2016). Danışan yitirdiği yakınana dair ruhsal acının artık üstesinden gelebileceği, ona ait bağlantı nesnelere artık ihtiyaç duymayacağı ve onsuz yaşamını sürdüreceği fantezileri geliştirebilmektedir.

2.5.1.4 Psikotik Düzey Kişilik Örgütlenmesi

Kernberg (1996) psikotik kişilik örüntüsünü, ‘Kendiliğe ve önemli ötekilere dair algının bütünlükten yoksun olması, yani kimlik dağılması, bölme ve gerçeği değerlendirme yetisini kaybetme başta olmak üzere ilkel savunma faaliyetlerinin baskın olması’ şeklinde tanımlamaktadır. Kernberg (1984) psikotik kişilik organizasyonu düzeyini belirlemek için üç faktörü; 1)kişinin gerçeklik testinin bozulup bozulmadığı, 2) tutarsız bir benlik ve diğerlerine dair duygusu ve 3) olgunlaşmamış savunmaları olup olmadığını göz önünde bulundurmıştır. Bu yapının gerçeklik boyutunda kişiler, zihinsel süreçlerinden kaynaklı, çevrelerinde meydana gelen nesnel ve gerçek olayları ayırt edemezler. Kişisel içsel dünyalarında çok daha ümitsiz ve dağılmış durumdadırlar. Bu kişilerin kişisel gerçekliklerinde yaşadıkları sorunlara bir mesafe kazanmalarına ilişkin zorluklar hakkındaki ilk psikanalitik formülasyonlar bu hastaların yakalandıkları açmazın ruhsal enerjileriyle bağlantılı yönü olduğu vurgulanmış ve temelde psikotik kişilikteki bir hastanın gerçeklikle bağlantısı olmadığı ve gerçekliği değerlendirme yetisinin zayıf olduğu belirtilmektedir (McWilliams, 2016). Gerçekliği zihne vurma yetisinin zayıf olmasından asıl rol oynayan kişiliktir. Kişilik, oluşan örüntünün karşı ucunda bulunur ve bireyi ciddi biçimde düzensiz bir yapı meydana getirmesine neden olur. Böylece örüntü gittikçe bozuk bir işlev görmenin yanında ciddi psikopatolojik hastalığı da temsil etme aşamasına ulaşmaktadır (Kernberg,1996).

Kendilik ile kendilik olmayanı, içeriden gelen ile dışsal uyaranı ayırt edebilmek, gerçekliğin olağan sosyal ölçütleriyle eşduyumu sürdürebilmek anlamına gelen gerçeklik değerlendirmesi yetisi, psikozda yitilir ve bu yitim özellikle sanrılarda, yanılsamalarda gözle görülür hale gelir. Gerçeklik testinin kaybı, halüsinasyonların (örneğin, seslerin işitilmesi veya orada olmayan şeylerin görülmesi) ve sanrılarının (gerçekte gerçekleşmeyen veya imkânsız olan bir şeyden ikna olma) ile gösterilir. Televizyon aracılığıyla özel mesajlar aldıklarına inanabilirler ("Referans Fikirleri" veya "Referans Sanrıları" olarak bilinen bir fenomen). Kendileriyle ilgili net hisleri yoktur ve kendileri ile öteki bireyler arasındaki sınır durumu bulanıktır. Haddi zatında, kendi akıllarından kaynaklanan deneyimleri ve algıları, gerçek dünyadan gelenleri ayırt etmekte büyük zorluk çekmektedirler. Aynı zamanda çocukluk döneminde bakım verenle, zihnimizin kendimizi doğru ve dengeli bir anlayış oluşturmalarını sağlayan etkileşimler sağlıklı gelişmediğinden, tutarsız bir benlik ve diğerlerine dair duygusu ideal olandan uzaklaşmaktadır denilmektedir (Rosenfeld, 2018;Gaag, Berg ve Ising, 2019). Hatta yetişkinlikte meydana

gelen psikotik örüntünün, çocuklukta yaşanan istismarın nedensel bir faktör olarak görülmektedir (Varese vd.,2012). Çünkü erken dönem yaşam olayları aynı zamanda kişiliğin gelişimini de şekillendirdiğinden, kişilik organizasyonunun seviyesi subklinik psikotik semptomların gelişimi için bir risk faktörü olabilir (Gaag vd., 2019)

Volkan (2016)'a göre psikotik kişilik organizasyonu bulunan kişilerin kendilik temsili bölümlere ayrılmıştır. Onların nesne temsilleri de bölümlere ayrılmıştır. Bu tür kişiler bu bölümlere ayrılmışlığı kendilerinin temel zihinsel savunma sistemi düzeneği olarak kullanırlar. Onlar, gerçeklik işlevleri gibi ilkel nesne ilişkilerini, çatışmaları eşliğinde ego işlev hataları olarak gösterirler. Parçalanmış kendilik ve nesne görüntüleri, bazen kaynaşırlar ve daha sonra da kaynaşmazlık gösterirler veya abartılı ve kolayca gözlenebilen içselleştirme ve dışsallaştırma devresine girerler. İçselleştirme ve dışsallaştırma devresine girme potansiyeli taşıyan kişilerde birincil çatışmanın niteliği tam olarak varoluşsaldır; yaşam veya ölüm, varoluş ya da yok oluş, güvenlik veya dehşet gibi. Rüyaları en çarpıcı halleriyle ölüm ve yıkım imgelerinden oluşur. 'Olmak ya da olmamak', yaşantılarının yinelenen teması olduğu ifade edilmektedir (McWilliams, 2016).

Psikotik düzeyde kişilik örüntüsüne sahip bireylerin kullandıkları savunma düzenekleri; yansıtımlı özdeşim, inkâr, ilke idealleştirme, tümgüçlülük, tümgüçlü kontrol, değersizleştirme, içe atım, bölme ve dissosiyasyon şeklinde sayılabilir. Bu savunmalar dil-öncesi ve rasyonel-düşünce niteliğindedir ve bireyi tahammül edilemez bir dehşet duyguna karşı korurlar. Diğer bir deyişle, iç veya dış stres faktörlerine karşı etkili savunma tepkileri kurma yeteneğinin kaybına rağmen kaygıyı azaltmaya yardımcı olurlar denilmektedir (McWilliams, 2016).

Bölme gibi savunma düzenekleri psikotik kişilik örüntüsü geliştiren bireylerin kendilik tasarımını bozarak, bireyi ya tümünden iyi, güvenilir, koruyucu ya da tamamen kötü ve güvenilmez olarak algılamasına neden olmaktadır. Ancak bu savunmaların olumlu bir işlevi vardır; Kendisine zarar vermesi, fiziksel veya psikolojik olarak istismar edilmesi, terk edilmesi ve hatta öldürülme gibi bir tehditle karşılaştığında bireyi içinde bulunduğu endişeden korumaktadır. Bununla birlikte, kendini veya başkalarını aşırı derecede basitleştirmek, başkalarını sindirmek gibi olumsuz sonuçları da doğurmaktadır (Petraglia, Bhatia, Roten, Despland ve Drapeau, 2015).

2.6 Kültür Bağlamında Yas

Yasın belirli özellikleri evrensel olmakla birlikte, çoğu kültürde ölümden sonra yas ritüelleri vardır. Bu nedenle bir kültür için normal kabul edilen yas ritüelleri başka bir kültür için tuhaf karşılanabilir. Yas süreci, bireyin kültürüne bağlı olarak önemli ölçüde değişebilir. Toplumların ölüme karşı tutumları bu değişikliklerin başında gelir. Batı kültürü genellikle ölüme reddeden özellikler sergilerken, Doğu kültürleri, ölümün yaşamın bir parçası olarak nitelendirme eğilimindedir. Araştırmalar, ölüme reddeden kültürlerdeki insanların, ölüme kabul eden kültürlerdeki insanlara göre ölümlerle ilgili daha fazla endişeye sahip olma eğiliminde olduklarını göstermektedir (Gire, 2014). Ölüme karşı takınılan diğer bir tutum, kaybedilenin anılma ritüelidir. Türk toplumunda, ağıt yakmak, ağıt yakmak için ağıtçı tutmak, ölen bireyin eşinin saçlarının kesilmesi gibi ritüellerle anılırken, kaybedilenin yılın belli dönemlerinde (40'ı çıkmak, yıl dönemleri vb.) çeşitli etkinliklerle de anılmaktadır. Diğer tarafta ölenin çeşitli eşyalarını (bağlantı nesneleri) saklamak koşuluyla yas tutulmaktadır.

Kültürler, cinsiyetle ilgili olarak hangi duyguların ne kadar açık ifade biçimde edilebileceği konusunda da geniş ölçüde farklılık gösterir. Örneğin, antropolojik çalışmalar farklılıkların nerede olduğunu ele almaktadır. Buna göre kadınlar ağlamakta ve kendini bu noktada hırpalama girişimlerini erkeklerden daha fazla gösterirler. Ancak erkekler daha çok öfke ve saldırganlık gösteriyor gibi belirtilmektedir. Bu, sezgisel (kadın) ve araçsal (erkek) yas tutma arasındaki farka karşılık geldiği ifade edilmiştir (Bhugra ve Becker, 2005).

Yas danışmanları arasında kullanılan “yas tutmanın hiçbir yolu yoktur” diyen popüler söylem yanıltıcı olabilir. Tüm kültürler, üyelerinin yas süreçlerini gizlice veya açıkça, doğrudan veya dolaylı olarak bir şekilde düzenler. Bireysel keder anlatımları (kayıp yaşayan insanların açıklamaları veya ölümün “hikayeleri”) baskın bir keder anlatımına tabidir. Toplum ne düşündüğü, hissettiği ve nasıl davrandığı konusunda sosyal beklentilere uymaları kontrol eder ve talimat verir. Bu kişiler “anormal” olarak etiketlenir. Çağdaş psikoterapötik kültürde anormal yas karmaşık bir terim biçiminde tanımlanır. Bu tanım büyük ölçüde, bazı yas danışmanlarını rahatsız eden, önceden kullanılan “patolojik” terimin yerini aldığı belirtilmektedir (Gross, 2016). Bu nedenle yas tutmanın patolojik sonuçları, şaşırtıcı bir şekilde ve farklı varyasyonlarda değerlendirilir ve etiketlenebilir. Yasın sağlık sonuçlarını sistematik olarak arayan Batı pratiği, kültürler arası perspektifte yası bir o kadar sıradışıdır. Batılı eğitilmiş klinisyenler, kültürel yas ifadelerini yanlış yorumlamaları ve farklı kültürel geçmişe sahip kişilerin durumunu,

psikiyatrik bozukluk tanısı olarak psikotik, anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Bu durum DSM-5 tanı kriterlerini hem karmaşık hale getirmekte hem de farklı kültür uyumlarına yabancı olabileceği ifade edilmektedir (Bhugra ve Becker,2005).

Öte yandan DSM-IV bu duruma daha net bir açıklama getirdi ve 'normal' yasın süresi ve ifadesinin farklı kültürel gruplar arasında önemli ölçüde değiştiğini” not etti. Depresyon semptomları, kayıptan sonra iki aydan fazla sürmüş ve aynı zamanda aşağıdaki semptomlar var ise, yas yerine majör depresif tanısı konulur: a) tecavüze maruz kalan birey tarafından yapılan ve yapılmayan eylemler dışındaki durumlar hakkında suçluluk; b) tecavüze maruz kalanın ölmesinin daha iyi olacağını veya ölen kişiyle birlikte ölmüş olması gerektiğini düşünmesi dışındaki ölüm düşünceleri; c) değersizlikle ilgili hastalıklı meşguliyet; d) belirgin psikomotor gerilik; e) uzun süreli ve belirgin fonksiyonel bozukluk; ve f) ölen kişinin sesini duyduğunu veya geçici olarak görüntüsünü gördüğünü düşünmek dışında halüsinasyon deneyimleri olarak sıralanmaktadır (Shah, 2004). Bu semptomlar, anormal kederin teşhisi kullanılmaktadır. Bu nedenle yasın farklı kültürel ifadeleri hesaba katılmamıştır

Pek çok kültürde ruhlar ve hayaletler tarafından ziyaret edilmek normaldir ve Batılı olmayan kültürden insanlar doğüstü ruhlarla yapılan konuşmaları tarif edebilir. Bu, keder ifadelerini uygun kültürel bağlama yerleştirmenin önemi, kayba yönelik anormal ve normal tepkiler arasında ayırım yapmak açısından çok önemlidir. Batılı klinisyenler yasın ifade edilmesindeki kültürel farklılıkları görmezden geldiklerinden, psikotik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve duygudurum bozuklukları için konulan tanıları yanlış olduğu ifade edilmiştir. Yanısıra yanlış tanı ve ardından uygulanan yanlış tedavi danışana yarar sağlamak yerine zarar verdiği ifade edilmektedir (Shah, 2004;Bhugra ve Becker, 2005).

2.7 Travmatik Yas ve Psikodinamik Psikoterapisi

*“Girmekten korktuğunuz mağara,
aradığınız hazineyi barındırır.”*

Joseph Campbell

Psikodinamik yaklaşım travmatik olayın kişinin egosunun savunucu işlevine olan etkisine ve travmatik olay sonrasında gözlenen belirtilerin nasıl anlamlandırıldığına

yoğunlaşmaktadır (Chertoff, 1998). Anlamlandırma kişinin geçmiş yaşantılarına, kişiliğine, arzu ve isteklerine odaklanılarak ortaya çıkarılmaktadır. Bunun için kişinin travmatik olay ile ortaya çıkan fantezilerine, korkularına, savunma çabalarına yoğunlaşmaktadır. Psikodinamik yaklaşımına göre travmatik kayıp ve yasa dair belirtiler bilinçaltı süreçlerin ve hafızaya ilişkin yansımaların sonucunda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Wilcox vd., 2010). Dolayısıyla tedavide esas hedef kişiye bilinçaltı süreçler ile ilgili farkındalık kazandırmak olduğu vurgulanmaktadır. Bu farkındalık kazanıldıktan sonra travmatik duruma ilişkin belirtilerde düzelme sağlanabilir denilmektedir. Jacobs ve Prigerson (2000), travmatik yasın kendine özgü semptomları nedeniyle hem ayrı bir tanı kategorisi olarak görülmesi hem de tedavisi için özel bir terapi geliştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Diğer yandan çeşitli araştırmalar, travmatik kayıp yaşayan bireylerin önemli bir bölümünün travma ve uyumsuzluk semptomları geliştirdiğini (Kaplow, Howell, ve Layne, 2014;), potansiyel olarak travmatik olayların danışanın ego işlevi üzerindeki etkisini değerlendirecek parametreler sağlayan (Moore, 1990), klinisyenin, danışanın mevcut semptomlarını ve onları tetikleyen travmatik olayların dinamik anlamını derinlemesine incelemeyi destekleyen veriler olduğunu göstermektedir. Örneğin, Melhem vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada anne-baba kaybindan 9 ay sonra bireylerin yaklaşık %40'ının belirgin bir şekilde yas, posttravmatik stres tepkileri, depresyon ve anksiyete puanlarında ciddi bir yükseliş olduğunu belirlediler. Travmatik yası olan bireylerle çalışırken, bu sorunların farkında olmak ve bunları TSSB belirtileri ile birlikte ele almak önemszenmesi gereken bir durum olduğu vurgulanmaktadır (Cohen, Mannarino, ve Deblinger, 2016). Bu nedenle travmatik yas terapisinde öncelikle yaşanan travmanın çözümülenmesi ardından yas aşamasına geçilmesi terapi açısından daha fonksiyonel olacağı düşünülmektedir.

Psikodinamik psikoterapinin buradaki amacı, bireyin travma öncesi, travma anı ve sonrası dönemlerde yaşadığı travmanın tepki aşamalarını tanımlamak ve ardından olayı formüle etmektir. Sonraki aşama ise olayın psikoterapötik müdahalesidir. Terapötik ilişki bağlamında psikodinamik psikoterapi, travma geçirmiş bireyin olaya dair algısı, içinde yaşadığı koşulların durumu ve yaşam fonksiyonlarına etkisiyle yüzleşmesine yardımcı olunmasıdır. Bu işlemleri yaparken, psikodinamik psikoterapist travmanın yol açtığı acı ve kayıplara rağmen, bireyin yaşamda bir amaç ve anlam duygusu oluşturmaya ve geleceğe dair umut beslemesine yardımcı olur. Ancak travmatik yas yaşayan kişilerle çalışmak, onların yas sürecini etkileyen durumları, biliş ve ruhsal

durumlarındaki olumsuz değişiklikleri, kaçınma tepkileri ve ilişkisel faktörlerin anlaşılmasını gerektirir (Geert vd., 2015). Özellikle karşı olgularda, suçluluk hissedildiği durumlarda ve kayba psikososyal yönden uyum sağlamak, psikodinamik yaklaşım açısından travmatik yasin psikoterapisine odaklanmak eşsiz fırsatlar sunduğu ifade edilmektedir (Butler ve Northcut, 2013).

Psikodinamik terapi, danışanı psikodinamik kurama göre anlamaya ve bu yönde ona müdahale etmeye dayanan aktarımsal herhangi bir psikolojik tedavi şeklini anlatır. Freud'un (1890) tanımlamasına göre ise, bilinçdışını, direnci ve aktarımı temel alan herhangi bir terapi şeklidir. Daha geniş anlamda ele alınırsa psikodinamik terapi; psikoanaliz, içgörüyeye yönelik psikoterapi ve destekleyici tedavi şeklinde ayrılır. Bu üç tedavinin ortak özelliği, danışanların terapistte aktardıklarını mümkün olduğunca kendi olay örgüsü bağlamında anlamak için çaba harcamaktır. Psikoterapi süreci boyunca, dinamik psikoterapist kendine şu soruları sorar: "*Kendine has* bir öyküsü ve şimdi *kendine has* zihinsel uğraşları olan bu *kendine has* danışanın, bu *kendine has* zamanda bana bu *kendine has* şeyleri aktarmasının ya da yapmasının (veya aktarmaması ya da yapmamasının) nasıl bir anlamı vardır? Bu şekilde davranmasının bilinçli ve de bilinçdışı amaçları nelerdir. Bunların arkasındaki duygu yüklü düşlemleri ve kaygıları nelerdir?" Tüm çalışmalar ya danışanın bu tür sorulara cevap vermesi için tasarlanır veyahut da daha önce terapistte vermiş olduğu cevaplara dayanırlar (Wallace, 2008).

Travmatik yas yaşayan bireylerin iki farklı problemi olduğu özellikle vurgulanmıştır: Travma tepkileri ve yas. Bunlar eş zamanlı görülebilir ya da travma tepkileri yas sürecini bastırabilir. Bu durumda öncelikle travma tepkilerine müdahale edilmelidir denilmektedir (Raphael,1999). Buradan hareketle psikodinamik psikoterapi aşamalarında ilk travma tepkilerine yönelik müdahale sisteminden bahsedildi ve bazı modeller üzerinde duruldu.

Bu modellerden ilki, Krupnick (2002) tarafından geliştirilen travma için psikodinamik tedavidir ve üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada terapötik ilişkiler kullanılarak hasta ile terapist arasında tedavi uyumunun veya ittifakının sağlanması üzerinde anlaşma sağlanır. Daha sonra hastanın travmatik yaşam öyküsü alınır. İkinci aşamada çözümleme işlemi gerçekleşir. Bilinçaltı çatışmalarının fark edilmesinin sağlanması, kişinin kullandığı işlevsel olmayan savunma mekanizmalarının analiz edilmesi gibi işlemler yapılır. Üçüncü aşamada ise önce travmadan kaynaklı kayıplara odaklanılır. Daha sonra ise terapisinin kaybına yani terapisinin sonlandırılmasına odaklanılır.

Bu aşamalar yanı sıra hastalara travmatik olayların gözlenen ya da olası etkileri hakkında psikoeğitim ve destek verilir.

İkinci model ise Jajop Lindy (1993) tarafından geliştirilmiştir. Bu tedavi modeli de 12 seanstan ve üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada ilk modelde olduğu gibi hasta ve terapist arasındaki tedavi ittifakı sağlanır. Daha sonra bu ittifak, kişinin travmatik anılarından ve sebep olduğu duygulardan kaçınmasına sebep olan savunma çabalarının devre dışı bırakılması için kullanılır. İkinci aşama ise travmatik yaşantı ile ilgi duyguları, anıları ve savunma çabalarını anlamaya ve üzerlerinde çalışmaya yönelik terapötik girişimlerden oluşmaktadır. Üçüncü aşama kişinin travmatik anıyı yeniden yapılandırmasıdır. Bu süreçte kişi travmatik olayın yasını tutar ve geçmiş yaşantılarının bir parçası haline getirir. Bu sürecin sonunda travmatik olay bir hayat tecrübesi olmuştur.

Travmatik yasin '*travma*' kısmı ele alındıktan sonra '*yas'ın psikodinamik terapisine ilişkin içerik paylaşılmıştır*'. Bu bağlamda travmatik yası olan bir danışanla çalışırken sürecin (değerlendirme ve psikoterapi) nasıl yapılandırılması gerektiği aşağıda aşamalar şeklinde aktarılmıştır.

Anamnestik Görüşme Aşaması: Tedaviye başlamadan önce psikodinamik psikoterapinin danışmaya alınacak birey için uygun olup olmadığını belirlemek gerekir. Psikodinamik terapi için danışan seçmenin ana ilkesi, terapist ve danışan için ileride yapılacak çalışma için karşılıklı olarak kabul edilebilir bir odak noktaya ulaşabilme gereğidir. Volkan (2008)'a göre en uygun danışanlar yası çözülmemiş olan danışanlardır. Bu bireyler, kaybettikleri bireyi tekrar görme umudunu taşırlar, fakat yine de birleşmelerden korkarlar. Çünkü yeniden birleşmeler yasin hiçbir zaman çözümlenmeyeceğini işaret eder. Diğer yandan travmatik yas psikoterapisinde hedef kişilik değişimi olmadığı gibi danışanın kişilik yapısına da dikkat etmede fayda olduğu ifade edilmektedir (Volkan, 1997;Krupnick, 2002).

Uygunluğu tespit edildikten sonra, danışanın yaşadığı semptomların anlamının travmatik yasin özelliklerini oluşmasına yardımcı oluyor mu? Çünkü bireyin son zamanlarda travmatik kayıp yaşamış olması ve bu olaya dair semptomlar göstermesi gerekmektedir (Spermon, Darlington ve Gibney, 2010). Başka bir durum (psikiyatrik ya da psikolojik) olmaksızın bireyin yaşam fonksiyonlarının bozulmuş olması, duygusal enerjinin düşük ve duygularıyla baş etmede güçlük yaşaması, aynı zamanda yaşanan duygusal değişimin olaydan önce stabil bir kanıt niteliğinde olması gerekir. Bu nedenle

psikodinamik çerçevede sunulacak travmatik yas psikoterapisi her ne kadar destek niteliğinde olsa da yaşanan duygular acı verici ve yoğun olabilir. Bu sürecin ortaya çıkardığı anksiyeteye dayanabilmek için danışanın yeterli psikolojik dayanıklılığa sahip olması gerekir denilmektedir (Volkan, 1997).

Terapötik başarı olasılığını arttırmak için bireyin dikkatli değerlendirilmesi önemlidir. Travmaya yol açan olay ve onu takip eden durumlar, travmaya karşı geliştirilen reaksiyonlar olmak üzere travmatik olayın ve yasin doğası ve koşulları hakkında kapsamlı değerlendirme yapmak gerekmektedir. Kısacası bireyin tüm gelişim süreci (özellikle daha önceki kayıp ve travmaların olup olmadığı) ve yaşadığı travmanın öyküsüne dair detaylı bir anamnestik görüşme yapmak çok önemli olmaktadır. Aynı zamanda bireyin klinik değerlendirmesini yapmak adına çeşitli psikolojik testler de uygulanabilir. İlk görüşmeden elde edilen çeşitli bilgiler, dinamik terapistin nerede ve nasıl müdahale edeceğini, hangi derinlikte keşfe çıkacağını belirlemesi açısından önemlidir. Bu olayın danışanda neden bu kadar reaksiyona neden olduğuna ilişkin daha geniş bir perspektiften ve derinlemesine inceleme yaparken artık terapötik sürecin daha etkili bir şekilde yürüdüğü görülmeye başlanacağı düşünülmektedir. Öte yandan travmatik yasin dinamik tedavisi sadece semptomlarla ilgili olmadığı, aynı zamanda danışanların kendilerini, başkalarını ve içinde yaşadığı durumu nasıl gördüğünün travma açısından anlamlandırılmasıdır.

Terapinin ilk aşaması, bireyin travmatik yasa giden süreçteki öyküsünü anlatmasını, gizlilik çerçevesinde terapötik ittifakın kurmayı sağlanmasıdır. Volkan (2008), Normal yaşamın aksine terapist sıkılmadan danışanın anlattığı öykünün ayrıntılarını duymak ister. Hatta öykünün daha ayrıntılı anlatması için danışanı teşvik eder. Terapist öyküyü ve manipüle ettiği duyguların danışan tarafından tolere etmesini böylece danışanın kendisini yalnız hissetmeden ve sıkılmadan hem travmatik yastan hem de terapistten uzaklaşmadan etkin bir keşif yolculuğuna çıkmış olur. Danışan kaybettiği kişi ile sürekli bir uğraş içinde olduğu için, terapinin bir ilk amacı da danışanın kendisi ile kaybettiği kişi arasındaki ayırımın yapmasına yardım etmektir. Volkan ve Zintl (2010) bu durumu şöyle örneklemektedir;

‘bir hasta babasının ölümünden kısa bir süre önce, ondan aldığı incitici bir mektuptan söz etmişti. Görüşme ilerledikçe, babasının sözcüklerinin bilinçdışı yankısıyla kendisini eleştirmeye başladı. Yorumlar arasındaki benzerliğe işaret ettim ve duygularını babasınıninkilerden ayırt etmesini istedim. Bu yaklaşım, yas tutan kişiyle kaybedilen kişi arasındaki düğüm olmuş bağı çözme

başlar. Paradoks olarak, ölüm gerçeğini anladıkça yoğun duygular, suçluluk, öfke ve üzüntü canlanır.' (s.156)

İlk psikodinamik değerlendirme genellikle yaklaşık bir saatlik seans sırasında gerçekleşir. Görüşmeci, hastanın mevcut sorunlarını, geçmiş tedavisini, erken gelişimini ve sosyal ilişkilerini keşfederken aynı zamanda hem dolaylı olarak hem de gerektiğinde doğrudan sorular sorarak zihinsel durumu değerlendirir. Kapsanacak alanları akılda tutmasına rağmen, görüşmeci önceden yapılandırılmış sorularla sınırlı değildir ve sorunların ve tepkilerin kendiliğinden ortaya çıkması için zaman bırakır. Görüşmeci, DSM-V'te listelenenler gibi sadece belirli semptomlara veya davranışlara odaklanmaz, bunun yanında semptom oluşumu ve tekrarlama kalıplarına da katılır. Görüşmeyi yapan kişi, bu bilgileri ve aynı zamanda hastanın davranışları ve duygulanımlarının eş zamanlı gözlemlerini kullanarak, hastanın geçmiş ve mevcut ego işlevini değerlendirir (Spermon, Darlington ve Gibney, 2010).

Psikodinamik değerlendirme ve tedavi, travmatik olayların anlamı ve etkisinin yanı sıra bu olayların mevcut semptomlarla ilişkisinin açıklığa kavuşturulmasında benzersiz bir şekilde yardımcı olabilir. Son olaylardan sonra semptomatik hale gelen, bu olaylardan önce çok daha yüksek düzeyde işlev gören ve travması artık devam etmeyen hastalar için, psikodinamik psikoterapi genellikle son derece etkilidir ve nispeten kısa süreli olabilir (Spermon, Darlington ve Gibney, 2010)

Psikoeğitim: Bireyin yaşadığı travmanın belirtileri açıklanır. Açıklamalar bir yandan danışanın tepkilerini normalleştirirken bir yandan da yaşanan tepkilerinin bir kader olmadığı bunların etkili bir tedavi ile giderilebileceği vurgulanır. Benzer şekilde travmanın semptomlarını sürdüren etkenler açıklanır ve bu açıklama bağlamında tedavide kullanılacak yöntemler ve tedavinin gerekçeleri ile ilgili bilgi verilmektedir (Kendall,1993;Şalcıoğlu, 2017; Follette ve Ruzek, 2018). Travmatik yası olan bireyin semptomlarını azaltmak, oturum dışı sürelerin kullanılması ve danışanlara terapiye aktif olarak katılmalarını sağlamak için psikoeğitimin sağlıklı verilmesiyle mümkün olmaktadır (Heller ve Northcut, 2011).

Tedavi Rasyoneli: Korku, kaygı ve sıkıntı ile kaybın yaşandığı anın görüntüleri arasındaki ilişkinin ve bunların neden olduğu çaresizlik ve korku duygusunun travmanın semptomlarını sürdürmede etkili olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda travma anında yaşananlara dair flashbeklerin bir düşman olarak kavramsallaştırılması ve danışana bunun

savaşması, ortadan kaldırılması ve üstesinden gelinmesi gereken bir duygu olduğunu göstermek tedavi için önmeli bir adım olabilir. Bu duyguyu normalleştirmek için kaygı ve korku oluşturan durumlardan kaçınmayı bırakmak, bu korkuları tolere etmeyi öğrenene kadar maruz kalmayı gerektirir denilmektedir (Şalcıoğlu, 2017). Örneğin, *Size yaşadığınız travmatik olayı hatırlatan durumlarla karşı karşıya kaldığınızda anılarınız/travma anındaki görüntüler aklınıza hücum ediyor ve o anı tekrar yaşıyormuş gibi hissederek aynı korkuyu duyuyorsunuz. Benzer bir şekilde kendinizi güvenli hissetmediğiniz durumlara girdiğinizde korku duyuyorsunuz. Bu korku / kaygı sizi rahatsız ettiği için bu durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorsunuz ya da bunlarla karşılaştığınızda kaçınıyorsunuz. Bu size kısa süreli bir rahatlama hissettiriyor ama aslında uzun vadede bu kaçınmanız korkularınızı sürdürüyor ve bu durumlar üzerinde kontrol sağlamayı / bunları tolere etmeyi öğrenmenize engel oluyor. Oysa bu durumların üzerine gitmeye başlarsanız, başlangıçta zorlansanız bile, zaman içinde direnç kazanıp bunlara dayanmayı öğrenebilirsiniz. Bu durumların yarattığı kaygı / korkuyu tolere edebildiğinizde, zamanla sizde daha az korku yaratmaya başlayacaklar.*

Kaygı Yönetimi (Gevşeme Egzersizleri, Nefes Egzersizleri): Gevşeme egzersizleri, strese karşı fizyolojik tepkileri açıklamak ve oluşan tepkileri azaltma tekniklerini öğretmektir. Danışanlar doğa yürüyüşü, meditasyon, okuma çalışmaları, bir arkadaşıyla yaşadığı durumu paylaşmak gibi çeşitli biçimlerde kaygısını yönetebilir.

Kayba bağlı oluşan anksiyetenin tedavisinde gevşeme teknikleri, korku, kaygı, hostalite gibi duyguları harekete geçiren uyaranların varlığında psikofizyolojik uyarılma düzeyini minimize etmek için kullanılmaktadır. Dolayısıyla, bu egzersizlerin esas amacı, bireyin kayba bağlı oluşan anksiyete karşısında kendi özgül nefes ve beden tepkilerinin birey tarafından fark edilmesi ve bunları kontrol etmeyi öğrenmesidir (Beidas, Podell ve Kendall, 2008).

Terapinin Orta Aşaması: Bu aşama psikoterapinin derinlemesine çalışma basamağını oluşturmaktadır. Semptomlar odak noktayı oluşturdukça, terapist ve danışan travmanın çözülmesinin zorlaştıran temel inançlara, tutumlara ve tematik içeriklere daha fazla önem vermektedir. Travmatik yas yaşayanlarda yaygın olarak ortaya çıkan belirli düşünce ve duyguları bilmek (Krupnick ve Horowitz, 1981), terapi bağlamında ortaya çıkan sorunları öngörmek, danışan tarafından kabul edilemez id'kiler, arzular ve duygular konusunda iyileştirici yöntemler ele alınabilir. Teknik ve zamanlamaya dikkat eden

terapist, terapisinin bu aşamasını daha fazla yorumlayıcı bir modla geçtiği, danışanın daha önce bozulmuş olan düşünce yapılarını tamamlamasına izin vermektedir (Krupnick, 2002).

Duygu Regülasyonu: Duygu-travma modeline (Breuer ve Freud, 1955) göre, yaşanırken üzerinde durulmayan, düşünülmeyen yani zihinselleştirilemeyen veya dille ifade edilerek boşaltılmayan duygular hazmedilemez; hazmedilemeyen bu duygular ise hastalığa ve klinik belirtilere neden olur. Dahası travmatik yas sürecinde, travmatik olay ve onun duygusal etkisi depolanır ve hem histerik semptomlar aracılığıyla beden üzerinde ortaya çıkar hem de dış kaynaklı travmanın iç dünyada yönetebilmesine aşırı odaklandığı için yaşanan kayıpların etkisi bireyde çeşitli savunma mekanizmaların işlenmesine neden olur. Bu durum ise bireyin yaşadığı kayba karşı ifade etmesi gereken duygunun bastırılması ve sosyal ve ahlaki kaygı içerikli suçluluk duygusu olarak yüzeye çıkabilir. Bunun için terapist kayıp yaşayan bireyin, kaybedilene ilişkin yaşadıklarını tanımlamasını, adlandırmasını ve hatta çizmesini isteyerek duygusal düzenlemeye yönelik büyük bir adım atabilir.

Psikanalizin erken gelişim aşamalarında değişim şu şekilde özetlendi: Kayıp sonrası oluşan yasin duygusal dönüşümü için, bilinçdışı olanın bilince gelmesiyle sağlamaktadır (Freud, 1963). Genelde psikanalistler ve psikanalitik psikoterapistler, terapötik değişimin, direncin, savunmaların, çatışmaların ve aktarımın analiz edilmesi ve tabii ki içgörünün gelişimi ve duygulanımın değişmesi sonucunda oluştuğunu kabul etmektedirler. Modern psikanalitik teoride ve uygulamada ise danışanın duygusal işlevselliğinin farkındalığına varmasına ve duygusal deneyimlerini daha geniş bir aralıkta değerlendirip yönetebilme ve tolere edebilme kapasitesinin geliştirilmesine vurgu yapılmaktadır.

Danışanların sahip oldukları duyguları nasıl yaşadıkları, nasıl ifade ettikleri ve süreçte duyguların danışanı nasıl etkilediğini ifade eder. Kaybedilene dair danışanın ne hissettiğini fark etmek ve adlandırmak duygusal düzenlemeye doğru atılmış önemli bir adımdır. Travmatik yas yaşayan danışanların sevdiklerini aniden ve beklenmedik şekilde kaybettiği için suçluluk, kızgınlık veya öfke hissedebilir. Bu durum kaybedilene karşı ikircikli duygulara neden olmaktadır. Terapist kayıp yaşayan bireyin, kaybedilene ilişkin yaşadıklarını tanımlamasını, adlandırmasını ve hatta çizmesini isteyerek duygusal düzenlemeye yönelik büyük bir adım atmış olur. Psikodinamik sürecin merkezinde,

ilişkisel matrisin değişimi ve seans odasında ortaya çıkan aktarım/karşı aktarımın yorumlanması ve terapistle aradaki ilişkinin ‘-mış gibi’ ilişki olduğunun kavranmasında yatmaktadır. Bu bağlamda, korkular ve tehlikeli arzular, yeniden deneyimlenebilir, ifade edilebilir, kabullenilebilir ve sahiplenilebilir (Greenberg, Alberg ve Tompkins, 2020). Sonuç olarak travmatik yas yaşayan bireylerin duygularıyla çalışırken, psikodinamik terapist, danışanı dinler, klinik çerçeveden gözlemler, aktarım ve karşı aktarımların tezahürüne, yansımalarına ve diğer savunma düzeneklerine dikkat ederek terapötik süreci yürütmektedir (Özakkaş, 2018)

Bağlantı Nesnesi: Yeterli düzeyde duygular dışavurulduktan sonra, danışanlardan bir bağlantı nesnesi getirilmesi istenir. Bağlantı nesnesi, danışanın yetirdiği kişiye ait olan, kaybedilenin anımsanmasına ve onun anılarını yaşatmaya yarayan nesnelerdir. Benzer şekilde bu nesneler yitirilen kişiye dair anıları korumanın stratejik bir yoludur (Neimeyer, 1999). Danışanın nesnelere dair ilişkisini dış dünyada yeniden yaratabilmek adına veya yitimin getirdiği çöküntü ve çatışmayı tekrar yaşayabilmek için bağlantı nesneleri yas sürecinde önemli bir yer tutar. Bu nesnelerle birey, ölen kişinin her daim yanında olduğunu hissedebileceği ve hatta ölenin ruhunun kendi içsel süreçlerinde hala canlı durduğunu düşünmektedir. Burada esas problem, bireyin kaybettiği ile olan çatışmalarını çözümleyememiş olmasından kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Bu duruma psikodinamik terapistler, *içe alınmış nesne* adını vermektedirler (Volkan, 2017). Yası olan birey, içe alınmış nesne meydana getirmekle bir bağlantı nesnesi oluşturduğunu ve bu nesnenin dışavurulmuş içe alınmış nesnenin ve ona bağlı kendilik tasarımının bulunduğu önemli nokta olduğu söylenebilir.

Amaç, yitimin ardından yaşanan varoluşsal boşluğu ve duygusal eksikliği gidermektir. Örneğin, 2001 yılında abimi kaybettikten sonra ondan arta kalan bir sürü eşya oldu. Babam bunların birçoğunu dağıttı fakat bir evrak çantasını hala muhafaza ediyor. Bir anlamda babam, abimle olan ilişkisini sürdürmek için bu tür nesneleri saklardı. Bu nesneler kayıp yaşayan kişiyi hem rahatlatır (Andrews ve Marotta, 2005) hem de hastanın öfke, suçluluk vicdan azabı, üzüntü gibi duygularının ayırıcına varmalarını sağlamaktadır (Volkan, 2017). Ancak babam eskiden daha fazla (ortalama ayda 3 defa) bu çantayı ortaya çıkarırken son yıllarda ise yılda bir defa ortaya çıkarttığı oluyor. Kaybın üzerinden zaman geçtikçe bağlantı nesnesi etkisini kaybetmekte ve böylece kayıp yaşan birey yasını tamamlamaya hazır hale gelmektedir. Hastalar ilişkiye elveda derecesine, mezarı ziyaret ederek ya da yitimin anısını yaşatacak başka bir şeyler

bularak son adımları atmaktadırlar. Burada amaç, bu bağlantı nesneleri vasıtasıyla danışanı hem yeniden yaslandırmak hem de yasını tamamlamasını sağlamaktır. (**Not:** Ancak ben bu cümleleri yazarken babam yaşıyordu, canım babam.....)

Rüyaların İşlenmesi: Düşlerimizin manifest içeriğinden veya aktarımda bulunduğu hikâyesinden, yas işinin izi takip edilebilir. Yas sürecinde görülen rüyalar tipik olarak yas işinin unsurlarını da taşırlar. Bunlar; geride bırakılmaya karşı öfke ve yeniden bir araya gelme isteği ve ilişkinin dinamiklerinin yeniden canlandırılması olduğu vurgulanmaktadır ve Volkan ve Zintl (2008) bu durumu şöyle örneklendirmiştir:

Hastam Kelly, terapisinin başında, düşünde yeşil bir çayır görmüştür. Daha sonraki düşlerinde, çayır sürülerek dar bir çukur kazılmıştır, ardından ölmüş olan babasını canlı ama tekerlekli iskemleye bağlı olarak gördü. Son düşlerinden birinde, Kelly babasını ve tekerlekli iskemleyi çukura koydu. Yaklaşık bir hafta sonra, düşünde bir kez daha yemyeşil bir çayır gördüğünü söyledi. “Ancak bu kez, babamın ölü ve gömülmüş olarak yeşil çimenlerin altında olduğunu biliyorum”, dedi. Bu, yeniden yaslanma çalışmasının sona erdiğine işaret ediyordu (s. 157).

Fotoğraf: Kayıp yaşayanın kaybettiği bireyle ilgili seansa bir fotoğraf getirilmesi, danışanın bu fotoğrafa bakarak onun hakkında konuşmasının, danışan için kaybedilenin ne anlam ifade ettiği konusunda açık bir şekilde konuşmasına yardım etmektir. Bu durum eski anıları, çatışmaları, bitirilmemiş işleri yeniden canlandırdığı ve böylece kaybedilene dair etkinin hafiflediği söylenebilir.

Ölüm Haberinin Verilişi: Burada amaç, kayıp yaşayan bireyin, yitirilenin kayıp şeklini doğrudan görmediği durumlarda konuşabilmektir. Daha ziyade askeri ölümlerde, ebeveynlerin ölümleri halinde kullanılması uygundur. Askeri ölümlerde, kapıya gelen üniformalı görevlilerin korkutucu haber verdiklerine dair bireyler ciddi kaygı yaşamaktadırlar. Diğer yandan ebeveynlerin ölümleri halinde, geride kalanlara bu ölümün haberinin nasıl verildiği, telefon görüşmeleri veya medyadan haber alınması gibi süreçlerde bireyin travmatize olması muhtemeldir. Bu sebeple terapi seanslarında ölüm haberinin kim tarafından verildiği, nasıl verildiği, bireyin buna karşı tepkilerinin ne olduğu ile ilgili terapötik sürecin yürütülmesi fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Volkan, 2008).

Savunma Düzeneklerinin Çalışılması: Travmatik bir kayıptan sonra savunma düzenekleri daha da güçlenmektedir. Birey; kayıp ve matem, yaşlanma ve ölüm, baskı, örselenme ile karşılaştığında savunma düzenekleri gelişimin önündeki yolu tıkanmaya başlar. Ruhsal sağlığa giden yolculuk, savunma düzeneklerinin derinlemesine çalışmayı gerektirmektedir. Yas tutmanın eksikliğinin sonucunda, bireyler hayatın erken evrelerindeki içsel nesnelere bağlı kalmaktadırlar. Bahsi geçen nesneler yaşam fonksiyonlarını bozan ve çoğunlukla savunma amacıyla idealize edilmişlerdir. Burada kayıptan dolayı yası tutulmamış parçacıklar genellikle bastırılmaktadırlar. Aynı zamanda bastırılan nesneler içlerinde içsel nesneleri ve kendiliğin bu nesnelere bağlı yönlerini barındırırlar. Böylece birey tükenme aşamasına gelir ve kendisine dair bilgisi zayıflamaktadır (Kogan, 2011). Yas sürecinde genellikle danışanlar tarafından, yadsıma, içselleştirme, dışsallaştırma ve somatizasyon gibi savunma düzenekleri kullanılmaktadır (Volkan, 1997). Bu savunma düzenekleri, travmatik yas yaşayan bireyin takıldığı parçalar netleştirilir, netlik kişide farkındalık yaratır. Netleşmeden sonra zorlanılan alanlarda (yadsımanın düzelebilmesi için) yüzleştirilme yapılır. Sonraki aşama ise aktarım ve karşıtaktarım geliştikçe yorumlamalar yapılır. Böylece danışan içgörü kazanır, bu becerisi geliştikçe iyileşme süreci de hız kazanabilir.

Sonlandırma Aşaması: Sonlandırma üzerine bilinmesi gerek en önemli nokta, terapide hiçbir zaman tümüyle doyurucu bir sonlandırma olmamasıdır. Ancak yine de danışan ve terapist birlikte geçirdikleri zamanı gerçekçi olarak değerlendirip, neyi başardıkları, danışanın kendisine dair neyi keşfettiği gözden geçirilir ve kaybın yıldönümlerinde olası semptomların alevlenmesiyle, danışanların doğal bir yas dönemi geçirmelerine yardımcı olunur.

2.8 Psikolojik Değerlendirmede Sürecinde Projektif Tekniklerin Rolü

Ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin görüşlerin gelişmesiyle beraber bu alanla ilgili uzmanlık alanları da gelişti ve gelişmektedir. Bu uzmanlık alanına sahip ruh sağlığı çalışanlarının, danışmaya başvuran bireylerin hastalık semptomlarının ya da problemlerinin belli bir anormalliğe işaret edip etmediğini belirlemek için yaşanan psikopatolojiyi değerlendirme ve tanılama tekniklerini öğrenmeleri gerektiği ifade edilmektedir (Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015). Dahası danışanın ruhsallığına ilişkin yeterli bir değerlendirme yapılmadan danışmanlık veya psikoterapiye başlamak hem sakıncalı hem de meslek ahlakına aykırı ve tehlikelidir (Corey, 2008) denilmektedir.

Danışanın yaşadığı ruhsallığı değerlendirmenin yöntemlerinden biri de projektif tekniklerle yapılan değerlendirmedir.

Projektif değerlendirmenin geçmişi, Leonardo da Vinci'nin öğrencilerini seçmede, öğrenci adaylarının belirsiz bir form üzerindeki şekil veya özellikleri bulmaya çalışırken sergiledikleri yaratıcılığı temel aldığı söylenen 1400'lü yıllara dayanmaktadır (Piotrowski,1972). Daha sonra Freud'un insanlar kişiliklerinin kabul edilmeyen yanlarını diğer insanlara 'yansıtırlar' veya diğerlerine atfederler görüşü geliştirerek, insanların bilişsel işlemelerinin, algıları, ihtiyaçları, ilgileri ve psikolojik mekanizmaları tarafından etkilenme eğiliminde olduğu görüşü hâkim oldu (Exner,1976). Bu hâkim görüşü destekleyen Kramer, Bernstein ve Phares (2014) projektif değerlendirmeyi, her bireyin kişiliğinin önemli ölçüde, o kişinin belirsiz bir uyarıyı nasıl yorumladığını ve ona nasıl cevap verdiğini belirlendiği bir süreç olarak tanımladılar. Sonuç olarak projektif yöntemin uygulandığı kişi için, tam anlamıyla belirgin olmayan bir malzmeden hareketle çağrışımlar yapmayı ve konuşmayı gerektirir. Dahası bu belirsiz malzemenin algısal ve latent özellikleri, daha sonra teste verilen yanıtlar olarak karşımıza çıkan duyulara ve temsillere dair bir deneyim alanını harekete geçirmektedir. Böylece kişinin söylevi, tetikte olma halinin azalması ve testin düşlemsel olanı harekete geçirmesi ile açığa çıkan çağrışımsal ifadede, içsel tasarımların belirmesini sağlamıştır. Bu durum, projektif testlerin, hem tanılama sürecinde araştırma ve değerlendirme aracı olarak, hem de klinik psikoloji ve psikopatoloji alanlarında metapsikolojik bir araç olarak kullanılmaya başlanmasına katkı sunduğu (Chabert, 2013) görülmüştür.

Projeksiyon, dışa yansıtma anlamındadır ve bu teknikte anlatılmak istenen, insanın kendi içinden geçeni, kendi içinde var olanı çevresinde bulunan dış dünyaya yansıtarak bu olguları dış evrenin birer ürünü olarak görmesi, burada geçiyormuş gibi duymasıdır. Yani birey dış dünyayı algıarken, bilinçaltındaki duyusu ve eğilimlerini, kendine özgü çeşitli ruhsal olguları dış evrene yansıtır. Bu nedenle bireyin algıladığı, aslında, dışındaki evrene yansıyan kendi iç dünyası oluşur. Örneğin, Hırsızdan korkan insanlar, geceleyin duydukları en ufak bir gürültüyü hırsıza yorarlara ve yataklarından irkilerek sıçrarlar. Benliklerinde ahlaki bir çatışma yaşayanlar, çevrelerindeki insanları ahlaksız ve günahkâr görürler. Başkalarını aldatanlar, başkalarını kendisini kandırdığını öne sürerler. Özgüveni bulunmayan, insanlar kendisini sevmediğini zannedenler, çevrelerinde duydukları fısıltıları, kendilerini yeren konuşmalar olarak yorumlarlar. Cinsel bakımdan doyum bulamamış bazı kadınlar, pek çok kişinin kendine âşık olduğunu,

peşinde dolandığını, onunsa hiçbirine yüz vermediğini ileri sürerler. Cinsel açlık çeken kimi erkekler, kendisinin tam bir Kazanova olduğunu, pek çok kadının onun gibi olmak için can attığını söylerler (Aydın, 2019) .

Projektif testler, resimler, mürekkep lekeleri ve tamamlanmamış cümleler gibi uyarıcılardan yararlanmaktadırlar. Bu durum ise psikanalitik yaklaşımın getirdiği ‘Yansıtma Hipotezi’ne dayanmaktadır (Freud, 1955).

Yansıtma Hipotezi

Projektif testlerin temel aldığı yansıtma hipotezine göre, bireyler belirsiz ve açık seçik olmayan uyarıcıları anlama, bu malzemeyi açıklamak ve yorumlamak istedikleri zaman, gerçekte belirsiz olan bu malzemeye tepki gösterirken kendi içsel ve kişisel gereksinimlerini, duygularını, deneyimlerini, önceki şartlanmalarını, korkularını, algılarını ve düşüncelerini ifade eder, içsel dünyalarını dışa yansıtırlar. Örneğin, korkmuş bir çocuk karanlık bir odaya baktığı zaman orada bir karartı görebilir ve bunu korkunç bir canavar olarak algılayabilir. Çocuk kendi korkusunu karartı şeklinde gördüğü gölgeye yansıtmaktadır. Gölge, nitelik yönünden nötr bir uyarıcıdır, ne iyidir ne de kötüdür, ne çirkin ne de güzeldir. Çocuğun gerçekten gördüğü şey kendi iç dünyasında yansıttığı şeylerdir. İşlevsel olarak yansıtma, Freud’un kuramında bir savunma mekanizmasıdır. Yansıtma, kişinin kendisi ile uzlaştıramadığı bastırılmış dürtü ve duygularını, çatışmayı ya da kaygısını azaltmak için bunları dış dünyadaki kişi ve objelere yüklemesidir. Bu anlamda, yansıtma, kişinin kendi dürtü ve özelliklerini reddetmesi durumunda bunu çevresindeki diğer bireylere veya objelere yüklemesi şeklinde olan bilinç dışı ve patolojik bir süreç olmaktadır. Ancak, Freud yansıtma sürecini sadece patolojik olarak değil normal gelişimde de önemli bir mekanizma olarak görmektedir (Özgüven, 2014).

2.8.1 Projektif Tekniklerin Genel Nitelikleri

Projektif teknikler olarak değerlendirilen çeşitli teknikler kendine özgü özellikleri olmakla birlikte bu tekniklerin bazı genel nitelikleri bulunmaktadır.

1. Projektif tekniklerde yararlanılan uyarıcılar yapılandırılmamış, belirsiz ve açık seçik olmayan uyarıcılardır. Bu uyarıcılara karşı gösterilen tepkiler seçmeli testlere benzer yapıtlar olmaktan öte açık uçludur. Denekler teorik olarak kendisine gösterilen uyarıcılara karşı çok sayıda cevap verebilir. Çünkü açık bir anlamı olmayan bu tür uyarıcıları denek yorumlarken ya da yapılandırılmamış uyarıcıyı yapılandırırken, hayatında deneyimlediği değer ve düşünceleri ile bağlantılı şekilde hayal gücünü

kullanır, kendinden bir şeyler yansıtır. Aslında projektif teoriye göre bu uyarıcılara yansıtılan deneğin kendi kişilik özellikleridir (İkiz, 2015)

2. Projektif tekniklerde testin amaçladığı şeyin ne olduğuna ilişkin deneklerin bilgisi yoktur. Bu tekniklerde denek, kendi kişiliğinin ölçüldüğü ile ilgili genel bir bilgiye sahip olsa da testin asıl amacı gizli tutulmakta, testin amacını ya da neyi ölçtüğünü soran deneğe ise ‘hayal gücü’nü ölçtüğü şeklinde cevap verilmektedir. Deneklere verilen uyarıcıların rasyonel olarak neyi ölçtüğünün bilinmemesi, dış faktörlerin etkisi ile denekçe verilen cevapların manipüle edilmesi veya uyarılama olasılığını en aza indirmektedir. Bu durum kişilik ve diğer envanterlerde sorun yaratan ‘**sosyal kabul hatası**’ ve ‘**yanıltma hatası**’ gibi deneğin gerçek durumunu ifade etmesini engelleyen etmenler büyük oranda ortadan kalkmaktadır (Alibal,1974).
3. Projektif teknikler kişiliği çok yönlü ve aynı zamanda bir bütün olarak yansıtır. Diğer kişiliği ölçme tekniklerinden farklı olarak bu teknikler kişiliğin belirli bir yönünü değil kişiliğin bütününe ölçmek üzere geliştirilmişlerdir. Uyarıcılara verilen tepkiler ve cevaplar kişiliğin bütününe yansıtmakta, yansıtılan durumlar deneğin kişilik yapısına, deneyimlerine, yorum ve değerlerine göre şekillenmektedir. Sonuçların yorumlanması ise evrensel ve impresionistik olarak yapılmakta, psikometrik yöntemde olduğu gibi ayrı ayrı özelliklerin ölçülmesi şeklinde yapılmamaktadır. Uzman klinik yöntemlere göre malzemeyi yorumlamakta ve değerlendirmektedir (Akkoyun, 2019).
4. Projektif teknikler kişiliğin ölçülmesinin yanında kişiliğin bilinçdışı, kişiye özgü ve örtük yönlerini ölçmeyi de amaçlamaktadır. Bu yaklaşımda bireyin çoğu zaman kendisinin de farkında olmadığı, kişiliğin gözlenmesi en zor olan yönlerini öğrenmede oldukça etkilidir. Bu yansıtıcı araçlarla özellikle psikoanalitik yaklaşımda önemsenen konular öğrenilmektedir.
5. Projektif teknikler, psikanalitik varsayıma dayanırlar ve geniş ölçüde psikanalitik teoriyi çok iyi bilmelidir. Testör tam bilgi ve yetenek sahibi değilse, test yorumuna denekten çok kendini yansıtır. Bu nedenle, projektif tekniklerin başarısı, bilinçli ve yetenekli uygulayıcıların yetişmesine bağlıdır (Aydın, 2019).

2.8.2 Psikolojik değerlendirme sürecinde Projektif tekniklerin önemi

Psikiyatrik, psikopatolojik veya psikanalitik anlamlarda olsun, klinik gündem kaçınılmaz olarak kelimenin daha geniş anlamıyla, tanı sorusuyla karşı karşıya

kalmaktadır: bu, bir kişinin yararlandığı işleyiş biçimlerinin, yaşamını sürdürmesini sağlayan ruhsal davranış yelpazesinin kavranmasını; böylece kendisiyle birlikte değişim potansiyelini de açığa çıkaracak olası terapi yöntemlerinin tasarlanmasını ifade eder (Chabert, 2013). Projektif teknikler de bu süreçte, kendine has ve tekil bir halde sınırlandırılmış olan söylevin dinlenmesi ve deşifre edilmesi sayesinde, bireysel ruhsal işleyişin keşfini ve analiz edilmesini sağlarlar. Böylece projektif teknikler, her özneye has yansıtma ve algısal tutumları hareketlendiren bir yöntem ve bir çerçeveden yola çıkarak, hastanın ruhsal hareketlerine anlam vermenin desteklenmesini sağladığı ifade edilmektedir (İkiz, 2015). Projektif teknikler tanılama ve tanı koyma sürecinde, danışanların sorunsallığına ilişkin diğer tekniklerin ulaşamadığı derin bir bakış açısı sağlamada önemli bir rol oynadığı söylenebilir (Martin ve Frackowiak, 2017). Zamanın akışı, değişimi de kapsayan birtakım düzenekleri harekete geçirmesi, ancak aynı zamanda kendilik temsil biçimlerinde ve ötekiyle ilişki kurma biçimlerinde sürekliliği de içerir. Bu değişimle birlikte bazı sorunsallıklar ortaya çıkmaktadır; bunlardan ilki kayıpları ele alma ile öznel ve sabit bir kimliği koruyabilme kapasitelerini açığa çıkaran ayrılık sorunsalının düzenli olarak yeniden canlandırılması ile ilgilidir. İkincisi ise, dürtüsel diyalektiğe bağlıdır. Öyle ki, cinsel özdeşimlerin ve nesne seçimlerinin oluşumu ve evriminde ve bununla birlikte, bunların çatışma düzeneklerine dâhil olmasında rol oynamasıdır. Projektif testler bu sorunsallara cevap vermesi oldukça önemli bir teknik olduğunu göstermektedir (Chabert, 2013).

Projektif teknikler, bir tanı koymaya yardımcı olması dışında, başka amaçlar için de kullanılır. Örneğin, değerlendirme yöntemleri sıklıkla uygun terapötik girişimleri tanımlamak için kullanılır. Tekrarlanan değerlendirmeler. Bozukluğun nedeni üzerine araştırma yapma temel öneme sahiptir. Çeşitli tekniklerden gelen veriler birbirini tamamlar ve kişiye dair daha bütüncül bir çerçeve sunar denilmektedir (Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015). Hatta egonun fonksiyonuna ilişkin bilgiler aktarmaktadır. Ego, dış dünyadan ve bilinçaltından gelen uyarımları algılayan, değerlendiren, bunları yanıtlayan bir merkezdir. Dış dünyaya yönelen ego, bazı uyarımları kolaylıkla kabul eder; ancak bazı uyarımları iter, bazılarını kaçar. Bilinçaltı eğilimler de, her bireyde değişik nitelik ve özellik taşırlar. Ego, bunları kişiye özgü bir biçimde denetler ve değerlendirir. Geri teper veya ego zayıfsa çatışma ortaya çıkar denilmektedir (Chabert, 1995). İşte projektif teknikler, egonun dış dünyadan ve bilinçaltından gelen uyarımları algılayış biçimini, bunları nasıl değerlendirip denetlendiğini, hangi koşullar altında, ne türde

cevaplandığını, bu cevapların ne dereceye kadar gerçeğe uygun biçimde organize ve ifade edildiğini veya gerçekten saptığını, kısaca egonun özellik ve etkinliklerini açığa vurduğu belirtilmektedir (Chabert, 2013).

Diğer yandan projektif teknikler, danışan ile ruh sağlığı çalışanı arasındaki aracı konumda orijinal bir yaşantıyı gösterir ve dinamik bir yaklaşım içerisinde kişinin kendine has olan işleyişlerini bulmanın yanı sıra psikanalitik kuramın kuramlarını temel alan test yorumlamaları teşhis ve terapötik bağın kurulmasında temel yaklaşım olarak bize zengin bir bilgi sağlayacağı ifade edilmektedir (İkiz, 2015). Çünkü ‘Olumlu aktarım’ olarak adlandırılan, danışan ile olumlu bir ilişki oluşturulmadan, hastalarla terapötik bir ittifak kurulamaz ve bu nedenle süreçten olumlu bir sonuç alınamaz denilmektedir (Yıldırım, 2013). Bu açıdan, projektif teknikler, ruh sağlığı çalışanı ile danışan arasında terapötik bir sürecin başlangıcı olarak görülebilir. Psikometrik yaklaşımda, ‘*kişisel bilgi envanteri*’ olarak bilinen ve ölçümlerde normatif bakış açısı ya da istatistik odaklı değerlendirme yöntemlerinin aksine projektif teknikler, klinik bir perspektifle bireyin yaşamını, anlamlarını, önem verdiklerinin, örüntülerini ve özellikle de hislerini görmesini sağlayan bir süreç olduğu ifade edilmektedir (Frank, 1939).

Sonuç olarak, projektif testlerde hem danışanın testi manipüle etmesi hem de taklit etmesi olasılığı düşük olması, danışanın sağaltımına ilişkin oluşturulacak formülasyon için önemli olmakla birlikte her iki yöntemin (objektif ve projektif testler) birlikte kullanılması önerilmektedir (McClelland, Koestner ve Weinberger, 1989; Bornstein, 2002).

2.8.3 Projektif tekniklerin kullanımının danışanlar ve ruh sağlığı çalışanları açısından yararları

Yansıtılmalı tekniklerin bireyin ruhsal süreçlerinin incelenmesinde kullanılması uzun ve önemli bir geçmişi bulunmaktadır. Özellikle danışan ile kurulan biricik ilişkide, yansıtılmalı tekniklerin danışmanlık sürecinde deneyimlenmesi ve kullanımı psikiyatri, klinik psikoloji ve psikopatoloji alanında anlam bulmaya başladı. Danışan ile terapist arasında aracı konumunda orijinal bir yaşantıyı gösteren bu testlerin hedefi, dinamik bir yaklaşım içerisinde kişinin kendine has olan işleyişlerini bulmaktır. Bu nedenle terapist test verirken zihinsel işlemlerin nasıl devreye girdiği belirli bir kuramsal sağlamlığa sahip olması gerekmektedir. Böylece psikanalitik kuramın kuramlarını temel alan test

yorumlamaları, tanılama ve terapötik bağın kurulmasında temel yaklaşım olarak terapistin zengin bir bilgi sağlayacağı düşünülmektedir (İkiz, 2015).

Psikoterapi ve ruhsal süreçlerin incelenmesi sürecinde projektif tekniklerin birçok fonksiyonu olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada birkaç tanesinden bahsedilmektedir;

İlki, danışmanlık ilişkisinin geliştirilmesi aşamasında bu sürecin bir bileşeni olarak yansıtma tekniklerinin kullanılması, danışanın kendisini ifade etmesi için doğrudan sözlü bir açıklamadan başka bir yol sunması açısından önemlidir. Örneğin, danışandan yarım bırakılmış bir cümleyi tamamlaması ya da bir insan resmi çizmesinin istenmesi, odağı sözlü ifadeden bir görevin tamamlanmasına kaydırır ve böylece danışan ile danışman arasında etkileşim başlanmış olur. Bu durum projektif tekniklerin çok modlu bir ifade özgürlüğü (Anastasi, 1992) sunmasını sağlar. Dahası bir danışan belirsiz ve nispeten tehdit içermeyen yansıtma bir yöntemle yanıt verirken, tekniğin katılımcı ve sürükleyici doğası gereği onun savunmacılığı genellikle azalır (Clark, 1995) ve terapötik ilişkinin kurulması kolaylaşmış olur. Danışmanlık ilişkisi bağlamında değerlendirildiğinde, bu durumu Winnicott (1998) ‘geçiş nesnesi’ olarak adlandırmaktadır. Burada danışan ile danışman arasında kurulan ilk ilişkiye dair bilgi vermektedir.

Projektif tekniklerin ruh sağlığı ve danışan için diğer bir fonksiyonu ise, danışanın malzemeyi tamamlarken, danışman tarafından nispeten standart bir gözlem sürecinden geçirilmesi (Cummings, 1986) ve danışanın kızgınlığı, dürtüsellliği ve işbirliği gibi davranış örneklerinin not edilebilir olmasıdır. Benzer şekilde danışan, kendisine verilen yeni malzemeyi keşfeder, onunla kendi başına kalarak yeni bir malzeme yaratır; yani bir anlamda icat eder. İşte bu durum keşfetmek, yeniden bulmak ve yaratmaktır. Test uygulaması sırasında kendisine verilen bir malzemeyi içsel süreçlerine dönerek yeni baştan öznel olarak oluşturan kişi, bir anlamda bu malzemeyi yeniden oluşturacağı ifade edilmektedir (İkiz, 2015).

Son olarak, projektif testten elde edilen bilgilerle danışan ilişkin psikoterapi planlaması netleştirilebilir ve açıklığa kavuşturulabilir denilmektedir (Korchin ve Schuldburg, 1981). Danışmanın danışmanla çalışmaya devam edip etmemesi, daha kapsamlı bir değerlendirme düşünmesi veya danışanı başka bir danışmana ya da kaynağa yönlendirmesi konusunda bir karar vermeye yarayabildiği (Drummond, 1992) gibi danışmanlık süreci için bir hedef ve amaç belirlemek için de kullanılabilir. Yani danışanın

kişilik dinamikleri hakkındaki bilgiler terapötik bir tedavi planı oluşturmada yardımcı olur (Oster ve Gould,1987).

2.8.4 Önemli Bir Projektif Teknik: Beier Cümle Tamamlama Testi(BCTT)

Burada, çalışmanın nitel ve projektif test bağlamındaki verilerin toplanmasında kullanılan Beier Cümle Tamamlama Testi'nin tanıtılmasına yönelik bilgiler verilmiştir.

2.8.4.1 Testin Amacı ve içeriği:

Beier (1960) tarafından bireylerin genel davranışlarını, iç görü düzeyini, geçmişe dair belirsizliklerini, geleceğe dair kaygı ve korkularını, çevresiyle olan iletişim ve etkileşim biçimini ve davranışlarındaki bilinçdışı yansımalarını (actin out) anlamamıza yardımcı olan, yarı yapılandırılmış yansıtıcı (projektif) bir testtir (Doğan, 2015). İnsanlar taşıdıkları ruhsal içselliği sözel ifadenin yapılanmamış kısmına yansıtırlar. Bir anlamda eksik olanı 'sözün gelişinden' çıkararak tamamlarlar. Önceden hazır ettikleri yüklülük taşıyan bir niyet ya da beklenti yoksa yarı yapılanmamış ifadeyi o an akıllarına ne geliyorsa o biçimde tamamlarlar. Kişinin ruhsallığını yansıttığı kısım budur. Kişi yapılanmamış cümleyi içinden geldiği şekliyle (ilk çağrıştırdıklarıyla) tamamlar. Buradaki temel varsayım Aydın (2019) nispeten müphem bir uyarıcı karşısında bireyin kendi olanaklarını, duygularını, tavırlarını, arzularını, üzüntülerini kişiliğinin diğer önemli taraflarını yansıtmadır. Yani tamam olmayan cümlelerle verdiği cevaplar da birey, genel, özel veya iş durumuna yansıtacak biçimde tepkide bulunmasıdır. Başka bir deyimle birey bir manzara, belli veya müphem bir uyarıcı karşısında, birçok kimseler için genel bir durum olan bir tepkide bulunur, algılamadaki birleşme kişiler arasında anlaşmaya ve genel tecrübelerin paylaşılmasına imkân verir. Dahası manzaranın ve uyarıcının belirli yönlerine tepkide bulunur; başka bir ifade ile manzara gerçek manzaranın dışında bazı kişisel tepkilere yol açar. Bunlar manzaraya ait özellikler olmaktan ziyade bireyin içinden gelen şeyler olduğu ifade edilmektedir.

Beier Cümle Tamamlama testi toplam 13 alt boyuttan oluşmaktadır. *Geçmişe yönelik tavırları* beş madde(Örnek: " Hatırimdan hiç çıkmayan an..."), *geleceğe yönelik tavırları* beş madde (Örnek: "İçin için umduğum..."), *benlik duygusu ve kendi yeteneklerine yönelik algısı* altı madde (Örnek: "Ben..."), *anneye yönelik algısı* 5 madde (Örnek: "Annem..."), *babaya yönelik algısı* beş madde (Örnek: " Keşke babam..."), *ev ve aile ilişkilerine yönelik tavırlar* beş madde (Örnek: " Ailemin bana karşı davranışları..."),

arkadaşlara yönelik tavırlar beş madde (Örnek: " Başkalarının zayıf tarafları..."), *otoriteye yönelik algısı* beş madde (Örnek: " Bana göre önemli kişiler..."), *korku ve kaygılar* beş madde (Örnek: "Kurtulmak istediğim korku....."), *suçluluk duyguları* beş madde (Örnek: " Bugüne kadar yaptığım en kötü şey..."), *okul ve işe yönelik algısı* beş madde (Örnek: " Eğitimim..."), *karşı cinsle olan ilişkilerle ilgili algısı* beş madde (Örnek: " Erkekle kadını bir arada görünce..."), *genel tavırlar* altı madde (Örnek: " Yalan söylemek...") olacak şekilde belirlenmiştir (Doğan, 2015). Test, 56 yarım bırakılmış A formu (8-16 yaş arası çocuklara) ve 67 yarım bırakılmış B formu (16 yaş ve üzeri) bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada katılımcılara B formu verilmiştir.

2.8.4.2 Testin Uygulama Süreci

Testte 67 tane sözel nitelikli cümle bulunmaktadır. Katılımcıdan istenen eksik bırakılmış cümleleri ilk akla gelen malzeme ile tamamlamasıdır. Testin başlama ve bitiş sürelerinin kaydedilmesi gerekliliğinin yanında danışana ait kişisel bilgiler yazılmaması gerektiği ifade edilmiştir. Testin fonksiyonel olması ve değerlendirme için uygunluk taşıması adına testin süresi en fazla 45 dakikadır. Testin tamamlanmasının uzun sürmesi ya da tamamlanmaması danışana ait nedenler olmakla birlikte test yönergesinin eksik verilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Diğer yandan uygulayıcının, danışanın sorularına karşı telkin sayılabilecek her türlü ifadeden kaçınması gerektiği (örneğin, ‘burada şuna dikkat etmelisin, şuna dair yazarsan iyi olur vs.’ gibi tembih ve telkin cümleleri testi geçersiz kılar. En iyi yanıt, “sen nasıl istersen; aklına ne geliyorsa vb.’ şeklindedir) gibi tamamlanmış testi alan uygulayıcının sakın ve güler yüzlü olması gerektiği ifade edilmektedir (Doğan, 2010).

Yukarıda uygulamaya yönelik yapılan açıklamaların yanında Beier Cümle tamamlama testinin psikoterapi sürecinde kullanımı oldukça farklı ve hekimlere özgü bir değerlendirmenin devreye alındığı görülmektedir. Hatta testi değerlendirenin de hekim olması beklenen bir gelişmedir. Çünkü uygulayıcı hekim testin tamamlanmamış cümlelerinin yansıttığı projektif nitelikli içerik ile hasta hakkında başlangıçta edindiği klinik izlenimi bağdaştırmaya, eşleştirmeye çalışır. Tamamlanmamış cümleler, hekimin, testi değerlendirirken genel bir bakış açısıyla hangi konuyu öncelikle işleyeceğine dair sağlam izlenimlerin oluşmasını sağlar. Çünkü Beier, hastanın belirtilerinin hekim tarafından psikodinamik bir biçimde değerlendirebilmesine olanak tanır. Hastanın sorun

alanlarını belirleyebilme olanağı hekimin o sorun alanlarında daha ayrıntılı irdeleme ve çıkarım yapabilmesi anlamına gelir. Aslolan klinik izlenim olduğuna göre test sonucuna dair bir farklılığın akla getireceği ilk olasılık testin geçerli olmayabileceği ya da klinik değerlendirmede vaktinden önce davranarak erken ve yargılı bir sonuca gidildiği olasılığıdır. Bu hataya yol açan durum ise erken tanı koyma aceleciliğinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Doğan, 2015).

2.8.4.3 Testinin Puanlanması ve Klinik Yorumlanması

Test yansıtmalı bir testtir. Yansıtmalı test uygulayan uzmanların bir davranışın dinamiği ile ilgili bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Uzman analiz formuna göre değerlendirme yapmalıdır. Testin değerlendirilmesi üç adımda yapılır. İlk bireyin eksik olan cümleleri tamamladığı cümlenin olumlu, olumsuz ve nötr şeklinde belirlemesidir. *Olumlu*: Psikolojik yönden sağlıklı durum belirten ifadelerdir. Analiz kâğıdında olumlu olarak yanıtlanan cümleler (+) işareti ile belirtilir. *Olumsuz*: Psikolojik yönden sağlıklı olmayan durum belirten ifadelerdir. Analiz kâğıdında olumsuz ifade eden tepkiler için (-) işareti konulur. *Nötr ise*, belirtilen ifadenin ne olumlu ne de olumsuz herhangi bir duygu ya da tavır belirtmemesi durumudur. Bu ifadeler için (0) şeklinde işaret konulur. İkinci aşamada, her alt teste ait kategoriye +,-,0'lar toplanmakta ve bireyle ilgili genel fikre ulaşılmaktadır. Üçüncü aşamada ise, içerik değerlendirmesi yapılarak yapısal ve konusal işaretler belirtilmektedir. Psikodinamik tartışmada öne çıkması beklenen tartışma alanları ise olumlu/olumsuz kıyaslaması sonucu elde edilir. Yeteri kadar cümle tamamlama testi uygulaması yaptıktan sonra, sayısal bir puanlama sistemi geliştirilebilir (Aydın, 2019) denilmektedir. Literatüre bakıldığında, üzerinde hem fikir olunan bir puanlama sistemi bulunmamakla birlikte olumlu, olumsuz ve nötr cümleler tespit edildikten sonra, her bir cümleye 1 puan verilmek kaydıyla 3 ve üzeri puan alan temalar (*örneğin, anneye karşı tavırlar, geleceğe karşı tavır gibi temalar*) üzerinde çalışılabilir. Sonuç olarak 3 ve üzeri puan alan temalar, diğer bir deyişle puanı yüksek olup ön plana çıkan temalar temel alınarak sağaltım öncesi ve sağaltım sürecinde çalışma yapılabilir.

Klinik yorumlama sürecine bakıldığında da henüz üzerinde hem fikir olunan bir uygulama bulunmamaktadır. Bu süreçte ruh sağlığı çalışanının konumu, danışanın yaşı, cinsiyeti gibi etkenler klinik yorumlamada belirleyici olabilir. Bu çalışmada kullanılan yorumlama metodu yegane yöntem olarak görülmemeli, üzerinde çalışılabilecek ve

geliştirilebilecek bir yöntem olarak görülmelidir. Bu çalışmada, olumlu ve olumsuz cümleler belirlenmiş ve ön plana çıkan temalar ele alınmıştır ve daha sonra bu temalara ilişkin psikodinamik yorumlama sürecine geçilmiştir. Diğer yandan literatürde kullanılan bazı klinik yorumlama yöntemleri de bulunmaktadır. Bu yöntemlerden ilki yapısal işaretlerdir. Burada; test sürecinde tamamlanan cümlelerin kısa cevaplar içermesi sağlıklı bireylerin tepkileri olarak görülse de 2 ya da 3 kelimelik cevaplar teşhis bakımından önem taşıdığı, tepkilerin kısa olması katı bir kişiliğin belirtisi sayılabileceği, benzer şekilde bu durumun ilk ve orta derecede öğrenim görmüş bireylerin zeka düzeylerinin orta ve ortanın üstünde olabileceği ifade edilmektedir. Hatta bazen kısa cevapların, ruhsal çöküntü halinde olan depresyonlu bireyler olabildiği gibi bireylerin gerçek duygularını açığa vurmaktan kaygı duyduğuna işaret sayılabilir denilmektedir (Doğan, 2014)

Yapısal işaretlerde dikkate alınacak diğer bir klinik bakış, teste verilen cevapların uzun olması cevap verenin baskı altında olabileceği şeklinde yorumlanabileceği, obsesif kompulsif tipler genellikle akıllarına gelen her şeyi yazma eğilimiyle tüm boş bırakılan yerleri doldururlar. Bununla birlikte, baştaki uyarıcı kelimelere uymayan tepkiler bazen ciddi duygusal problemlerin işareti olarak yorumlanabilir. Genel olarak bu çeşit tepkilerde bir ve ikisi tesadüf neticesi sayılabilirse de böyle tepkilerin çokluğu sosyal ve kişisel çözümleme ve kopmanın bir sonucu olabilir. Örneğin, Şizofreniklerin münferit tepkileri organizasyon bakımından dağınık olduğu kadar girift bir durum arz eder. Paranoyalar belli konuları teksif edilmiş bir ilgi gösterebilecekleri gibi şüphecilik alınganlık, aşırı tartışma düşkünlüğü ve öç alma güdülerini ifade eden temler üzerinde durulabilir. Manik tipler ise büyük ve süslü yazarlar ve cümleleri uzundur denilmektedir. Benzer şekilde, cevapsız bırakılan cümleler, klinik çalışmalar çoğu zaman manidar olarak yorumlandığı görülmektedir (Aydın, 2019).

Özetlemek gerekirse, cümle tamamlama ve tekniği, kişinin veya grupların tavır, duygu ve problemlerini araştırmaya yarayan esnek bir metottur. Kritik vak’alarda bu, yetişkin ve çocukların yaşadıkları problemlerin dinamik alt yapısını anlamaya yardımcı bir araç olarak düşünülebilir. Bu test psikolojik değerlendirme sürecinde kullanışlıdır ve sonuçları anamnestik bilgilerle birlikte dikkate alınmalıdır. Diğer yandan testten alınan veriler. Tanı koymaktan ziyade tanılama yapmada kullanmak ve kesin yargılar yerine deneme şeklinde yorumlanmalıdır.

2.9 Travmatik Yasla İlgili Araştırmalar

Bu bölümde alanyazında travmatik yas ve travmatik yası psikodinamik yaklaşımlarla ele alan çalışmalara yer verilmiştir.

2.9.1 Konuya İlişkin Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar

Olgun (1999) “Travmatik kayıpların ardından gelişen yas sürecini belirleyen etmenler” adlı uzmanlık çalışmasında, birinci dereceden bir yakınına travmatik biçimde kaybeden kişiler ile lösemi nedeniyle kayıp yaşayan kişilerin ruhsal durumları ve yas tepkilerini karşılaştırmıştır. Çalışmaya birinci dereceden bir yakınına 1-5 yıl önce kaybeden ve yaş ortalaması 39 olan 90 kişi katılmış, yakın kaybı yaşayan katılımcılar üç gruba ayrılmıştır.

İlk grupta askeri çatışmada yakınına kaybedenler, ikinci grupta yakınları kimliği belirsiz kişilerce öldürülenler ya da halen kayıp olanlar, üçüncü grupta ise yakınları lösemiden ölen kişiler yer almıştır. Katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme formu, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, DSM III-R için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID), Belirti tarama listesi (SCL-90-R), Karmaşık yas ölçeği ve Yaşam Olaylarının Etkilerinin Değerlendirme Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu uygulanmıştır. Yakınına askeri çatışmada kaybeden bireylerin ruhsal hastalık şiddetinin diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, şehit askerlerin ve faili meçhul cinayet kurbanlarının karmaşık yas ölçeği ve yaşam olaylarının etkilerini değerlendirme ölçeği puanlarının yakınlarını lösemiden kaybeden kişilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Cesur (2012) “Yetişkinlerde travmatik yasin ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri” adlı çalışmasında bireyin demografik özellikleri, kayıp yaşantısına ait özellikler, travmatik yas ve travma sonrası büyüme değişkenlerini incelemiştir. Araştırmaya altı ay ve öncesinde yakın kaybı yaşamış 18 yaş ve üstü 474 birey katılmıştır. Kayıp yaşamış bireylerin yakınlık derecesinin, ölüm nedeninin, ölüm yerinin ve cenazeye katılımın normal yas sürecini travmatik hale getirmede etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca kayıp yaşamış bireyin eğitim düzeyi, yaşadığı kayıp sayısı, kaybedilenin yaşı, kaybın ani ve şiddetli olması ve aktif yas tepkilerinin travmatik yas sürecini anlamlı biçimde yordadığı da bulunmuştur.

Arıcı (2014) tarafından yapılan deneysel çalışmada; eşini travmatik yollarla kaybetmiş ve aynı zamanda ön testlerinde yer alan Post travmatik stres bozukluğu Soru

Listesi Sivil Versiyonu ile Yas Ölçeğinden yüksek ve aile yılmazlığı ölçeğinden düşük puan alan 24 travmatik yası olan kadınlara "Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programı" uygulanmıştır. Çalışmada kadınların travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisini incelenmiştir. Deney grubuna araştırmacı tarafından geliştirilen sekiz oturumluk "Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programı" uygulanmıştır. Araştırma sonunda Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programının kadınların travma sonrası stres ve yas düzeylerini azaltmada ve aile dayanıklılığı düzeyini artırmada anlamlı düzeyde etkili olduğu ve bu etkinin kalıcı olduğu görülmüştür.

Herdi ve arkadaşları (2019) "Dinamik Yönelimli Etkileşim Grup Psikoterapisinde İyileşmenin Beier Cümle Tamamlama Testi ile Değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında dinamik yönelimli etkileşimli grup psikoterapisinin etkililiğini projektif bir test olan Beier Cümle Tamamlama Testi ile göstermek ve tedavi sonunda Beier Cümle Tamamlama Testindeki olumlu ve olumsuz ifadelerle ait puanların klinik iyileşme düzeyi ile ilişkili olup olmadığı amaçlanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Psikosomatik servisinde yatarak tedavi gören 16 hastaya tedavi öncesi ve sonrasında Beier Cümle Tamamlama Testi uygulanmış ve test sonuçları puanlanmıştır. Klinisyenlerden hastaları 'daha kötü', 'haliyle' ve 'daha kötü' taburcu şeklinde gruplandırmaları istenmiştir. 'Daha kötü' taburcu kanaati verilen hasta olmadığı için analizler diğer iki grup arasında yapılmıştır. Tedavi ile beier cümle tamamlama testindeki puan değişimleri ve bu değişimlerin gruplar arasındaki farkları analiz edilmiştir. Tedavi sonrası testteki olumsuz ifadelerde anlamlı bir azalma ve olumlu ifadelerde anlamlı olarak artış olduğu görülmüştür. Özellikle tedavi sonrasında benlik, anne ve korku ile ilişkili maddelerdeki olumlu ifadelerin artış gösterdiği tespit edilmiştir.

2.9.2 Konuya İlişkin Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Silverman ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada, yakın zamanda dul kalmış daha büyük yetişkinler arasında çocukluk ve yetişkinlik zorluklarının mevcut Majör Depresif bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travmatik Yas tanıları üzerindeki etkisini karşılaştırılmıştır. Seksen beş katılımcı ile kayıplarından sonraki 4 ay içinde görüşülmüştür. Uygulanan lojistik regresyon prosedürü, çocukluktaki üç olumsuzluğun (ebeveyn ölümü, istismar, kardeş ölümü) ve yetişkinliğin önceki dönemlerindeki üç olumsuzluğun (bir çocuğun ölümü, ölümcül olmayan travmatik olay, bir kardeşin ölümü) mevcut Majör Depresif bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ve Travmatik Yas tanıları üzerindeki etkisini incelemek için kullanılmıştır. Çalışmada sonunda çocukluk döneminde meydana gelen olumsuzluklar (bir ebeveynin istismarı ve ölümü) travmatik yas ve ikincil olarak Majör Depresif bozukluk ile anlamlı bir şekilde ilişkiliyken yetişkinlik döneminde meydana gelen olumsuzluklar (ölümcül olmayan travmatik olay ve bir çocuğun ölümü) sadece Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Çocukluktaki olumsuzlukların travmatik yası öngörmede ve yetişkinlikteki olumsuzlukların Travma Sonrası Stres Bozukluğunu öngörmedeki eğilimi, olumsuzlukların kümelenmekten ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki eş zamanlılık hesaba katıldıktan sonra bile anlamlı kalmıştır. Sonuç olarak, travmatik yasa karşı çocukluk dönemi deneyimlerinden kaynaklanan bir savunmasızlık olduğunu ve daha yeni travmaların dulluk döneminde ikincil Travma Sonrası Stres Bozukluğu üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu açıkça göstermiştir. Bir yakını kaybetmekten kaynaklı Majör Depresif bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travmatik Yas için ayırt edici etiyolojik riskler, terapötik yaklaşımların mevcut olan belirli sendrom(lar)a uyarlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Harkness ve meslektaşları (2002) "Traumatic grief treatment: case histories of 4 patients." adlı çalışmalarında travmatik yası olan dört vakaya kişilerarası psikoterapi teknikleri ve sendromun temel özellikleri olarak kabul edilen duygusal sıkıntıyı ve davranışsal kaçmayı hedefleyen hayali ve gerçek hayata maruz kalma tekniklerini uygulamışlar. Her bir danışan travmatik yas envanterinden en az 25 puan alması travmatik yaz için kriterleri karşıladıkları, bunun yanında 4 danışanın da majör depresyon tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir. Tedavi sürecinde 18 haftalık ve 60 ile 90 dakikalık seanslar uygulandığı, bu seanslar sırasında acı verici duygusal anılara ve kaçınılan durumlara maruz kalma sıkıntısının azaldığı, günlük yaşam aktivitelerine katılımın arttığı ve sonuç olarak travmatik yastan mustarip olan bireyler için bu yöntemin umut verici bir tedavi olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hayali olarak rahatlamanın (hayali maruz bırakma) ve gerçek hayatta maruz kalmanın (yerinde maruz bırakma) yas yoğunluğu ve semptomların azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur.

Tomarken ve arkadaşları (2012) "Examining the role of trauma, personality, and meaning in young prolonged grievers" adlı çalışmalarında genç yetişkinlerde travmatik yasin oranları ve travmatik yasin kişilik stilleri (narsisistik, histrionik ve obsesif) travma öyküsü ve algılanan anlam arasındaki ilişkileri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmaya 6 ay ile 3 yıl arasında bir yakını kanserden kaybeden 20 ile 50 yaş arasında katılımcılar

alınmıştır. Katılımcılara travmatik yas ölçeği, Travmatik Yaşam Olayları Anketi, Millon Clinical Çok Eksenli Envanter-III ve Yas Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri uygulanmıştır. Sonuç olarak bireylerde yüksek düzeyde travmatik yas bulgusuna rastlanmış ve ancak travmatik yas ile kişilik stilleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum kişilik stilleri ve travmatik yas arasındaki ilişki ile ilgili daha fazla araştırmanın yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Robinaugh, ve meslektaşları (2014) “Anxiety sensitivity in bereaved adults with and without traumatic grief” adlı çalışmalarında travmatik yası olan 77 bireyin travmatik yası olmayan bireylere göre rüya içeriğinin farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Bu 77 bireyden 14 kişi (%18) kaybettiği kişi ile ilgili gördüğü rüyada ölüm içerikli malzemeyle karşılaştıkları, geri kalan 63’ü ise ölüm içerikli rüya rapor edilmediği tespit edilmiştir.

Boogar ve Talepasand (2015) “The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer” adlı çalışmalarında kanser nedeniyle yakın 5 ay içinde kaybı yaşayan 226 kişinin savunma düzenekleri, kişilik yapısı ve sosyo-demografik faktörlerin travmatik yasla ilişkisi incelenmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizinde nevrotik savunma mekanizmasına sahip bireylerin travmatik yas, ölen kişinin yaşı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup travmatik yaslı kişiler için kişiliğin karakter boyutları ve ölen kişilerin demografik özellikleri daha sonraki çalışmalarda tekrar ele alınması yararlı olacağı fikrine varılmıştır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analiz edilme sürecine ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1 Karma yöntem araştırmaları

Bu araştırma yöntemi, araştırmacı veya araştırma ekibinin, anlama ve doğrulamanın genişliği ve derinliği amacıyla nitel ve nicel araştırma yaklaşımlarının bileşenlerini bir araya getirdikleri bir araştırma türü (Johnson, Onwuegbuzie ve Turner, 2007) olarak tanımlanmıştır. Karma desen yönteminin genel amacı ve temel dayanağı, nitel ve nicel verilerin birlikte kullanımı olup, araştırma probleminin tek başına kullanılan herhangi bir yöntemden çok daha iyi bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktır (Creswell, Hanson, Clark Plano ve Morales, 2007). Bu doğrultuda bir araştırmacı için karma yöntem çalışmasını tasarlama ve yürütmeye yarayan temel birleşenler şöyle sıralanabilir; Araştırma sorularına dayalı olarak hem nicel hem de nitel verileri ikna edici ve titiz bir şekilde toplar ve analiz eder, aynı zamanda iki veri türünü, bu veri türlerinden birini diğerinin içine yerleştirerek veya sırasıyla birini diğerinin üzerine inşa ederek bütün oluşturmak kaydıyla birbirine bağlar, veri türlerini araştırma vurgusuna göre öncelik veya sonralık biçiminde ele alır ve prosedürleri kuramsal bakış açıları yönünden belli bir çerçeve içine alır ve araştırma desenleri ile birleştirir (Creswell ve Clark, 2017). Çalışmada objektif ve projektif testler bağlamında travmatik yas yaşayan ile yaşamayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçlerinin incelenmesi amaçlanmış olup ‘yakınsayan karma desen’ yöntemi kullanılmıştır.

3.2 Araştırmanın Deseni/Modeli,

Karma yöntem araştırması, araştırmacıların verileri topladığı ve toplanan verilerin analiz edildiği, bulguların dâhil edildiği ve tek çalışmada ya da araştırma programında nitel ve nicel yaklaşım ya da yöntemleri kullanarak çıkarımda bulundukları bir araştırma olarak tanımlanmıştır (Tashakkori ve Creswell, 2007). *Yakınsayan karma desenin* amacı, nicel ve nitel verilerin eş zamanlı fakat ayrı olarak toplanması, araştırmacının tipik nicel ve nitel analitik prosedürler kullanarak iki araştırmanın verilerini birbirinden ayrı ve bağımsız olarak analiz etmesi ve analiz sonuçlarını yorumlayarak birleştirmesidir (Creswell ve Plano, 2014). Bu çalışmada ise travmatik yası olan ve olmayan üniversite

öğrencilerinden elde edilen nitel ve nicel verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulguların benzer ve farklı yönlerini belirlemek ve analiz sonuçlarını birlikte (nitel ve nitel) yorumlamak amacıyla yakınsayan karma desen kullanılmıştır. Bu doğrultuda aynı zaman sürecinde araştırma kapsamına alınan iki farklı örnek grubu seçilmiştir.

3.2.1 Araştırmanın Nicel Boyutu

Objektif ve projektif test bağlamında travmatik yası olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçlerinin incelendiği bu çalışmanın nicel aşamasında ‘ *Nedensel Karşılaştırmalı Araştırma* ’ deseni kullanılmıştır. Bu nicel araştırma türü, araştırmacının iki ya da daha fazla grubu, henüz ortaya çıkmış bir sebep (ya da bağımsız değişken) açısından karşılaştırmasına olanak sağlayan araştırmalardır (Creswell, 2014). Bu araştırma deseni neden sonuç ilişkisinin belirlenmeye çalışıldığı, araştırmacının karşısında doğal olarak ortaya çıkmış (kurgulanmış bir desen ve manipülasyon yoktur) bir olay ya da durumun varlığı karşısında, durumun /olayın nedenlerini, etkilerini belirlemeyi amaçlar (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2016). Bu araştırma kapsamında da travmatik yası olan ve olmayan üniversite öğrencilerinden oluşan iki grup belirlenmiş ve ardından gruplar arasındaki benzer ve farklı olan yönler incelenmiş olup, bu gruplara dışarıdan herhangi bir şekilde müdahale edilmemiştir.

3.2.2 Araştırmanın Nitel Boyutu

Araştırmanın eş zamanlı şekilde yürütülen ikinci aşamasında nitel araştırma desenlerinden ‘ *yorumlayıcı fenomenolojik analiz* ’ kullanılmıştır. Fenomenoloji, bilincin nesnelere yöneliminin yapısını araştırır ve şeylerin özünü bütün belirlenimlerden paranteze alarak konu edinmeye odaklanmaktadır. Diğer bir deyişle, ‘yeniden öğrenme’ veya ‘yeniden araştırma’ çabası olarak nitelenen fenomenoloji, araştırmalara herhangi bir konu ile ilgili genel kabullere başvurmada olay ve olgulara yeni bir bakış açısıyla bakarak yeni arayışlara yönelmesi (Karagöz, 2019) olarak tanımlanmaktadır. Bu desen, günlük deneyimlerin anlamı veya doğası hakkında derinlemesine bir anlayışın kazanılmasını amaç edindiği için (Patton, 2014) desende araştırma sürecinin en önemli aşaması veri toplama aşamasıdır. Bununla birlikte olgulara ilişkin yaşantılar ve anlamlar, derinlemesine yapılan görüşmeler, yazılı metin ve araştırmacının gözlemi verilerin ortaya çıkarmasında önemli bir kriterdir (Yıldırım ve Şimşek, 2013; Kocabıyık, 2016). Yorumlayıcı fenomenolojik araştırma, yaşanmış deneyime yönelme (fenomenoloji), ve yaşama ilişkin “ metinleri” yorumlama (yorumbilim) olarak tanımlanmaktadır (van

Manen, 2001). Burada araştımcılar kendilerinin ciddi bir şekilde ilgisini çeken bir fenomene yenirler ve yaşanmış deneyimin doğasını oluşturan temel konular üzerinde derinlemesine dşnrlr. Daha sonra araştırma konuyla sağlam bir ilişki kurarak ve yazının tüm bölümleri arasında bir denge oluşturarak fenomenle ilgili bir yorumlama yaparlar (Cresswell, 2013). Bu araştırma doğrultusunda da derinlemesine görüşme (anamnez) ve yazılı metinlere (Beier Cümle Tamamlama Testi ve Rüyalar) yer verilerek her katılımcıya dair süreç derinlemesine incelenmiştir.

3.3 Katılımcıların Seçilmesi

Nitel ve nicel aşama için katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan ölçüt (kriter) rneklem yöntemi kullanılmıştır. Buradaki amaç daha önce belirlenmiş bazı önem ölçütlerini karşılayan tüm durumları çalışmak ve gözden geçirmektir (Patton, 2014). Bu ltler araştırmacı tarafından oluşturabildiği gibi daha önce oluşturulmuş bir ölçütler listesi de dikkate alınabilir (Yıldırım ve şimşek, 2006). Bu doğrultuda araştırmanın travmatik yaslı niversite öğrencilerinden oluşan kısmı için, niversite ğrencisi olmak, son 6 ayda bir yakınına travmatik bir şekilde (kaza, intihar, hastalık, kalp krizi, cinayet, afet) kaybeden ve aynı zamanda travmatik yas lğinden 25 ve üstü puan almak ölçüt olarak kabul edilmiştir. Travmatik yaslı olmayan grup için ise kayıp yaşamamış ve aynı şekilde travmatik yas lğinde 24 ve aşağı puan almış olma kriter olarak alınmıştır. Böylece travmatik yaslı olan ve olmayan toplam 30 niversite ğrencisi araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.1 Çalışmaya dâhil olma ltleri

Travmatik yas yaşayan genç yetişkinler için; niversite ğrencisi olmak, görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunmaması, Minnesota oklu Kişilik Envanterinde; testin geçerli olması için, genel olarak boş bırakılan(bilmiyorum lği) madde sayısının 30’dan fazla olmaması, F alt testi ve K alt testinde (F-K) ham puanın 0-9 arasında olması gibi profil geçerlik kriterlerini karşılamış olması ve son 6 ayda (Prigerson vd, 1995; Melhem vd., 2011) bir yakınına travmatik bir şekilde kaybetmiş ve travmatik yas lğinden 25 ve üstü puan almış olması dahil etme ltleri olarak belirlenmiştir (Harkness vd., 2002; Prigerson vd.,1995).

Travmatik yas yaşamayan genç yetişkinler için; niversite ğrencisi olmak, görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunmaması,

Minnesota Çoklu Kişilik Envanterinde; genel olarak boş bırakılan (bilmiyorum ölçeği) madde sayısının 30'dan fazla olmaması, F alt testi ve K alt testinde (F-K) ham puanın 0-9 arasında olması gibi profil geçerlik kriterlerini karşılamış olması ve son 6 ayda (Prigerson vd., 1995; Melhem vd., 2011) bir yakın kaybı yaşamamış ve travmatik yas ölçeğinden 24 ve altı puan almış olma dahil olma ölçütleri olarak belirlenmiştir (Harkness vd., 2002).

3.3.2. Çalışmadan dışlanma ölçütleri:

Yukarıda her bir katılımcı grup için belirtilen araştırmaya dâhil olma kriterlerinin karşılanmadığı durumlar dışlanma kriterleri olarak kabul edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada aynı süreçte katılımcılardan hem nitel hem nicel veriler toplanmıştır. Katılımcı grubundaki bireylere tek oturumda projektif test (Beier Cümle Tamamlama Testi) uygulandıktan sonra, bireylerin anamnezi (yaşam öykülerinin derinlemesine incelemek için) ve son zamanlarda gördükleri herhangi üç rüyası alınarak nitel araştırma aşaması tamamlanmıştır. Nicel aşama için ise iki oturumluk ve yaklaşık 2 saat süren zamanda objektif testler (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Belirti Tarama Listesi ve Travmatik Yas Ölçeği) uygulanarak, veri toplama süreci her bir katılımcı için üç oturumda tamamlanmıştır.

3.3.2 Nicel Veri Toplama Araçları

Travmatik Yas ölçeği (TYÖ): Prigerson ve arkadaşları (1995) tarafından 6 ay ya da daha önce bir yakınına travmatik bir şekilde kaybetmiş bireylerdeki travmatik yas düzeyini belirlemek üzere geliştirilmiştir. 2001 yılında Prigerson ve Jacobs ölçeği tekrar gözden geçirerek 19 olan madde sayısını 37'ye çıkartmışlardır. Bu haliyle ölçeğin dilimize uyarlaması Atak vd. (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. 5'li Likert tipi olan ölçek, 19 soru ve tek boyuttan oluşmaktadır. Cronbach alfa katsayısı 0.94 ve test-tekrar test güvenirliği $r = .80$ olarak bulunmuştur. Buna göre *Travmatik Yas Ölçeği* Türkçe formu için orijinaline uygun olarak tek faktörlü bir yapının uygun olduğu belirlenmiş ve ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır. Ölçüt geçerliliğini sınamak için Kısa Semptom Envanteri (KSE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck

Anksiyete Envanteri (BAE) ile arasındaki ilişkiler incelenmiş ve .58 ile .71 arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu çalışmada Travmatik Yas Envanterinin 19 maddelik formu kullanılmıştır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90): Ölçek, psikopatolojik belirtilerin yoğunluklarını ölçmek amacıyla Derogatis ve Cleary (1977) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Derogatis (1994) ölçeğin revizyonunu yapmış ve 83 maddesi olan ölçeğe bu revizyon sonrası 7 madde daha eklenerek madde sayısı 90'a çıkarılmış fakat ölçeğin faktör sayısında bir değişme olmamıştır. Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tufan (1987) tarafından lise öğrencileri üzerinde yapılmış ve test-tekrar test ile çıkan sonuç .83 olarak bulunmuştur. Ancak Dağ (1991) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında ölçeğin iç geçerlilik düzeyleri .75 ile .89 aralığında bulunmuştur. Bunun yanında ölçeğin genel indeks puanı da hesaplanabilmekte ve çıkan sonuç bireyin hissedilen psikopatolojik düzeyini belirlemektedir. Bireyin her bir alt boyutun maddelerine verdiği yanıt değerinin toplamının yanıtladığı alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Buradan genel bir indeks puanı elde edilebilmekte (tüm alt boyutlardan alınan puanların toplanması ve 90'a bölünmesi), bu puan ile hissedilen rahatsızlık düzeyi belirlenebilmektedir. Her bir alt boyutun puanı ve genel indeks puanının yorumlanmasında, 0.00 ile 1.50 arası puanlar "normal", 1.51 ile 2.50 arası puanlar "yüksek", 2.50 ile 4.00 arasındaki puanlar ise "patolojik" olarak kabul edilir. Ölçek beşli likert tipi ve her bir madde 0(hiç)- 4(çok fazla) şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçek; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere 10 alt boyuttan ve 90 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar aşağıda açıklanmaktadır.

1. Somatizasyon: On iki maddeden oluşan bu alt boyut, vücudun kardiyolojik, mide-bağırsak, baş ve solunum v.b sistemlerindeki genel tıbbi duruma bağlı olmaksızın yaşanan semptomları yansıtır. Örnek Madde: "Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması." (Madde-52)

2. Obsesif-Kompulsif: On maddeden oluşan bu alt test, tekrarlı biçimde bireyin zihnine giren, istense dahi belli bir çaba ile kovulamayan ve karşı konulmaz şekilde

meydana gelen düşünce ve davranışları içerir. Örnek Madde: " Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme." (Madde-45)

3. Kişilerarası Duyarlılık: Dokuz maddeden oluşan bu alt test, bireyin başkalarıyla olan ilişkilerinde sosyal yetersizlik, başkalarının davranışlarını değerlendirmede ve yorumlamada aşırı farkındalık ve duyarlılık geliştirme, kişisel aşağılanma hissettirme ve kişilerarası ilişkilerden kaçınma gibi olumsuz duygu ve düşünceleri yansıtır. Örnek Madde: "Duygularınızın kolayca incinmesi, alınganlık hali." (Madde-34)

4. Depresyon: On üç maddeden oluşan bu alt test, devamlı sürette üzgün hissettirme, değersizlik ve suçluluk hissi, dinlenmemişlik, yorgun, günlük yaşamdan haz alamama, uykuya dalmada güçlük ya da aşırı uyuma hali, intihar eğilimi, psikosomatik ağrılar, kararsızlık hali ve dikkati yoğunlaştırmada güçlük yaşama gibi yaşantıları yansıtır. Örnek Madde: "Olanlar için kendini suçlama." (Madde-26)

5. Kaygı: On maddeden oluşan bu alt test, psikopatolojik kaygının içerdiği semptom ve davranışları (gerginlik, panik duygusu, her an bir şey olacakmış hissi, nefes alış-verişinde hızlanma, ellerde titreme, psikosomatizasyon belirtiler) gösterir. Örnek Madde: "Dehşet ve panik nöbetleri." (Madde-72)

6. Hostilite: Altı maddeden oluşan bu alt test, karşı çıkma, sinirlilik ve öfke hali, yerinde duramama, saldırganlık hali, devamlı olarak tartışmaya girme gibi özellikleri yansıtır. Örnek Madde: " Bağıрма ya da eşyaları fırlatma." (Madde-74)

7. Fobik Anksiyete: Yedi maddeden oluşan bu alt test, bireyin belli bir obje ya da durumun korkusu ile ilgili, olağandışı ve günlük yaşam fonksiyonlarını sekteye uğratabilecek şekilde tepki vermeyi yansıtır. Örnek Madde: "Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu." (Madde-50)

8. Paranoid Düşünce: Altı maddeden oluşan bu alt test, gizlice manipüle edilme, kontrol altında tutma, merkezicilik ve yansıtıcı düşünceler, kin ve nefret duygusu gibi duygu ve düşünceleri yansıtır. Örnek Madde: "Eğer izin verirsiniz insanların sizi kullanacağı duygusu." (Madde-83)

9. Psikotizm: On maddeden oluşan bu alt test, kişilerarası ilişkilerden kendilerini soyutlama, yalnızlaştırma, içe çekilme, algı ve düşüncede anormallikler göstermeyi yansıtır. Örnek Madde: “Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.”(Madde-85)

10. Ek maddeler: Yedi maddelik bu alt test, uyku problemleri, iştah sorunları ve suçluluk duyguları gibi semptomları belirtir. Örnek Madde: “Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama.” (Madde-66)

Geçerlilik ve Güvenirlik: Test-Tekrar Test Güvenirliği: Derogatis(1994) tarafından yapılan çalışmada güvenirlik katsayıları “somatizasyon” alt-boyutu için .96; “obsesif-komplüsif” alt-boyutu için .96; “kişilerarası duyarlılık” alt-boyutu için .94; “depresyon” alt boyutu için .95, “öfke-düşmanlık” alt-boyutu için .99; “fobik anksiyete” alt-boyutu için .97; “paranoid düşünce” alt-boyutu için .98; “psikotizm” alt-boyutu için .92 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ise uyarılma çalışmaları Kılınç (1991) tarafından 122 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Pearson momentler çarpımı yöntemi ile alt boyutlara ait güvenirlik katsayıları somatizasyon(SOM) için .82, obsesifkompulsif (O-C) için .84, kişiler arası duyarlılık(INT) için .79, depresyon (DEP) için .78, anksiyete (ANK) için .73, hostile(HOS) için .79, fobik anksiyete (FHOP) için .78, paranoid düşünce(PAR) için .63, psikotizm(PSY) için .73, ve ek skala için ise .77 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanının Cronbach alfa değeri ise .97 olarak değerlendirilmiştir.

Savunma Biçimleri Testi (SBT): Bilinçaltı kullanılan savunma düzeneklerinin bilinç düzeyindeki yansımalarını değerlendirmek amacıyla Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından yapılmıştır. Testin psikometrik özellikleri incelendiğinde iç-tutarlılık katsayısı Olgun Savunma Biçimi, Nevrotik Savunma Biçimi ve İmmatür Savunma Biçimi için sırasıyla .70, .61 ve .83 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam 40 madde ve 20 savunma düzeneğinden oluşmuş olup her bir madde 1(bana hiç uygun değil) ile 9(bana çok uygun) arasında değişen değerler almaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması kaygı bozukluğu, sağlıklı gönüllüler ve çocuklarına tacizde bulunan anne-babadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Ölçekte savunma düzenekleri; immature savunma mekanizmaları, nevrotik savunma mekanizmaları ve olgun savunma

mekanizmaları olmak üzere 3 alt boyutta toplanmış ve 20 savunma mekanizması işlenmiştir. İmmatür savunma düzenekleri; yansıtma (projeksiyon, pasif saldırganlık, dışa vurma (acting out), yalıtma (izolasyon), değersizleştirme (devalüasyon), otistik fantezi (Autistic fantasy), inkar (yadsıma), yer değiştirme (displacement), disosiyasyon (çözülme), bölünme (split), mantıksallaştırma (Entellektüalizasyon), bedenselleştirme (somatizasyon); Nevrotik savunma düzenekleri, yapma-bozma (doing-undoing), yapay özgecilik (altruism), idealleştirme, karşıt tepki geliştirme (Reaction formation); Matür savunma düzenekleri ise yüceltme (sublimasyon), mizah (humour), beklenti (Antisipasyon), baskılama (suppression)dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı İmmatür (olgun olmayan) Savunma Düzenekleri için .68, Nevrotik Savunma Düzenekleri için .58 ve Olgun Savunma Düzenekleri için ise .80 bulunmuştur. 4 hafta arayla Test tekrar katsayısı; olgun savunma düzenekleri için .75, nevrotik savunma düzenekleri için .78 ve immature savunma düzenekleri için ise .85 olarak bulunmuştur.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) : Ölçek 1943 yılında nöropsikiyatrist olan J. Charnley McKinley ve psikolog olan Starke R. Hathaway tarafından bireyin kişisel ve toplumsal uyum düzeyini objektif olarak belirlemek için geliştirilmiştir. Kişiliğin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın ölçeklerden birisi olup 16 ve üstü yaşlara uygulanır. 16 maddesi tekrarlı olup toplam 566 maddeden oluşan envanter; “Doğru”, ”yanlış” ve “bilmiyorum” şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin 3 geçerlik (L alt testi=yalancılık, F alt testi=sıklık ya da nadirlik ve K alt testi=düzeltilme) ve psikopatolojik saptamayı gerçekleştiren 10 klinik alt boyutu (Hs=hipokondriazis, D=depresyon, Hy=histeri, Pd=psikopatik sapma, Mf=maskulinite-feminite, Pa=paranoya, Pt=psikasteni, Sc=şizofreni, Ma=hipomani, Si=sosyal içedönüklük) bulunmaktadır. Fakat her bir alt boyutun birbirinden farklı etiyolojik veya prognostik özelliği test etmesi beklenmektedir. Testin Türkçe’ye çevirisi ve standardizasyon çalışması Savaşır (1981) tarafından yapılmış ve geçerlik ve klinik alt testlerin güvenirlik katsayıları aşağıdaki gibi bulunmuştur.

Tablo 1: MMPI için klinik alt testlerin güvenirlik katsayıları

Alt Testler Katsayıları	Güvenirlik
L(Yalan)	0.63
F (Sıklık)	0.53
K (Düzeltilme)	0.88
Hs(Hipokondriasis)	0.89
D(Depresyon)	0.77
Hy(Histeri)	0.82
Pd(Psikopatik Sapma)	0.87
Mf(Maskulinite-Feminite)	0.81
Pa(Paranoya)	0.51
Pt(Psikasteni)	0.84
Sc(Şizofreni)	0.86
Ma(Hipomani)	0.70
Si(Sosyal İçedönüklük)	0.89

MMPI’ın Uygulanması, Puanlanması ve Yorumlanması: Uygulama kitapçığında en az 6 yıl eğitim görmüş, 16 ve üzeri yaştaki her bireyin MMPI ölçeğini tamamlayabileceği belirtilir. Test hem bireysel hem de grupta içinde uygulamak mümkündür. Toplam 566 sorunun bulunduğu kitapçıkta, bireyi her bir maddeyi tek tek okuyarak kendileri için uygun olan soruya “doğru”, kendileri için uygun olmadığını düşündüğü soruya “yanlış” ve sorunun içeriği hakkında herhangi bir fikrinin olmadığını düşünüyor ise “bilmiyorum” şeklinde yanıtlaması istenir. Yanıtlama bittikten sonra bilgisayar ya da puanlama çizelgesi yardımıyla her bir alt testte alınan ham puan ve T puanları hesaplanabilir (Graham,1998). Bazı klinik alt testlerde puanların yüksek olması bireye tanı konulması için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle herhangi bir hata olmaması için geçerlik ve klinik alt testler kısaltmaları ile kullanılmaktadır. Testte 10 ile 30 arasında sorunun boş bırakılması testin taşırmalı hale getirirken, 30 ve üstü sorunun boş bırakılması testin geçersiz olmasına neden olmaktadır (Ceyhan ve Oral, 2003).

Uygulamada öncelikle testin geçerliğine bakılır. Geçerli olarak kabul edilen ham puanlar hesaplanır ve ham puanlar, T puanlarının bulunduğu profil kağıdında grafik şeklinde gösterilir. Ortaya çıkan profiller kişilik örüntüsünün yorumlanmasını sağlar. Bu profillerin yorumlanması için kod tipi (70 ve üstü T puanı alma) belirlenir. T puanı iki ya

da daha fazla klinik alt test (ikili veya üçlü yükselmeler) şeklinde ortaya çıkabilir. Testte kesin olarak tanımlanan profiller; “konversiyon V” ya da “psikosomatik V (profil örüntüsü üçlü nevrotik konfigürasyon D 70, Hs ve Hy 70 üstü T puanıyla)”, “paranoid V (Pa ve Sc 80 T puanında Pt 70 T puanı)”, “kuş kanadı (Hs, D, Hy ve Pd 70 T puanı)”, “pasif-agresif V (Pd ve Pa 70 T puanı)”, “psikotik eğim (Mf alt testinden dikey çizilen bir çizgi nevrotik ve psikotik olarak ikiye ayırır. Pozitif eğim, psikotik testlerin 70 T puanın üstünde ve nevrotik testlerin 70 T puanının altında olması)”, “nevrotik eğim (nevrotik bölümün yükselmesi ve psikotik bölümün belirgin düşüklük olması), “yüzen profil (Hs’den, Ma’ya kadar olan bütün değerlerin 70 T puanının üstündedir ve F alt testinin yükselmesi eşlik eder. Bu profil borderline kişilik bozukluğu olan bireylere özgüdür)”, “sınır profil (60-70 arasında T puanına sahip bireylerin kişilik özelliklerini belirtir)” sıralanabilir (Gustin vd., 1983;Evans vd., 1984;Hurt vd., 1985)

Klinik Alt Testler

1.Hipokondria (Hs): ölçek hipokondria teşhisi konulmuş bireylerin kişilik özelliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Bu tanı grubuna giren bireyler bedensel işlevlerine olduğun fazla ilgi gösterirler. Bedensel herhangi bir tanıları olmamasına rağmen birçok hastalığın semptomlarını kendilerinde bulur ve bu buluş onları aşırı derecede kaygıya ve endişeye sevk eder. Hipokondria ölçeği birçok aşamadan geçirildikten sonra son halini almıştır. Tanı konulmuş elli nevrotik hasta, 105 normal erkek ve 153 kadın ve ayrıca 205 üniversite öğrencisi bu alt testin geliştirilmesinde örneklem gurubunu oluşturmuştur(McKinley ve Hathaway, 1956). Her iki gurubun verdikleri cevap sıklıkları hesaplanarak, birbirinden farklı yönde oluşan cevaplar madde olarak seçilmiş ve ilk form oluşturulmuştur. Alt test 33 maddeden oluşmakta ve maddelerin tamamı bedene ya da genel fiziksel yeterliliğe dair kaygıları ve endişeleri içermektedir.

Ölçekte düşük puanlar bireyler, bedensel düşünsel uğraşları olmayan, yaşama karşı duyarlı ve iyimser, içgörüsü yüksek ve sıklıkla günlük yaşamlarında etkin olan bireylerin kişilik özelliklerini gösterirler. Yüksek puan alan bireyler, bedensel uğraşlarının olduğundan fazla olması beklenir. Bencil, egosantrik, büyülenmeci, talepkar ve başkalarına karşı yargılayıcı, içgörü azlığı ve alaycı taklaşımlarından dolayı psikoterapilere cevap vermeyen, kronik yorgunluk, ağrı ve güçsüzlükten yakınan özelliklere sahipler. Benzer şekilde yüksek puan alan bireylerin psikotik benzeri (şizoid,

şizoaffektif, şizofrenik, psikotik depresyon) bedensel sanrıları da olabilir (Groth-Marnat, 2009).

Psikopatolojik rahatsızlığı olan hastalarda test tekrar test güvenilirliği iki hafta süreyle .79'dan .86'ya, bir yıllık arada ise .38'den .65'e yükselmiştir (Dahlstrom vd., 1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık .79 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

2.Depresyon (D): 60 maddeden oluşan bu test, depresyon semptomlarının düzeyi ölçmek amaçlanır. Depresyon belirtileri gösteren bireylerin temel özellikleri; kendisini değersiz ve işe yaramaz hissetmek, geleceğe dair umutsuzluk ve kötümserlik, suçluluk duygularının fazlalığı, düşük benlik saygısı, hareketlerde ve düşüncede yavaşlama ve somatik yakınmalardır. Özellikle halsiz, gergin hissetme ve düşük enerji seviyesine sahipler. Ayrıca ölüm ve intihar ile ilgili bir endişeleri de vardır. Yatan ya da ayakta tedavi gerekip gerekmediğini belirlemek için karar alınması gerekebilir. Bu kararlar, bu hastaların kendileri için tehlike oluşturup oluşturmadığını belirlemeye odaklanır (Hathaway ve McKinley, 1956; Groth-Marnat, 2009).

Düşük puanlar genellikle sadece depresyonun olmadığını göstermekle kalmaz, aynı zamanda kişinin neşeli, iyimser, uyanık, aktif ve kendiliğinden olma ihtimalini de gösterir. Uyumaya çalışırken çok az zorluk bildirirler ve sağlıkları için endişelenmezler. Erkeklerin kendinden emin, meraklı, kolayca karar verebilme ve başkalarının kendileri hakkında ne düşündüğünü görememesi muhtemeldir. Kadınlar ise neşeli olarak tanımlanır, birkaç fiziksel rahatsızlığı bildirir ve endişelenme veya sinirlenme olasılığı düşüktür. Yüksek puan alanlar genellikle “nevrotik üçlü” denilen bir örüntü ile kendilerini belli ederler. Bu, kişinin sadece depresyon değil, aynı zamanda somatik şikâyetler, sinirlilik, kişiler arası ilişkilerde zorluklar, işle ilgili sorunlar ve genel memnuniyetsizlik de dâhil olmak üzere çok çeşitli şikâyetleri olduğunu göstermektedir (Groth-Marnat, 2009).

Psikiyatrik hasta gurubuna uygulanan test tekrar testte güvenilirlik 16 farklı çalışmada .78 (Dahlstrom ve ark.1972) ve iç tutarlılık katsayısı farklı bir çalışmada .81 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

3.Histeri (Hy): Ölçek nevrotik bozukluklardan biri olan konversiyon histerisine tanı koymak amacıyla tasarlanmıştır. Bu tasarımda histeri tanısı almış ve aynı zamanda histerik kişilik semptomlarının belirgin olan 50 hasta kullanılmıştır. 60 madde olan ölçek belirli fiziksel ve duygusal veya kişilerarası zorluklardan doğan savunmaların reddini

içerir. Fiziksel şikâyetler bulantı, felç, körlük, sağırılık, kusma, başağrısı ve kalp veya göğüs ağrıları gibi durumları içerir (McKinley ve Hathaway, 1956).

Bu ölçekte yüksek puan alan kişilerin önemli özelliği, aynı anda belirli fiziksel şikâyetleri bildirmeleri, ancak abartılı bir iyimserlik derecesini bile ifade edebilecekleri bir inkâr tarzı kullanmalarıdır. Kaygı ve çatışma ile başa çıkmalarının önemli ve birincil yollarından biri, bu zorlukları bedene kanalize etmek veya dönüştürmektir. Bu nedenle, fiziksel şikâyetleri bu çatışmaların dolaylı bir ifadesi olarak hizmet eder. Onların özellikleri, sevgi ve sosyal destek talep edecekleri, ancak bunu dolaylı ve manipülatif bir şekilde yapacakları bir histrionik kişilikle tutarlı olabilir. Ayrıca sosyal olarak engelsiz olmaları ve oldukça görünür olmaları da muhtemeldir. İlişkileri kolayca başlatabilirler, ancak ilişkilerinin yüzeysel olması muhtemeldir. Başkalarına ben merkezli ve naif bir şekilde yaklaşacaklar. Cinsel veya agresif davranabilirler, ancak altta yatan nedenleri veya başkaları üzerindeki etkileri konusunda uygun bir anlayışa sahip değildirler. Düşük puanlar günlük davranışlarında geleneksel, alaycı, sosyal olarak yalıtılmış ve kontrol sahibi ve uysaldırlar. Ayrıca başkalarına güvenmezler ve oldukça kuşkucu davranırlar (Groth-Marnat, 2009).

Test tekrar test ilişkisi(korelasyonu) psikiyatrik hasta grubunda 1-2 hafta aralıklarla .66 ve .80 ve bir yıl aradan sonra .36 ve .72'dir (Dahlstrom ve ark.1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı .78 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

4.Psikopatik Sapma (Pd): Ölçek 49 maddeden oluşur ve DSM-V-TR'de antisosyal kişilik bozukluğu olarak adlandırılan psikopatik kişiliği tanımlamak veya teşhis etmek için tasarlanmıştır. Dahlstrom vd. (1972), ölçüt grubu büyük ölçüde yalan, çalma, okuldan kaçma, cinsel saldırganlık, alkol kötüye kullanımı ve sahtecilik gibi suçlu eylemler nedeniyle mahkemeye psikiyatrik değerlendirme için başvuran kişilerden oluşmaktadır. Bu kişilik örüntüsü olumsuz olan davranışları sürdürmede direnme, geleneksel adet ve kurallara karşı gelme, öğrenme güçlükleri yaşama, kişilerarası ilişkilerinin yüzeysel olması, sosyal izolasyon, suçluluk ve günlük yaşamda memnuniyet eksikliği gibi özelliklere sahiptir. Harris ve Lingo (1955), bu ölçekte beş içerik alt ölçeği tanımlamıştır: Ailesel Uyuşmazlık (Pd1), Yetki Sorunları (Pd2), Sosyal İmkânsızlık (Pd3), Sosyal Yabancılaşma (Pd4) ve Kendiliğinden Yabancılaşma (Pd5).

Yetişkin literatüründe, bu ölçekte yüksek puan alan bireyler tipik olarak aşağılık komplekleri vardır; örneğin, öfke, dürtüsellik, kişilerarası ve duygusal sıklık, kişilerarası manipülatorlük ve öngörülemez davranışlar sergilediği söylenebilir. Ayrıca okula uyum ve okul yönetiminde sorunlar, aile öyküsünde genellikle ebeveyleerin ayrılığı ve boşanması, toplumun değerlerini ve standartlarını içselleştirme güçlüğü yaşarlar. Ölçekte düşük puan alanlar ise; konvansiyonel ve otoriteye uyum, düşük suçluluk olasılığı, rekabet ve hakimiyet yerine statü ve güvenliği içeren endişeler, kişilerarası tarzı kabul etme, suç içeren davranışların azlığı gibi özellikleri göze çarpmaktadır. (Groth-Marnat, 2009;Archer, 2005).

Psikiyatrik olgularda 1-2 günlük aralıklarla uygulanan test tekrar testte güvenilirlik .69'dan .75'e ve bir yıl aradan sonraki uygulamada ise .48 ve .49'a çıkmıştır(Dahlstrom ve ark.1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı ortalama .81 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

5.Maskulinite – Femininite (Mf): Ölçek içerik alanları heterojendir ve iş ve rekreasyonel ilgi alanları, aile ilişkileri, boş zaman faaliyetleri, bireysel duyarlılıklar ve korku ve duyarlılıkla ilgili öğeleri içerir. Bu ölçek başlangıçta (McKinley ve Hathaway, 1956) tarafından eşcinsel erkekleri tanımlamak için geliştirilmiştir, ancak yazarlar tek bir kriter grubu oluşturmak için açık bir tanı gruplaması tanımlamakta zorluk çekmiştir. Sonunda seçilen birincil kriter grubu, nevrotik, psikotik veya psikopatik eğilimlerden nispeten bağımsız 13 eşcinsel erkekten oluşuyordu. Ölçek 44 maddeden 41'i her iki cinsiyet için aynı yönde yapılandırılmıştır. Açık cinsel materyalle ilgili kalan üç öğe, erkekler ve kadınlar için ters yönlerde yapılandırılmıştır. Erkekler ve kadınlar için T skoru dönüşümleri tersine çevrilir, böylece erkekler için yüksek bir ham skor değeri yüksek bir T skoru yerleşimi ile sonuçlanırken, kızlar için yüksek bir ham skor değeri düşük bir T skoru değerine dönüştürülür.

Ölçekte yüksek puanlar, sanatsal alanlar, yüksek akademik başarı seviyeleri, cinsel kimlikle ilgili olası güvensizlik veya çatışma alanları, başkalarına duygularını ifade etmede duygusal rahatlık, kişilerarası ilişkilerde pasif ve itaatkâr gibi özellikler gösterirken düşük puan alanlar ise kendisini tekdüze kadın rolünde sunma, kişilerarası ilişkilerde pasif ve itaatkâr, düşük sosyoekonomik yapı, daha yüksek akademik performans ve düşük düzeyde öğrenme güçlüğü gibi özelliklere sahipler (Hathaway ve McKinley, 1956;Groth-Marnat, 2009). Psikiyatrik vakalar için 1-2 günlük aralıklarla uygulanan test tekrar testte güvenilirlik .79 ve .83 ve yüksekokul öğrencileri için ise .77 ve

.91 olarak bulunmuşken(Dahlstrom ve ark.1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı ortalama .73 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

6.Paranoya (Pa): Ölçek, paranoid durumları olan kişileri tanımlamak için tasarlanmıştır. Bir kişinin kişilerarası duyarlılık, kendi doğruluğu ve şüphecilik derecesini ölçer. 40 maddenin çoğu referans fikirleri, sanrılı inançlar, yaygın şüpheler, şiddet duyguları, olağandışı inançlar ve kişilerarası katılık gibi alanlara odaklanmaktadır. Bazı maddeler açık psikotik içerikle ilgiliyken, diğer sorular ise algılanan ön motiflerle ilgili bilgi sormaktadır.

Ölçekte hafif yükselmeler, kişinin duygusal, yumuşak kalpli olduğunu ve kişilerarası duyarlılık yaşadığını göstermektedir. Yükseklik arttıkça, bir kişinin şüphe ve hassasiyeti giderek daha aşırı ve psikotik süreçlerle tutarlı hale gelir. Çok yüksek puanlar, son derece şüpheli, intikamcı, düşünceli, kızgın olan kişileri göstermektedir. Sanrılar, öz-referans fikirleri, görkemli bir öz-kavram ve düzensiz düşünce süreçleri olabilir. Buna karşılık, düşük puan alan kişilerin oldukça dengeli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, düşük puan alan kadınlara kıyasla düşük puan alan erkekler için verilen açıklamalar arasında bazı farklılıklar vardır(Archer, 2005; Groth-Marnat, 2009). Psikiyatrik olgularda 1-2 günlük aralıklarla uygulanan test tekrar testte güvenirlik .61 ve .71' ve bir yıl aradan sonraki uygulamada ise .59 ve .65'tir (Dahlstrom vd., 1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı .73 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

7. Psikasteni (Pt): Ölçek psikasteni veya obsesif-kompulsif belirtileri değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Psikasteni artık tanı olarak kullanılsa da, MMPI testinin geliştirilmesiyle klinik alt testlerde yerini aldı. Zorlamalar, takıntılar, mantıksız korkular ve aşırı şüphe gibi özellikleri içerir. Dolayısıyla, günümüzde obsesif kompulsif özellikleri olan bir anksiyete bozukluğuna oldukça benzer. Ancak, önemli farklılıklar vardır. Ölçek kişinin karşılaşılabileceği daha açık korkuları ve endişeleri ölçer. Buna karşın, obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler ölçekte davranışları ve takıntıları kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu için potansiyel olarak oldukça düşük puan alabilirler. Her ne kadar Ölçekte bir yükselme obsesif-kompulsif bozukluk olasılığını düşündürse de, diğer anksiyete ile ilişkili bozukluklar veya durumsal durumlar da bir yükselmeye neden olabilir (McKinley ve Hathaway, 1956).

Bu alt test, anksiyeteyi ve obsesif ruminasyonları en açık şekilde ölçen klinik ölçektir. Bu nedenle, Ölçek depresyondaki yükselmelerle birlikte, kişinin maruz kaldığı sıkıntı derecesinin iyi bir genel göstergesidir. Yüksek puan alanlar gergin, kararsız, obsesif olarak endişeli ve konsantre olmakta zorlanırlar. Tıbbi bağlamda, küçük tıbbi şikâyetlere bile aşırı tepki vermeye eğilimlidirler. Genellikle katı, tedirgin, korkulu ve endişelidirler. En sık görülen şikâyetler kardiyak problemlerin yanı sıra gastrointestinal sistemlerle ilgili zorluklardır. Tıbbi olmayan ve daha normal popülasyonlarda, yüksek puan alanların, yüksek düzeyde ahlak standartlarına sahip, yüksek gerilimli, bireysel ve mükemmeliyetçi olma olasılığı yüksektir.

Düşük puan alan bireyler rahat, sıcak, neşeli, arkadaş canlısı, uyanık ve kendine güvenleri yüksektir. Hem erkeklerin hem de kadınların başkalarını eleştirme olasılığı daha düşüktür ve tipik olarak birkaç korkuları vardır. Erkeklerin ayrıca sağlık kaygıları hakkında endişelenmeleri daha az olasıdır. Dişilerin gergin olmaları, kendileri veya başkaları için kritik olmaları olası değildir (Groth-Marnat, 2009).

Psikiyatrik vakalarda 1-2 haftalık aralıklarla uygulanan test tekrar testte güvenilirlik .83 ve .86 ve bir yıl aradan sonraki uygulamada ise .48 ve .58'dir (Dahlstrom vd., 1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı .84 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

8.Şizofreni (Se): Ölçek şizofreni hastalarını tanımlamak için geliştirilmiştir. MMPI-A'nın en büyük ölçeği olup 77 maddeden oluşmaktadır. Tuhaf düşünce süreçleri, sosyal izolasyon, konsantrasyon bozukluğu, dürtü kontrolündeki zorluklar gibi davranıştaki uyumsuzlukları içeren özelliklere sahiptir. Ölçekte yüksek puan alan bireyler genellikle kendisine yabancılaşmış ve sanrılı olarak tanımlanır. Genellikle psikotik özellikler gösterirler ve sosyal olarak izole edilmiş, geri çekilmiş, utangaç ve ilgisizdirler. Ölçekteki aşırı yükselmeler, özellikle yetişkinler için 100'ü ve ergenler için 90'ı aşan T skoru değerleri tipik olarak şizofren olmayan ancak yoğun, akut durumsal sıkıntı yaşayan hastalar tarafından üretilir (Archer, 2005)

Hathaway ve Monachesi (1963), erkeklerin kızlardan Se ölçeğinde en yüksek nokta olan bir profile sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, yüksek ölçek puanları üreten hem erkek hem de kadın ergenlerin zeka ve akademik başarıda diğer ergenlere göre daha düşük olması muhtemeldir. Yüksek puan bireyler; geri çekilmiş ve sosyal olarak yalıtılmış, şaşkın ve düzensiz, aşağılık,

yetersizlik, düşük benlik saygısı ve memnuniyetsizlik duyguları, savunmasız ve kolayca üzülen, psikoterapi de dahil olmak üzere kişilerarası ilişkilere girme konusunda isteksizlik, sanrılar, halüsinasyonlar ve diğer şizofrenik semptomlar gibi özellikler gösterirken, düşük puan alan bireyler uygun, geleneksel ve muhafazakarlık, mantıksal, pratik ve başarı odaklı, problem çözme yaklaşımlarında yaratıcı olmayan, sorumlu, işbirlikçi ve güvenilir özellikler sergilemektedirler. Psikiyatrik hastalar için 1-2 günlük aralıklarla uygulanan test tekrar testte güvenilirlik .75 ve .82'dir ve bir yıl aradan sonraki uygulamada ise güvenilirlik .54 ve .94'tür(Dahlstrom ve ark.1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı ortalama .82 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

9.Hipomani (Ma): Hipomanik semptomatoloji gösteren hastaları tanımlamak için geliştirilmiştir. Ölçek içeriğin kapsamı bakımından nispeten geniş ve benmerkezcilik, sinirlilik, bilişsel ve davranışlarda aşırı aktive olma hali gibi kişilik örüntüsüne sahiptir. Ölçekte yüksek puanlar dürtüsellik, aşırı aktivite, narsisizm, fikir uçuşmaları, sosyal dışa dönüklük ve düşünmenin aksine eylem tercihi sözkonusudur. Bu alt testte yüksek puan alan bireyler hızlandırılmış kişisel tempo ve aşırı aktivite, dürtüsellik, huzursuzluk ve dikkat dağınıklığı, sosyal dışa dönük, konuşkan ve enerjik, okul odaklı davranış problemleri ve suçlu davranışlar sergileme ve öforik ruh hali ve görkemli benlik algıları ile düşük puan alanlar düşük enerji seviyesi, sessiz, inatçı, geri çekilmiş ve bunalımlı, aşırı kontrol, engelleme ve aşırı sorumluluk alma, depresif ruh halleri mevcuttur (Hathaway ve Monachesi,1963; Groth-Marnat, 2009). Psikiyatrik hastalar için 1-2 günlük aralıklarla yapılan çalışmalarda test tekrar testte güvenilirlik .71 ve .81'dir ve bir yıl aradan sonraki çalışmada ise güvenilirlik .43 ve .52'dir (Dahlstrom vd., 1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı yaklaşık olarak .82 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

10. Sosyal İçe Dönüklük (St): Bu alt test standart MMPI profiline sonradan eklenmiş ve araştırmalarda üzerinde çokça çalışılmış İçe dönüklük ve dışa dönüklük gibi kişilik boyutları içermektedir. Bu alt test içe dönüklülüğün sadece bir boyutu olan sosyal ilişkilerdeki içedönüklülüğü test etmeyi amaçlamaktadır. Si ölçeği başlangıçta Drake (1946) tarafından sosyal içe dönük / dışa dönüklük ölçüsünde aşırı puanlar üreten üniversite öğrencilerinin yanıtlarına dayanarak geliştirilmiştir. Ölçekte yüksek puanlar alan bireylerin sosyal olarak içe dönük, güvensiz ve sosyal durumlarda oldukça rahatsız edici olmaları muhtemeldir. Utangaç, çekingen, itaatkâr ve özgüven eksikliği eğilimindedirler. Ölçekte için yüksek puanlar ortaya çıktığında, dürtüsel davranışlar ve

harekete geçme potansiyeli azalır ve nevrotik ruminasyon ve introspeksiyon olasılığı artar. Düşük puan alan bireyler sosyal, dışa dönük, olası akademik başarısızlık öyküsü, aktif, enerjik ve konuşkan, sosyal etki, güç ve tanınma ile ilgilenme ve sosyal açıdan kendinden emin ve yetkin özelliklere sahipler (Hathaway ve McKinley, 1956; Archer, 2005; Groth-Marnat, 2009).

Psikiyatrik vakalar için 1-2 günlük aralıklarla uygulanan test tekrar test korelasyonunda güvenilirlik .80 ve .88 ve bir yıl aradan sonra yapılan çalışmada ise .63 ve .64 olarak bulunmuştur (Dahlstrom vd., 1972). Ayrıca farklı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı ortalama .81 olarak bulunmuştur (Hunsley vd., 1988).

3.3.3 Nitel Veri Toplama Araçları

3.3.3.1 Anamnestik Sorgulama

Anamnez, danışanın hayatındaki güncel koşulları ve işlevselliğini değerlendirmek, danışmaya geliş gerekçesi ve danışma süreci ile ilgili hedeflerini sorgulamak, tanımlamak, değerlendirmek, kişiler arası ilişki tarzı, beceri ve kişisel geçmişiyile ilgili fikir edinmek amacıyla kapsamlı bir sorgulama yapmaktır (Flanagan ve Flanagan, 2015). Dahası *danışanın özgül tarihi* (oturduğu adres, doğum tarihi, cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim düzeyi, meslek, sosyal koşullar, medeni durum, aile tarihçesi, bakımverenlerle ve kardeşlerle ilişkilerdeki belirgin özellikler), problemine yüklediği değerler, iletişim ve etkileşimsel deneyim, yineleyen duygu, davranış, tutum, düşünce örüntüleri, benimsediği ve geri çevirdiği kabuller, kendine, topluma ve dünyaya bakışı anamnez sürecinde ele alınması gereken konuların başında gelmektedir (Doğan, 2020). Benzer şekilde anamnez süreciyle ilgili (Lingiardi ve McWilliams, 2017) problemin tarihçesi ile ilgili bilgiler, varsa daha önce uygulanmış olan psikolojik ve/ya biyolojik tedaviler, problemle ilintili olabilecek hayat olayları gibi önemli bilgiler ve kültürel, dini bağlam gibi faktörler, ilgili duygulanımlar, savunmalar, temel endişeler ve patojenik kanaatler gibi psikopatolojik özellikler, danışanın güçlü yönleri ve kullanabileceği kaynaklar, danışmanın danışana verdiği öznel tepkiler (karşı aktarım tepkileri) ve terapötik hipotezler ve tedaviyle ilgili kararlar anamnezin içeriğini oluşturan bilgilerdir.

Bu çalışmada kullanılan ve Yıldırım (2006) tarafından önerilen anamnez formunda odaklanılması gereken sorulardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir:

- ✓ Böyle bir yardıma ilk defamı başvuruyorsunuz? (Eğer cevabınız “Hayır” ise, daha önce hangi amaçla, nereye/nerelere başvurduunuz, ne tür çalışmalar yürüttünüz ve sonuçları neler oldu?)
- ✓ Bana sorunuzdan bahseder misiniz? Nereden başlamak istersiniz? Sizi buraya getiren nedenleri, sorunları sorsam nasıl yanıtlarsınız?
- ✓ Şu ana kadar bu probleminizi çözmek için neler yaptınız? Ne tür önlemler aldınız?
- ✓ Bana ayrıntılı şekilde kendinizden bahseder misiniz? Sizce siz nasıl birisiniz?
- ✓ Gördüğünüz rüyaları çoğu kere hatırlar mısınız? Dün gördüğünüz rüyayı hatırlıyor musun? Hatırlıyorsanız anlatın.
- ✓ Adınızı kim(ler) koymuş? Adınızın bu olması gerektiğine nasıl karar vermiş(ler)? Adınızın sizin için anlamı ne? Adınızdan memnun musunuz?
- ✓ Tüm yaşamınız boyunca anımsarken keyif aldığınız, coşku hissettiğiniz, gururlandığınız, size huzur ve mutluluk veren bir olayı hatırlayın (Dikkat edin en özeli ve sıra dışı olanı olsun. Kaç yaşında olduğunuzun önemi yok). Bana o olayı, günü ayrıntılı betimleyin.
- ✓ Tüm yaşamınız boyunca hatırlamaktan kaçındığınız, size acı, huzursuzluk, kaygı veren bir yaşantınızı tıpkı öncekilerde olduğu gibi ayrıntılı betimleyin. (Neredesiniz? Kaç yaşınızdasınız? Neler oldu? Nasıl hissediyorsunuz? Kimler var o an yanınızda? Neler söylüyorlar?).

Diğer yandan çalışma için alınan onayın ardından katılımcılarla Bingöl Üniversitesi Psikoloji klinik görüşme odasında birebir görüşmelere başlanmış ve bu anamnestik görüşmeler ses kaydı cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler yazılı metin haline getirilmiş ve NVIVO 12 paket programıyla analiz edilmiştir. Bu doğrultuda travmatik yası olan ve olmayan katılımcılarla yapılan anamnestik görüşmeler toplamda 45 saat sürmüştür. Görüşme süreleri herbir katılımcı için yaklaşık 1 saat 20 dakika olarak kayda geçmiştir.

Beier Cümle Tamamlama Testi (BCTT)

Beier (1960) tarafından bireylerin genel davranışlarını, iç görü düzeyini, geçmişe dair belirsizliklerini, geleceğe dair kaygı ve korkularını, çevresiyle olan iletişim ve etkileşim biçimini ve davranışlarındaki bilinçdışı yansımalarını (actin out) anlamamıza yardımcı olan, yarı yapılandırılmış yansıtımlı (projektif) bir testtir (Doğan, 2015). Bu

konuya kuramsal kısımda kapsamlı bir şekilde yer verildiğinden burada ayrıca üzerinde durulmayacaktır.

Geçerlilik ve Güvenirlik: Beier Cümle Tamamlama Testinin puanlayıcılar arası güvenilirliği (+) ifadeler için yaklaşık 0.80, (-) ifadeler için 0.70 ve nötr (0) ifadeler için ise 0.50 dolayında bulunmuştur (Akkoyu, 1994).

Diğer yandan katılımcıların Beier Cümle Tamamlama Testinine ilişkin cevapları test formu üzerinde yazma şeklinde elde edilmiştir. Daha sonra her bir katılımcının testte verdikleri cevaplar okunmuş ve cümleler olumlu, olumsuz ve nötr şeklinde işaretlenmiştir. Toplamda 30 katılımcıdan 90 sayfa yazılı metin elde edilmiştir. Testin cevaplama süresi ortalama 30 dakika olarak kayda geçmiştir.

Rüya İçerikleri Temaları

Rüyalarla ilgili bilgi toplamak amacıyla travmatik yas yaşayan katılımcı için “*son zamanlarda gördüğünüz rüyalarınızı hatırlıyor musun? Hatırlıyorsanız, 3 tane rüyanızı ayrıntılı biçimde yazınız*” (Domhoff, 1996; Yıldırım, 2006) denildi. Bu form, insanlardan hatırlayabilecekleri en son rüyayı bildirmelerini isteyerek büyük örneklerde rüya koleksiyonları için geliştirilmiş, doğrulanmış ve güvenilir bir yöntemdir (Domhoff, 2000). Bu yöntemin rüya anlatılarının temsili örneklerini sağladığı gösterilmiştir (Domhoff, 1996; Hall ve Castle, 1966). Benzer şekilde Fosshage (2007) rüyaların duygular, benzetmeler ve tema yoluyla doğrudan doğruya kişinin yaşadığı andaki kaygılarını yansıttığını ifade etmiştir.

Fromm (1951) sembolik (unutulmuş) dilin bir şeylerin üzerini örten bir dil değil, “içsel deneyimlerimizi sanki duyusal deneyimlermiş gibi ifade etmemizi sağlayan bir dil” olduğunu söylemiştir. French ve Fromm'un (1964) problem çözme çabaları; Fairbairn'in (1944) nesne ilişkileri süreçleri; Kohut'un (1977) kendilik düzenlemesi; Erikson'un (1954) bireysel deneyimleme ve ilişki kurma ego modları ve Fosshage'in (2007) öne sürdüğü gelişim ve düzenleme işlevleri, tümü de rüyada doğrudan doğruya (açıkça) gözlemlenebilir işlevler olduğu ifade edilmektedir (Fosshage, 1983). Diğer yandan katılımcılarla yapılan birebir görüşmeler öncelikle ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınmıştır. Ancak birebir görüşmelerde katılımcılar rüyalarını anlatmada zorluk yaşadıkları (sürekli ağlama hali, rüyalarını anlatmak yerine kaybedilenle olan ilişkilerin

konusulmak istenmesi gibi) görüldü. Sürecin tıkanmaması için katılımcıların rüyaları yazılı metin şeklinde alınmıştır. Toplamda 15 yaşlı katılımcıdan 45 adet rüya elde edildi. Bu süreç yaklaşık 45 dakika sürmüş ve toplamda 10 sayfa yazılı metin elde edilmiştir.

3.4 Verilerin Analizi

3.4.1 Nicel Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS 22.00 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde 7 farklı istatistiksel analiz tekniği kullanılmıştır. Bu analizler şunlardır:

1. Frekans
2. Yüzde
3. Ki-kare analizi
4. Sperman korelasyon analizi
5. Mann Whitney U testi
6. Kruskal-Wallis H testi
7. Dunnet T3 Post Hoc testi

Verilerin normallik dağılıma uygunluğunu anlamak amacıyla yapılan analizler sonucu Kolmogorov-Smirnov değerlerine göre SCL-90 testinin depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete ve Genel Semptom İndeksi, MMPI testinin şizofreni ve hipomani testi değerleri normal dağılıma uymamaktadır (Tablo 1). Bu bulgular verilerin normal dağılıma uymadığını gösterdiğinden verilerin analizinde nonparametrik analizler uygulanmıştır.

Tablo 2: Verilerin normallik analizleri

	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	Df	p
Belirti Tarama Listesi (SCL-90)			,172
Somatizasyon	,135	30	
Obsesif-Kompulsif Belirtiler	,098	30	,200*
Kişilerarası İlişkilerde Duyarlık	,113	30	,200*
Depresyon	,167	30	,033
Anksiyete	,162	30	,044
Hostilite	,124	30	,200*
Fobik Anksiyete	,205	30	,002
Paranoid Düşünceler	,151	30	,078
Psikoz	,153	30	,071

Ek Skalalar	,109	30	,200
Genel Semptom İndeksi	,165	30	,036
Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ)	,117	30	,200
Savunma Biçimleri Testi (SBT)			
İmmature Savunma Biçimi	,123	30	,200
Nevrotik Savunma Biçimi	,088	30	,200
Mature Savunma Biçimi	,121	30	,200
Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)			
ML	,144	30	,117
MF	,116	30	,200
MK	,160	30	,048
Hipokondri	,115	30	,200
Depresyon	,157	30	,056
Histeri	,179	30	,016
Psikopatik Sapma	,134	30	,179
Maskulinite-Femininite	,138	30	,148
Paranoya	,109	30	,200
Psikasteni	,132	30	,192
Şizofreni	,163	30	,041
Hipomani	,168	30	,030
Sosyal İçedönüklük	,124	30	,200

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI),

Savunma Biçimleri Testi (SBT),

Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Travmatik Yas ölçeği (TYÖ)

3.4.2 Nitel Verilerin Analizi

Bu çalışmada eş zamanlı karma yöntem deseni kullanılmıştır. Rüya içeriği temalarını oluşturmak için katılımcılardan elde edilen veriler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. İçerik analizi, metni analiz etmek için kullanılan bir dizi farklı strateji için kullanılan genel bir terimdir (Powers vd., 2010). Kullanılan kelimelerin eğilimlerini ve örüntülerini, sıklıklarını, ilişkilerini, iletişim yapılarını ve söylemlerini belirlemek için büyük miktarlarda metin bilgisini göze batmadan keşfetmek için kullanılan sistematik bir kodlama ve kategorileştirme yaklaşımıdır (Pope vd., 2006).

Toplanan veriler, iki alan uzmanı tarafından deşifre edilmiş ve kodlamalar ve temalar oluşturulmuştur. İçerik analizinde kullanılan kodlayıcılar arası güvenilirlik,

birden fazla kodlayıcının malzemeyi akran araştırmacılarıyla aynı şekilde bağımsız olarak ne ölçüde sınıflandırdığını ifade eder. Ayrıca, bu yöntem, araştırmacı üçgenlemesi yoluyla nicel ve nitel bileşenlerden ayrı ayrı elde edilen sonuçları; tekil yöntemler, tek analizci, ve tek-bakış açılı yorumlardan kaynaklanabilecek şüpheciliğin üstesinden gelmek için üçgenlemesine (Patton, 2014) izin verir. Böylece araştırmacıların çapraz doğrulama yapmaları sağlanır. Bu yöntem içerik analizinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve yaklaşımın güvenilirliğini artırmak için bir önlem olarak sunulmuştur (Cavanagh, 1997). Görüşmeye alınan katılımcının birebir ifadeleri kullanılarak elde edilen kategoriler açıklanmış ve böylece araştırmanın geçerliliği sağlanmaya çalışılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Güvenirlik yönünde ise Creswell'in (2016) de önemle vurguladığı gibi bir konu olan verilerin transkripsiyonları kayıtlı karşılaştırılarak kontrol edilmiştir. Katılımcıların sorulara verdikleri cevapların bir bölümü doğrudan alıntılar şeklinde sunulmuştur. Doğrudan yapılan alıntılarda katılımcılara ait bilgiler katılımcı numarası, katılımcı grubu (travmatik yaşlı veya travmatik yaşlı olmayan) ve cinsiyet olarak verilmiş ve travmatik yaşlı 15. katılımcı ve kadın veya travmatik yaşlı olmayan 15. Katılımcı şeklinde ifade edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular nicel araştırmaya dair bulgular ve nitel araştırmaya dair bulgular olmak üzere iki alt bölüm şeklinde sunulmuştur. Önce nicel bulgular, ardından nitel bulgular verilmiştir.

4.1 Nicel Araştırma Bulguları (Objektif Testler)

4.1.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Araştırmanın çalışma grubunu yası olan ve yası olmayan 26 kadın toplam 30 bireyden oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde % 16.7’inde intihar girişimi ve % 10’unda ruhsal hastalık olduğu, % 40’ının kentte yaşadığı, % 40’ının algılanan ekonomik düzeyinin orta, % 40’ının algılanan ekonomik düzeyinin orta-alt grupta olduğu, % 90’ının annesinin sağ ve % 86.7’sinin babasının sağ olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler

	Yası olan		Yası olmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	13	86,7	13	86,7	26	86,7
Erkek	2	13,3	2	13,3	4	13,3
İntihar girişimi						
Var	3	20,0	2	13,3	5	16,7
Yok	12	80,0	13	86,7	25	83,3
Ruhsal hastalık öyküsü						
Var	2	13,3	1	6,7	3	10,0
Yok	13	86,7	14	93,3	27	90,0
Yaşadığı yer						
Köy	5	33,3	6	40,0	11	36,7
Kent	7	46,7	5	33,3	12	40,0
Büyük kent	3	20,0	4	26,7	7	23,3
Algılanan Ekonomik düzey						
Üst	2	13,3	0	0,0	2	6,7
Üst-orta	2	13,3	2	13,3	4	13,3
Orta	5	33,3	7	46,7	12	40,0
Orta-alt	6	40,0	6	40,0	12	40,0
Anne						
Sağ	12	80,0	15	100,0	27	90,0
Ölü	3	20,0	0	0,0	3	10,0
Baba						
Sağ	12	80,0	14	93,3	26	86,7
Ölü	3	20,0	1	6,7	4	13,3

Yası olan katılımcıların kaybettikleri kişiyle ve kendi yaşadıklarıyla ilgili bilgiler Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre yası olan katılımcıların % 20'si babasını, % 26.7'si annesini, % 6.7'si kardeşini, % 46.7'si amca, dayı ve teyze gibi yakın akrabalarını kaybetmiştir. Kaybedilen kişilerin % 60'ı ani/ kalp krizi, kanser gibi nedenlerden dolayı vefat etmiş, katılımcıların % 66.7'sinin kaybettiği kişinin evli olduğu belirlenmiştir. % 46.7'si kayıptan sonra hayatını sonlandırmak istemiş, % 40'ı kayıptan sonra ruhsal hastalık, % 33.3'ü kayıptan sonra fiziksel hastalık yaşamıştır, % 86.7'sinin kaybettiği kişiyle iyi anlaştığı, % 20'si kayıptan sonra profesyonel bir yardım aldığını, % 53.8'inin ailesinde akut ya da kronik rahatsızlık olduğu saptanmıştır.

Tablo 4:Yası olan katılımcıların kaybettikleri kişiyle ve kendi yaşadıklarıyla ilgili bilgiler

	n	%
Kaybedilen birey/kişi		
Baba	3	20,0
Anne	4	26,7
Kardeş	1	6,7
Diğerleri (amca, dayı ,teyze vb.)	7	46,7
Ölüm nedeni		
Trafik kazası	1	6,7
Hastalık (Ani/ kalp krizi, kanser vb.)	9	60,0
İntihar	5	33,3
Kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünme		
Evet	7	46,7
Hayır	8	53,3
Kaybedilenin medeni durumu		
Bekar	5	33,3
Evli	10	66,7
Kayıptan sonra ruhsal hastalık yaşama		
Evet	6	40,0
Hayır	9	60,0
Kayıptan sonra fiziksel hastalık yaşama		
Evet	5	33,3
Hayır	10	66,7
Kaybedilen kişiyle olan ilişki		
İyi anlaşırdık	13	86,7
Bir iyi-bir kötü çatışmalı	1	6,7
İyi anlaşılamazdık	1	6,7
Kayıp sonrası profesyonel bir yardım alma		
Evet	3	20,0
Hayır	12	80,0
Ailede akut ya da kronik rahatsızlık durumu		
Var	8	53,8
Yok	7	46,7

Uygulanan Ölçeklere İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri:

Araştırmaya katılan yası olan ve yası olmayan katılımcıların Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ölçeğinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te verilmiştir. Somatizasyon boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.42 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.86, Obsessif Kompulsif Bozukluk boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.99 yası olmayanların aritmetik ortalaması 1.40, Kişilerarası İlişkilerde Duyarlılık boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.92 yası olmayanların aritmetik ortalaması 1.12, Depresyon boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 2.08 yası olmayanların aritmetik ortalaması 1.09, Anxiete boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.61 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.73, Hostilite boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.60 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.69, Fobik Anksiyete boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.24 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.30, Paranoid Düşünceler boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.72 yası olmayanların aritmetik ortalaması 1.07, Psikoz boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 1.53 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.47, Ek Skala boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 2.01 yası olmayanların aritmetik ortalaması 1.01, Genel Semptom İndeksinde yası olanların aritmetik ortalaması 1.71 yası olmayanların aritmetik ortalaması 0.87 olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Katılımcıların Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular

		N	$\bar{X}$	S.s.
Somatizasyon	Yası olan	15	1,42	,913
	Yası olmayan	15	,86	,588
	Toplam	30	1,14	,807
OKB	Yası olan	15	1,99	,646
	Yası olmayan	15	1,40	,613
	Toplam	30	1,70	,689
KD	Yası olan	15	1,92	,945
	Yası olmayan	15	1,12	,728
	Toplam	30	1,52	,923
Depresyon	Yası olan	15	2,08	1,069
	Yası olmayan	15	1,09	,740
	Toplam	30	1,58	1,033
Anxiete	Yası olan	15	1,61	,923
	Yası olmayan	15	,73	,696
	Toplam	30	1,17	,921
Hostilite	Yası olan	15	1,60	,998
	Yası olmayan	15	,69	,584
	Toplam	30	1,14	,927
Fobik Anksiyete	Yası olan	15	1,24	,800
	Yası olmayan	15	,30	,349
	Toplam	30	,77	,770

Paranoid	Yaşı olan	15	1,72	,975
	Yaşı olmayan	15	1,07	,766
	Toplam	30	1,39	,924
Psikoz	Yaşı olan	15	1,53	,799
	Yaşı olmayan	15	,47	,377
	Toplam	30	1,00	,817
Ekskala	Yaşı olan	15	2,01	,927
	Yaşı olmayan	15	1,01	,619
	Toplam	30	1,51	,926
GSI	Yaşı olan	15	1,71	,765
	Yaşı olmayan	15	,87	,497
	Toplam	30	1,29	,764

Travmatik Yas Ölçeğinde (TYÖ) yaşı olanların aritmetik ortalaması 47.00 yaşı olmayanların aritmetik ortalaması 21.60 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6: Katılımcıların Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular

		N	$\bar{X}$	S.s.
TRAVMATİK YAS	Yaşı olan	15	47,00	14,298
	Yaşı olmayan	15	21,60	10,098
	Toplam	30	34,30	17,742

Savunma Biçimleri Testinin (SBT) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6’da verilmiştir. Immature Savunma boyutunda yaşı olanların aritmetik ortalaması 112.67 yaşı olmayanların aritmetik ortalaması 101.53, Nevrotik Savunma boyutunda yaşı olanların aritmetik ortalaması 86.80 yaşı olmayanların aritmetik ortalaması 85.60, Mature Savunma boyutunda yaşı olanların aritmetik ortalaması 37.67 yaşı olmayanların aritmetik ortalaması 32.53 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Katılımcıların Savunma Biçimleri Testinin (SBT) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular

		N	$\bar{X}$	S.s.
İmmature	Yaşı olan	15	112,67	27,396
	Yaşı olmayan	15	101,53	26,417
	Toplam	30	107,10	27,042
Nevrotik	Yaşı olan	15	86,80	11,252
	Yaşı olmayan	15	85,60	7,079
	Toplam	30	86,20	9,256
Mature	Yaşı olan	15	37,67	10,748
	Yaşı olmayan	15	32,53	9,819
	Toplam	30	35,10	10,446

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7’de verilmiştir. ML skalasında yası olanların aritmetik ortalaması 42.60 yası olmayanların aritmetik ortalaması 47.13, MF skalasında yası olanların aritmetik ortalaması 53.07 yası olmayanların aritmetik ortalaması 44.47, MK skalasında yası olanların aritmetik ortalaması 42.80 yası olmayanların aritmetik ortalaması 48.47, Hs boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 60.47 yası olmayanların aritmetik ortalaması 48.00, D boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 58.13 yası olmayanların aritmetik ortalaması 45.13, Hy boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 66.33 yası olmayanların aritmetik ortalaması 53.47, PD boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 57.13 yası olmayanların aritmetik ortalaması 42.40, MF boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 47.13 yası olmayanların aritmetik ortalaması 45.00, PA boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 54.07 yası olmayanların aritmetik ortalaması 42.53, PT boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 60.67 yası olmayanların aritmetik ortalaması 51.07, SC boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 59.47 yası olmayanların aritmetik ortalaması 45.87, MA boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 59.80 yası olmayanların aritmetik ortalaması 53.47, SI boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması 58.40 yası olmayanların aritmetik ortalaması 47.00 olarak bulunmuştur.

Tablo 8: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI) aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular

		N	$\bar{X}$	S.s.
ML	Yası olan	15	42,60	10,789
	Yası olmayan	15	47,13	11,294
	Toplam	30	44,87	11,094
MF	Yası olan	15	53,07	7,334
	Yası olmayan	15	44,47	7,652
	Toplam	30	48,77	8,565
MK	Yası olan	15	42,80	6,826
	Yası olmayan	15	48,47	11,064
	Toplam	30	45,63	9,481
HS	Yası olan	15	60,47	13,303
	Yası olmayan	15	48,00	11,199
	Toplam	30	54,23	13,645

		15	58,13	14,217
D	Yaşı olan			
	Yaşı olmayan	15	45,13	10,336
	Toplam	30	51,63	13,887
HY	Yaşı olan	15	66,33	14,955
	Yaşı olmayan	15	53,47	11,470
	Toplam	30	59,90	14,639
PD	Yaşı olan	15	57,13	13,773
	Yaşı olmayan	15	42,40	10,105
	Toplam	30	49,77	14,036
MF	Yaşı olan	15	47,13	12,299
	Yaşı olmayan	15	45,00	12,862
	Toplam	30	46,07	12,412
PA	Yaşı olan	15	54,07	10,640
	Yaşı olmayan	15	42,53	9,812
	Toplam	30	48,30	11,642
PT	Yaşı olan	15	60,67	11,524
	Yaşı olmayan	15	51,07	9,300
	Toplam	30	55,87	11,389
SC	Yaşı olan	15	59,47	13,820
	Yaşı olmayan	15	45,87	9,273
	Toplam	30	52,67	13,474
MA	Yaşı olan	15	59,80	7,418
	Yaşı olmayan	15	53,47	10,980
	Toplam	30	56,63	9,754
Sİ	Yaşı olan	15	58,40	13,233
	Yaşı olmayan	15	47,00	11,155
	Toplam	30	52,70	13,350

Yaşı olan bireyler ile olmayan bireylerin Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 8’de sunulmuştur. Çalışmada, yaşı olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırıldığında; OKB ($U=55,500$, $p<0.05$), KD ($U=56,500$, $p<0.05$), depresyon ($U=46,500$, $p<0.05$), anksiyete ($U=44,500$, $p<0.05$), hostilite ($U=50,500$, $p<0.05$), fobik anksiyete ($U=32,000$, $p<0.05$), psikoz ($U=19,500$, $p<0.05$), ek skala ($U=45,000$, $p<0.05$), genel semptom indeksi ($U=38,000$, $p<0.05$) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık somatizasyon ($U=69,500$, $p>0.05$) ve paranoid düşünceler ($U=71,000$, $p>0.05$) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Sonuç olarak yası olan bireylerin olmayan bireylere göre OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, psikoz, ek skala, genel semptom indeksi puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Yası olan ve yası olmayanların Belirti Tarama Listesi Ölçeği açısından aralarındaki farklara ilişkin bulgular

		Sıra		U	p
		N	ortalaması Sıra toplamı		
Somatizasyon	Yası olan	15	18,37 275,50	69,500	,074
	Yası olmayan	15	12,63 189,50		
OKB	Yası olan	15	19,30 289,50	55,500	,018
	Yası olmayan	15	11,70 175,50		
KD	Yası olan	15	19,23 288,50	56,500	,020
	Yası olmayan	15	11,77 176,50		
Depresyon	Yası olan	15	19,90 298,50	46,500	,006
	Yası olmayan	15	11,10 166,50		
Anksiyete	Yası olan	15	20,03 300,50	44,500	,005
	Yası olmayan	15	10,97 164,50		
Hostilite	Yası olan	15	19,63 294,50	50,500	,010
	Yası olmayan	15	11,37 170,50		
Fobik Anksiyete	Yası olan	15	20,87 313,00	32,000	,001
	Yası olmayan	15	10,13 152,00		
Paranoid	Yası olan	15	18,27 274,00	71,000	,084
	Yası olmayan	15	12,73 191,00		
Psikoz	Yası olan	15	21,70 325,50	19,500	,000
	Yası olmayan	15	9,30 139,50		
Ekskala	Yası olan	15	20,00 300,00	45,000	,005
	Yası olmayan	15	11,00 165,00		
GSİ	Yası olan	15	20,47 307,00	38,000	,002
	Yası olmayan	15	10,53 158,00		

Yası olan bireyler ile olmayan bireylerin Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) değerleri açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve Tablo 9’da gösterilmiştir. Çalışmada, yası olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırıldığında; Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (U=19,000, $p<0.05$). Sonuç olarak yası olan bireylerin olmayan bireylere göre Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Yası olan ve yası olmayanların Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) açısından aralarındaki farklılıklarla ilişkin bulgular

		Sıra			U	p
		N	ortalaması	Sıra toplamı		
TRAVMATİK	Yası olan	15	21,73	326,00	19,000	,000
YAS	Yası olmayan	15	9,27	139,00		

Yası olan bireyler ile olmayan bireylerin Savunma Biçimleri Testinin (SBT) değerleri, açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 10’da gösterilmiştir. Çalışmada, yası olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırıldığında; Immature Savunma boyutu (U=79,500 p>0.05), Nevrotik Savunma boyutu (U=100,000 p>0.05), Mature Savunma boyutu (U=76,500 p>0.05), puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak yası olan ve olmayan bireylerin Savunma Biçimleri açısından aralarında fark bulunmamıştır.

Tablo 11: Yası olan ve yası olmayanların Savunma Biçimleri Testi açısından aralarındaki farklılıklarla ilişkin bulgular

		Sıra			U	p
		N	ortalaması	Sıra toplamı		
İmmature	Yası olan	15	17,70	265,50	79,500	,171
	Yası olmayan	15	13,30	199,50		
Nevrotik	Yası olan	15	16,33	245,00	100,000	,603
	Yası olmayan	15	14,67	220,00		
Mature	Yası olan	15	17,90	268,50	76,500	,135
	Yası olmayan	15	13,10	196,50		

Yası olan bireyler ile olmayan bireylerin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve Tablo 11’de gösterilmiştir. Çalışmada, yası olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırıldığında; MMPI’nin MF alt skalası (U=48,500 p<0.05), Hs boyutu (U=50,500 p<0.05), D boyutu (U=52,500 p<0.05), Hy boyutu (U=53,500 p<0.05), PD boyutu (U=45,000 p<0.05), PA boyutu (U=48,500 p<0.05), PT boyutu (U=60,000 p<0.05), SC boyutu (U=41,000 p<0.05), Sİ boyutu (U=60,500 p<0.05) anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık ML alt skalası (U=84,000 p>0.05), MK alt skalası (U=76,000 p>0.05), Mf boyutu (U=111,000 p>0.05), MA boyutu (U=75,000 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak yası olan

bireylerin olmayan bireylere göre MMPI'nin MF alt skalası, Hs boyutu, D boyutu, Hy boyutu, PD boyutu, PA boyutu, PT boyutu, SC boyutu, Sİ boyutu puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Yası olan ve yası olmayanların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri açısından aralarındaki farklılıklarla ilişkin bulgular

		Sıra			U	p
		N	ortalaması	Sıra toplamı		
ML	Yası olan	15	13,60	204,00	84,000	,231
	Yası olmayan	15	17,40	261,00		
MF	Yası olan	15	19,77	296,50	48,500	,008
	Yası olmayan	15	11,23	168,50		
MK	Yası olan	15	13,07	196,00	76,000	,128
	Yası olmayan	15	17,93	269,00		
HS	Yası olan	15	19,63	294,50	50,500	,010
	Yası olmayan	15	11,37	170,50		
D	Yası olan	15	19,50	292,50	52,500	,013
	Yası olmayan	15	11,50	172,50		
HY	Yası olan	15	19,43	291,50	53,500	,014
	Yası olmayan	15	11,57	173,50		
PD	Yası olan	15	20,00	300,00	45,000	,005
	Yası olmayan	15	11,00	165,00		
MF	Yası olan	15	15,40	231,00	111,000	,950
	Yası olmayan	15	15,60	234,00		
PA	Yası olan	15	19,77	296,50	48,500	,008
	Yası olmayan	15	11,23	168,50		
PT	Yası olan	15	19,00	285,00	60,000	,029
	Yası olmayan	15	12,00	180,00		
SC	Yası olan	15	20,27	304,00	41,000	,003
	Yası olmayan	15	10,73	161,00		
MA	Yası olan	15	18,00	270,00	75,000	,118
	Yası olmayan	15	13,00	195,00		
Sİ	Yası olan	15	18,97	284,50	60,500	,031
	Yası olmayan	15	12,03	180,50		

Araştırmaya katılan yası olan bireylerin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Savunma Biçimleri Testi (SBT), Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Travmatik Yas ölçeğinden (TYÖ) elde edilen puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 13: Yası olanların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Belirti Tarama Listesi, Travmatik Yas Ölçeği arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri

		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1-Somatizasyon	rho	,815**	,014	,265	-,081	,596*	-,283	,488	-,232	,721**	,663**	,665**	,792**	,596*	,514*	,944**	,800**	,233	,517*
2-OKB	rho	,733**	-,127	,414	-,163	,563*	-,566*	,395	-,546*	,478	,651**	,585*	,475	,343	,373	,762**	,620*	,199	,606*
3-KD	rho	,826**	-,217	,567*	-,020	,611*	-,447	,433	-,215	,328	,262	,262	,703**	,148	,204	,563*	,637*	,334	,458
4-Depresyon	rho	,864**	,037	,163	-,004	,346	-,614*	,581*	-,172	,346	,475	,293	,732**	,120	,725**	,634*	,684**	,270	,154
5-Anksiyete	rho	,898**	,094	,311	,035	,507	-,570*	,408	-,270	,490	,530*	,378	,795**	,291	,598*	,713**	,763**	,448	,257
6-Hostilite	rho	,928**	-,087	,327	-,080	,590*	-,435	,391	-,331	,489	,565*	,497	,709**	,237	,602*	,754**	,671**	,450	,299
7-Fobik Anksiyete	rho	,669**	-,090	,354	-,084	,706**	-,475	,138	-,696**	,435	,343	,313	,339	,709**	,245	,629*	,537*	,249	,536*
8-Paranoid	rho	,769**	-,200	,602*	-,124	,686**	-,303	,351	-,200	,465	,337	,352	,682**	,250	,103	,611*	,654**	,381	,535*
9-Psikoz	rho	,907**	-,063	,254	,058	,483	-,592*	,214	-,363	,457	,450	,329	,828**	,317	,378	,671**	,725**	,460	,549*
10-Ek Skala	rho	,720**	,211	,156	-,076	,229	-,542*	,367	-,035	,268	,293	,121	,608*	-,001	,513	,378	,549*	,331	-,097
11-GSİ	rho	1,000	-,066	,393	-,066	,597*	-,543*	,362	-,320	,500	,477	,449	,813**	,285	,466	,739**	,755**	,468	,404
12-Travmatik Yas	rho	-,066	1,000	-,063	,160	-,262	-,229	,106	,015	,466	,231	,262	,171	,238	,034	,111	,331	-,013	-,024
13-İmmature	rho	,393	-,063	1,000	,179	,816**	,031	,240	-,427	,009	-,148	-,174	,152	,129	-,068	,204	,311	,357	,216
14-Nevrotik	rho	-,066	,160	,179	1,000	,151	,015	,267	-,086	-,124	-,240	-,378	,127	-,058	,082	-,140	,017	-,117	-,010
15-Mature	rho	,597*	-,262	,816**	,151	1,000	-,043	,307	-,596*	,223	,098	,046	,300	,450	,145	,521*	,426	,301	,428
16-ML	rho	-,543*	-,229	,031	,015	-,043	1,000	-,315	,412	-,360	-,433	-,325	-,423	-,160	-,328	-,369	-,506	-,145	-,391
17-MF	rho	,362	,106	,240	,267	,307	-,315	1,000	-,015	,264	,296	,177	,430	,082	,728**	,459	,500	,008	,068
18-MK	rho	-,320	,015	-,427	-,086	-,596*	,412	-,015	1,000	-,120	-,155	-,043	,069	-,535*	-,043	-,364	-,204	-,101	-,583*
19-Hs	rho	,500	,466	,009	-,124	,223	-,360	,264	-,120	1,000	,767**	,869**	,661**	,588*	,247	,748**	,781**	,246	,596*
20-D	rho	,477	,231	-,148	-,240	,098	-,433	,296	-,155	,767**	1,000	,808**	,527*	,446	,476	,809**	,690**	-,043	,517*
21-Hy	rho	,449	,262	-,174	-,378	,046	-,325	,177	-,043	,869**	,808**	1,000	,515*	,417	,270	,708**	,583*	,164	,472
22-PD	rho	,813**	,171	,152	,127	,300	-,423	,430	,069	,661**	,527*	,515*	1,000	,252	,491	,698**	,851**	,458	,393
23-Mf	rho	,285	,238	,129	-,058	,450	-,160	,082	-,535*	,588*	,446	,417	,252	1,000	,155	,694**	,533*	-,016	,621*
24-PA	rho	,466	,034	-,068	,082	,145	-,328	,728**	-,043	,247	,476	,270	,491	,155	1,000	,577*	,536*	,200	,023

25-PT	rho	,739**	,111	,204	-,140	,521*	-,369	,459	-,364	,748**	,809**	,708**	,698**	,694**	,577*	1,000	,839**	,173	,612*
26-SC	rho	,755**	,331	,311	,017	,426	-,506	,500	-,204	,781**	,690**	,583*	,851**	,533*	,536*	,839**	1,000	,408	,586*
27-MA	rho	,468	-,013	,357	-,117	,301	-,145	,008	-,101	,246	-,043	,164	,458	-,016	,200	,173	,408	1,000	,225
28-Si	rho	,404	-,024	,216	-,010	,428	-,391	,068	-,583*	,596*	,517*	,472	,393	,621*	,023	,612*	,586*	,225	1,000

**p< .01. *p< .05

Spearman korelasyon analizi sonucu;

GSİ puanları ile Mature savunma ($\rho=,597$ $p<0.05$), MMPI ölçeğinin ML skalası ($\rho=-,543$ $p<0.05$), PD ($\rho=,813$ $p<0.001$), PT ($\rho=,739$ $p<0.001$), SC ($\rho=,755$ $p<0.001$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İmmature savunma ile Kişiler arası ilişkiler boyutu ($\rho=,567$ $p<0.05$), Paranoid düşünceler ($\rho=,602$ $p<0.05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Mature savunma ile Somatizasyon ($\rho=,596$ $p<0.05$), Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=,563$ $p<0.05$), Kişiler arası ilişkiler boyutu ($\rho=,611$ $p<0.05$), Hostilite boyutu ($\rho=,590$ $p<0.05$), Fobik anksiyete boyutu ($\rho=,706$ $p<0.001$), Paranoid düşünceler boyutu ($\rho=,686$ $p<0.001$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin ML skalası ile Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=-,566$ $p<0.05$), Depresyon ($\rho=-,614$ $p<0.05$), Anksiyete ($\rho=-,570$ $p<0.05$), Psikoz ($\rho=-,592$ $p<0.05$), Ek skala ($\rho=-,542$ $p<0.05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin MF skalası ile Depresyon ($\rho=,581$ $p<0.05$), PA ($\rho=,728$ $p<0.05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin MK skalası ile Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=-,546$ $p<0.05$), Fobik anksiyete boyutu ($\rho=-,696$ $p<0.001$), Mature savunma ($\rho=-,596$ $p<0.001$), Mf ($\rho=-,535$ $p<0.05$), PT ($\rho=-,585$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin Hs boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,721$ $p<0.001$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin D boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,663$ $p<0.05$), Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=,651$ $p<0.05$), Anksiyete ($\rho=,530$ $p<0.05$), Hostilite boyutu ($\rho=,530$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin Hy boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,665$ $p<0.001$), Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=,585$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin PD boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,792$ $p<0.001$), Kişiler arası ilişkiler boyutu ($\rho=,703$ $p<0.001$), Depresyon ($\rho=,732$ $p<0.001$), Anksiyete ($\rho=,795$ $p<0.001$), Hostilite boyutu ($\rho=,709$ $p<0.001$), Paranoid düşünceler boyutu ($\rho=,682$ $p<0.001$), Psikoz boyutu ($\rho=,828$ $p<0.001$), Ek skala ($\rho=,608$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin Mf boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,596$ $p<0.05$) ve Fobik anksiyete boyutu ($\rho=,709$ $p<0.001$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin PA boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,514$ $p<0.05$), Depresyon ($\rho=,725$ $p<0.001$), Anksiyete ($\rho=,598$ $p<0.05$), Hostilite boyutu ($\rho=,602$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin PT boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,944$ $p<0.001$), Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=,762$ $p<0.001$), Depresyon ($\rho=,634$ $p<0.05$), Anksiyete ($\rho=,629$ $p<0.001$), Hostilite boyutu ($\rho=,754$ $p<0.001$), Fobik anksiyete boyutu ($\rho=,629$ $p<0.05$), Paranoid düşünceler boyutu ($\rho=,611$ $p<0.05$), Psikoz boyutu ($\rho=,671$ $p<0.001$), Mature savunma ($\rho=,521$ $p<0.05$) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin SC boyutu ile Somatizasyon ($\rho=,800$ $p<0.001$), Obsessif Kompulsif Bozukluk ($\rho=,620$ $p<0.05$), Depresyon ($\rho=,684$ $p<0.001$), Anksiyete

(rho=,763 p<0.001), Hostilite boyutu (rho=,671 p<0.001), Fobik anksiyete boyutu (rho=,537 p<0.05), Paranoid düşünceler boyutu (rho=,654 p<0.001), Psikoz boyutu (rho=,725 p<0.001), Ek sakala (rho=,549 p<0.05) ilişkiler bulunmuştur. MMPI ölçeğinin PT boyutu ile Somatizasyon (rho=,517 p<0.05), Obsessif Kompulsif Bozukluk (rho=,606 p<0.05), Fobik anksiyete boyutu (rho=,536 p<0.05), Paranoid düşünceler boyutu (rho=,535 p<0.05), Psikoz boyutu (rho=,549 p<0.05) ilişkiler bulunmuştur.

4.2 Nitel Araştırma Bulguları

4.2.1 Projektif Testler ve Anamnestik Görüşmelere İlişkin Bulgular

Bu bölümde hem projektif test hem de anamnestik görüşmeler arasında, içerik yönünden (benzer bulgular) uyumun olmasına dikkat edilmiştir. Katılımcıların yaşadıklarının bir bütün olarak değerlendirilmesi, tanımlanması ve psikodinamik açıdan yorumlanması için katılımcılara uygulanan projektif test ve yapılan anamnestik görüşmeler temel alınmıştır. Ayrıca bu araçlardan sağlanan verilerin kodlama ve temaların oluşturulmasında halihazırdaki literatür ve anamnestik görüşmelerin içeriklerinden yararlanılmıştır. Beier cümle tamamlama testinin analiz edilmesinde-psikodinamik açıdan öne çıkan temalar- tamamlanmış cümlelerin olumlu ve olumsuz olarak kıyaslanması şeklinde yapılmaktadır (Doğan, 2010). Bu analizde ‘bireyin korku ve endişeleri, anne-babaya karşı tavırları, benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırları v.s’ analizin incelemesi gereken temalar şeklinde ifade edilmektedir. Buradan hareketle çalışmanın bu aşamasında katılımcıların yansıtmaları farklı temalar altında ele alınmıştır. Temalar içerik analizi yönünden ve doğrudan alıntılama yaparak yazılmıştır. Alıntılama yapılan bölümler ile anamnestik görüşme sonucu elde edilen ifadeler birbirine entegre edilmiş ve psikodinamik yorumları yapılmıştır.

Beier cümle tamamlama testinin analizi sonucu travmatik yası olan ve olmayan bireylerin cümlelere yansıtılan genel tutumlar, eğilimleri ve isteklerinin öncelikle niceliksel değerlendirmesi yapılmıştır. Yani katılımcıların Beier Cümle Tamamlama testine verdikleri cevapların olumlu, olumsuz ve nötr olarak puanlaması yapıldı, puanlama sonucunda olumsuz puanları yüksek ve düşük çıkan her iki gurubun benzer ve farklı dağılım gösteren temaları belirlenmiştir. Bu işlemten sonra değerlendirmeye alınan ve alınmayan temalar düzenlenmiştir.

Değerlendirmeye Alınmayan Temalar: Karşı Cinsle Olan Münasebetlerle İlgili Tavırlar, Suçluluk Duyguları, Otoriteye Karşı Tavırlar, Arkadaşlara Karşı Tavırlar, Geleceğe Karşı Tavırlar, Okul ve İşe Karşı Tavırlar ve Ev ve Aile İlişkilerine Karşı Tavırlar

Değerlendirmeye Alınan Temalar: Çalışmada olumsuz puanları yüksek çıkan temalardan; Korku ve Endişeler, Genel Tavırlar, Geçmişe Karşı Tavırlar, Anneye Karşı Tavırlar, Babaya Karşı Tavırlar, Benlik Duygusu ve Kendi Yeteneklerine Karşı Tavırlar değerlendirmeye alınmıştır.

Korku ve Endişeler Teması

Hem travmatik yası olan hem olmayan katılımcıların kaygı ve endişe teması analiz edildiğinde, travmatik yası olan bireylerin kaygı ve endişelerinin daha yüksek (Puanlamada Beier cümle tamamlama testi değerlendirme formu dikkate alınmıştır) olduğu görülmektedir. Travmatik yas bağlamında bu kaygı ve endişeler içerik yönünden değerlendirildiğinde ise konuların daha çok ölüm teması üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Travmatik yası olan bir bireyin anamnestik görüşmesinde söylediği aşağıdaki sözler kayda değerdir:

“Kafama en çok takılan ve zihnimi en çok kurcalayan şey, nerede olursa olayım, en mutlu ya da en mutsuz anım bile olsa yaptığım her şey sanki bir boş uğruna yapıyormuşum gibi, bir hiç uğruna çabalıyormuşum gibi. Sevdiklerimi üzmemekten, kaybetmekten çok korkuyorum bu yüzden elimden geldikçe insanlara samimi bir bağ kurmamaya çalışıyorum (Travmatik Yaslı 8. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcı anamnestik görüşmenin ilerleyen sürecinde kaybına dair korkusunu şu şekilde ifade etmiştir: *‘.....Birini kaybetmenin korkusunu yaşamamanın yanı sıra, insanlara hiçbir şekilde güvenemiyorum.....kendi sorunumu birine anlatmaktan çekinirim. Burada size yazdığım şeyleri çoğunu korkarak yazdım.....’*

Travmatik Yaslı 11. Katılımcının yukarıdaki ifadelerini destekler nitelikte olan BCTT’nin 64. Maddesi(korku ve endişe temasını yansıtan tema) şu şekildedir; *‘Kurtulmak istediğim korku insanlara artık güvenip bağlanmak istemiyorum, rüya görmek istemiyorum, herkesten nefret etmek istemiyorum.’* Diğer yandan Travmatik Yaslı 5. Katılımcı ise rüyasına yansıyan kaybını şu şekilde ifade etmiştir: *“.....Rüyamda babamı gördüm hayattaydı hastalanmış herkes evde, ablamlar evli değil babamla ilgileniyoruz üzerine titriyoruz hasta olmuş diye ya babam ölseydi diyorum ne yapardım nasıl dayanırdım..... çok şükür bu acıyı yaşamadık diyorum...”*

Travmatik Yaslı 12. Katılımcı ise kaybetme korkusu yaşadığını ve aynı zamanda bu korkusunu güvensizlikten dolayı anlatamadığını şöyle ifade etmiştir: *‘.....Babamın ölümünden sonra her şey daha da zorlaştı. Kimseye güvenemiyorum ve belki de iyi insanları da göremez anlayamaz oldum. Yeni tanıdığım herkes kötülük yapacakmış gibi geliyor..... Hatta biriyle*

tartışırken nöbet geçireceğimden korkar oldum. Kendimi ifade edemediğimi düşünüyorum eskisi gibi. Uykularımda çok sayıklıyorum(Travmatik Yaslı 12. Katılımcı, Anamnez).

Diğer yandan Travmatik Yaslı 12. Katılımcının ifadelerini destekleyen ve BCTT'nin korku ve endişe temasını oluşturan maddeler şu şekildedir:

Travmatik Yaslı 14. Katılımcı '24.Madde: Ailemi, kardeşlerimi, sevdiklerimin ölüm düşüncesi ya da başlarına bir olay gelmesinden için için korkuyorum'

Travmatik Yaslı 3. Katılımcı '33.Madde: Beni en çok kaygılandıran şey ailemi kaybetmek'

Travmatik Yaslı 7. Katılımcı '64.Madde: Kurtulmak istediğim korku kaybetmek'

Travmatik Yaslı 5. Katılımcı '24. Madde: Annemi kaybetmekten çok için için korkuyorum'

Ayrıca Travmatik Yaslı 13. Katılımcının gördüğü rüya koku ve kaygısını yansıtmaya açısından dikkat çekmektedir: 'Rüyalarım hep yalnız olduğumu telaş içinde, korku ve kaygılı olduğumu hep yükselere zirvelere istemsiz sanki zorla çıktığımı ve düştüğümü görüyorum(Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Anamnez).

Psikodinamik yorum: Korku ve endişenin temel dinamiğine bakıldığında, yaşananların bir sevgi nesnesinin kaybı veya bu sevgi nesnesinin sevgisinin kaybı neden olarak görülebilir. Diğer yandan katılımcıların yaşamlarında bir diğerine güvenme konusunda korku yaşadıkları bunun temel nedeni olarak; bağlandıkları sevgi nesnesini kaybettikleri gibi bir diğeri ile ilişkilerini geliştirdikleri veya bağlandıkları takdirde onu kaybedecekleri ve hayal kırıklığına uğrayacaklarını düşünmeleridir. Diğer deyişle kaybedilene yapılan yatırımın hayal kırıklığı ile sonuçlanması bir diğerine(şuan ilişkide olduğu kişiler)yatırım yapmasının engellemektedir. Tüm bunlar dikkate alındığında bireyin ölüm ve kaybetme karşısında bir kırılganlık yaşadığı düşünülebilir. Ayrılma kaygısı karşısında birey kendini yalnız ve terk edilmiş hissetmekle birlikte ruhsal acı çektiği ve yas duygusu içinde olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Hem travmatik yası olan ve hem de olmayan katılımcıların korku ve endişelerine bakıldığında farkın yaşanan durumu kontrol edebilme gücü olduğu görülmektedir. Yani travmatik yası olan bireylerin yaşadıkları korku ve endişe kaçınılmaz ve bireyin kontrolü dışında olan ölüm olurken travmatik yası olmayan bireyin yaşadığı korku ve endişe, ölüm dışında daha kontrol edilebilir durumdaki deneyimlere bağlı olgular olmaktadır. Burada travmatik yası olmayanların bir tehlike(düşüncede-duyguda ve davranışta) karşısındaki

mantıklı tutum takınması bireyin tehdit boyutunu kendi kuvvetiyle karşılayabilir olması ve kendi iyiliği için ne yapması gerektiğine karar vermesidir. Bu sebeple yası olmayan katılımcıların kaygı ve endişeye dair ifadelerinin günlük ilişkisel bağlamla ilgili olduğu görülmektedir. Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcı kaygı ve endişe teması içerikli durumunu şu şekilde ifade etmiştir:

‘.....Açıkçası benim çok sinirli bir yapım var. Bu yüzden etrafımdaki kişileri çok kırıyor ve incitebiliyorum. Gelme sebebim aşırı sinirlenmem, sinirlendiğim kişiye patlamam ve sonra pişman olmam etkili oldu. Bu durumdan dolayı pek kimseyle iletişim kurmak istemiyorum kalabalık ortamlardan uzak durmaya çalışıyorum.....Kalabalık bir ortamda dediğim şeyler yanlış anlaşılır mı ya da saçmılıyor olabilir miyim diye sürekli düşünüyorum ve kendimi rahat hissetmiyorum(Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcı, Anamnez).’

Benzer şekilde Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcı ise durumunu şöyle ifade etmiştir: *‘Yaşadığımı hissedemiyorum. Herhangi bir his duymuyorum. İnsanlardan soyutlanmış gibiyim. Güvenimi tamamen yitirmiş durumdayım insanlara karşı. Geleceğimden umutsuzum. Kendime ve dünyaya yabancılaştım. Hiç kimseyi tam anlamıyla sevmiyorum. İnsanlara güvenirsem bana zarar vereceklerini düşünüyorum(Travmatik Yaslı Olmayan 4.Katılımcı, Anamnez).’*

Travmatik Yaslı Olmayan 15. Katılımcı ve Travmatik Yaslı Olmayan 3. Katılımcı BCTT’nin (korku ve endişe teması) maddelerini şu şekilde doldurmuşlar:

‘33.Madde: Beni en çok kaygılandıran şey yanlış insana güvenme ihtimalimin olması’ ve *‘64. Madde: Kurtulmak istediğim korku sevdiğim insanın bana güvenmemesidir.’*

Travmatik Yaslı Olmayan 3. ve 7. Katılımcıların rüyalarına bakıldığında ise durumun yine ilişkisel fakat saldırganlık-kaygı-endişe ilişkisi matrisinde geliştiği görülmektedir. Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 3. Katılımcının rüyasına yansıyan durum şu şekilde olmuştur:

Görüşmeci: Gördüğünüz rüyaları çoğu kere hatırlar mısınız?

Katılımcı: Hayır. Hatırlamıyorum

Görüşmeci: Dün gördüğünüz rüyayı hatırlıyor musun? Hatırlıyorsanız anlatın,

Katılımcı: Hatırlamıyorum ama geçenlerde bir rüya görmüştüm. Rüyada arkadaşımın ailesiyle plaja yüzmeye gitmiştik ve plajda bana bir domuz saldırısı oluyordu. Herkes o domuz değil aslan şeklinde bağırınca bende bir kavram karmaşası oluyordu ve korkmuş bir şekilde uykudan uyanmıştım(Travmatik Yaslı Olmayan 3. Katılımcı, Anamnez).

Travmatik Yaslı Olmayan 7. Katılımcı ise rüyasına yansıyan durumu: ‘.....bir keresinde rüyamda kurtların bizim balkona geldiklerini gördüm. Ne olduğunu anlamadan bir kurt tarafından bacağımdan ısırılarak kendilerine doğru çekiyorlardı. Bu sırada ben abim ve anneme bana yardım edin bırakmayın diye bağıırıyordum ama ne yaptıysam da ses onlara bir türlü gitmiyordu. Sonra uyandım. Rüya idi, geri uyumaya korktum çünkü o kurtlar tekrar gelir diye korktum(Travmatik Yaslı Olmayan 7. Katılımcı, Anamnez).’ şeklinde anlatmıştır.

Psikodinamik yorum: Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcının ifadeleri analiz edildiğinde, kendisine yönelik olumsuz benlik algısı taşımasının, kişilerarası ilişkilerinde zorluklar yaşamasına neden olduğu görülmektedir. Dahası kişilerarası ilişkilerden kaynaklı olumsuzluklar(insanları incitmek, onlara kızmak, onlardan uzak durmak isteme) bireyde pişmanlık duygusu yaratmıştır. Travmatik Yaslı Olmayan 4.Katılımcı ise benzer şekilde kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığını, insanlardan uzak kalmak istediğini ifade etmiştir. Yaşama karşı hissizlik, umutsuzluk, kendine ve çevreye yabancılaşma ve diğer insanlarla iletişime geçmek isteme fakat bundan zarar görebileceği endişesiyle geri çekilme görülmektedir. Tüm bunlar bireyin depresif bir konumda olmanın yanında kendi zayıflığı ve savunmasızlığına ilişkin zorluk yaşadığını göstermektedir.

Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavrılar

Bu temaya bakıldığında travmatik yası olanların semptomları yas bağlamında daha belirgin yaşadıkları görülmektedir. Bu semptomlar daha ziyade biyo-psiko-sosyal içerikler barındırmaktadır. Bu duruma ilişkin Travmatik Yaslı 12. Katılımcının yaşadıklarına ilişkin ifadesi şu şekildedir: *Öfkeme hakim olamıyorum, uyumakta zorluk yaşıyorum.....garip rüyalar görüyorum.....öfke anında kendime zarar verebiliyorum..... Bir de çok takıntılı bir insan olduğum için çok fazla düşünceler var kafamın içinde.....Sinirlendiğimde kendimi durduramıyorum sinirlenmemeye çalışıyorum insanlara, kendimi tutmaya çalışıyorum(Travmatik Yaslı 12. Katılımcı, Anamnez).*

Aynı katılımcı BCTT’nin 29. ve 59. Maddelerini şu şekilde doldurmuştur: ‘29.Madde: Sinirlerimi kontrol edemiyorum kendime ve etrafıma kötü şeyler yapabiliyorum’, ‘59.Madde: Geceleri başımda birinin durduğunu hissediyorum ve uyuyamıyorum’.

Diğer yandan Travmatik Yaslı 12. Katılımcının semptomlarına benzer semptom yaşayan bazı katılımcılar ve ifadeleri şöyledir:

Travmatik Yaslı 5. Katılımcı: ‘.....Babamın kaybından sonra rahat uyku uyuyamıyorum, diş gıcırdamalarım oluyor.....uyurgezerlik.....uykuda konuşmalarım var(Anamnez)’

Travmatik Yaslı 10. Katılımcı: ‘.....uykuda konuşuyorum(Anamnez)’

Travmatik Yaslı 6. Katılımcı: ‘.....Uykuda konuşma...ağlama, gülme ve bağırmalarım var(Anamnez)’

Travmatik Yaslı 1. Katılımcı: ‘.....Geceleri en az 10 kez uyanırım nedeni bilmiyorum ama sürekli uyanırım(Anamnez)’

Psikodinamik yorum: Kayıp yaşayan bireylerin öfke, sinirlilik, uyku problemi, uyurgezerlik, kötü rüya görme ve kendine zarar verme isteği gibi deneyimler yaşamaları depresif bir ruh hali olarak görülebilir. Bu durum kaybı olan bireylerin kaybettiği kişinin yasını tutamadıklarının göstergesi olabilir. Çünkü zamanında ifade edilmemiş bir öfkenin, ruhsal bir acı ve yaşama karşı bir uyumsuzluk getirdiği söylenebilir. Diğer yandan kayıp yaşayan bireylerin içinde bulundukları kültürel yapı, kaybedilenin ardından ağlanılmaması, ölen hakkında konuşulmaması gerektiği şeklindeki inançların/düşüncelerin kaybı yaşayanın yası yaşamasına engel olabileceği, tutulmayan yasin bireyin yaşam fonksiyonlarını bozduğu da söylenebilir.

Travmatik yası olan ve olmayan katılımcıların ‘Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavırlar’ temasının içeriğine bakıldığında, travmatik yası olan katılımcıların tepkileri ölüme bağlı bir kayıp tepkisi olurken, yası olmayanların tepkileri ise günlük yaşamdaki zorluklarla baş etme becerilerinin eksikliği olduğu söylenebilir. Örneğin Travmatik Yası Olmayan 4.¹ Katılımcı günlük yaşam içinde yaşadığı zorlukları şu şekilde ifade etmiştir:

‘Son günlerde kendimi iğrenç hissediyorum sürekli intihar düşüncelerim var. Bir yere gidince ilk hesapladığım şey yüksekliği oluyor. Atlasam ölür müyüm diye düşünüyorum. Umutsuzum hayatım hep böyle sürecekmış gibi, mutlu değilim.... insanlara güvenim, inancım, sevgim kalmadı. Canımı çok yaktılar. Herhangi bir hissiyat içinde değilim zaten. Bir keresinde intihar girişiminde bulunmuştum ilaçla, ama göz korkutma amacıyla yapmıştım. Sonrasında

¹ Görüşmeye alınan ve travmatik yaslı olmayan 4. Katılımcının etik sorumluk kapsamında değerlendirilmiştir. İlk olarak psikolojik ilk yardım sunulmuş ve ardından psikiyatri servisine yönlendirmesi yapılmıştır.

baya suçluluk duygusu hissetmiştim. Ama şimdi de ne yaparım bilmiyorum(Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcı Anamnez).

Travmatik Yası Olmayan 4. Katılımcı BCTT'nin '29.Maddesini(Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavırlar temasının içeriğini oluşturun madde); Sinirlerim o kadar gergin ki aşırı sakinlik çöküyor üzerime' şeklinde cevaplamıştır. Diğer yandan BCTT'nin '11.Maddesini(Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavırlar temasının içeriğini oluşturun madde); Hayat çok boş ve sıkıcı' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yası Olmayan 13. Katılımcı ise durumunu şu sözlerle dile getirmiştir: 'Sürekli tedirginlik ve stres hali, emin olamama durumu, şüphe, kuruntu, vesvese, sürekli temizlenme gereksinimi, içimden yaptığım işleri onaylayan ve bunu düzenli olarak sayıp gruplandıran iç sesim, sürekli vicdan azabı ve uykusuzluk durumları çok bariz görünüyor.....Günlük hayatımda güne yorgun başlama kaygısı ve içimden geldiği gibi davranamama bastırılma hissi ile hep karşı karşıya kalıyorum. Aile ve ikili ilişkilerde olumsuzluk varken bir taraftan hayal gücümü ve empati yeteneğimi çok geliştirdi. Aşırı detaycı düşünüyor oluşum iletişim ve bakış açım da ilerleme kat etmemi sağladı(Travmatik Yası Olmayan 13. Katılımcı, Anamnez). Aynı katılımcı BCTT'nin '59.Maddesine(Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavırlar temasının içeriğini oluşturun madde); Geceleri bazen derin düşüncelere dalar onları detaylandırırım' şeklinde cevap verirken, '29. Maddeyi(Çeşitli Durumlara Karşı Takındığı Tavırlar temasının içeriğini oluşturun madde); Sinirlerim bazen çok bozuluyor, moralim çok bozuluyor' olarak cevaplamıştır.

Psikodinamik yorum: Travmatik yası olmayan 4. Katılımcının ifadelerine bakıldığında, kendini iyi hissetmeme, geleceğe dair umutsuzluk, suçluluk duygusu, insanlara karşı güvensizlik, intihar düşüncesi ve intihara teşebbüs yaşantıları olduğu görülmektedir. Bu durum bireyin depresif bir ruh hali içinde olduğunu göstermektedir. Tüm bunlar aynı zamanda bireyin kendisine yönelik bir öfke duygusu geliştirdiği, bunun kaynağı ise günlük yaşamda deneyimlediği zorlukların üstesinden gelemediğinden olabilir.

Travmatik Yası Olmayan 13. Katılımcının ise, sürekli tedirginlik ve stresli olma hali yaşadığını, uykusuzluk, vicdan azabı, aşırı detaycı olma, duygularını açığa vurmada başarısızlık, aile ilişkilerinde bozulmalar gibi yaşantıları olduğunu ifade etmektedir. Katılımcının temel duygulanım alanında çatışmalar ve davranışlarını kontrol etmede zorluklar yaşadığı ve bundan suçluluk duyduğu ve tüm bunların aile ilişkilerini bozduğu söylenebilir.

Geçmişe Karşı Tavırlar

Bu tema sağ kalanın geçmişinde yer edinen anılar bağlamında incelenmiştir. Travmatik yası olan katılımcıların anamnez ve BCTT'leri analiz edildiğinde, travmatik yası olan bireylerin anılarının daha çok ölüm anı ve paylaşılmış kültürel travmanın ardından imgelerin aktarımı şeklinde durumlar olduğu görülmektedir. Travmatik Yaslı 8. Katılımcının buna dair ifadesi şu şekildedir:

“...Kuzenim inşaatta çalışmaya gitmişti eve dönerken arabayla kaza geçirmişti ve vefat etti henüz 18 yaşındaydı. Gerçekleştirmek için çok hayali vardı ama hiçbirini gerçekleştirmeden vefat etti. Kuzenimin öldüğü haberini alınca evdeydim ve annem, kardeşlerim vardı. Aradan birkaç dakika geçince evin önünde çığlıklar, ağıtlar duymaya başladım o an hiçbir şey hissetmiyorum her şey bana bir şakaymış gibi geliyordu, sonra yengem bayıldı. Hiç bilmediğim değişik ağıtlar söylüyorlardı(Travmatik Yaslı 8. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcının BCTT'nin '30. Maddesini(Geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Hayatımın en kötü anı babaannemi kaybettiğim zaman' ve '51.Maddesini(Geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Aklımdan hiç çıkmayan an babaannemim ölümü' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı 14. Katılımcının geçmişe karşı tavırlar bağlamında değerlendirilen anamnez ve BCTT'ne yansıttıkları ifadeleri ise şu şekilde olmuştur:

Görüşmeci: *Tüm yaşamınız boyunca hatırlamaktan kaçındığınız, size acı, huzursuzluk, kaygı veren bir yaşantınızı ayrıntılı betimler misiniz?*

Katılımcı: *“Tüm hayatım boyunca bana en acı veren an, kardeşimin ölümüydü. Çünkü ölüm kelimesini ilk o öldüğünde anlamıştım. Manisa'daydık daha çok küçüktüm 10 yaşındayım ve 10 yaşında küçük bir kız, ölümü kardeşi gittiğinde anladı. Cenazeye gelen 100'lerce insan içerde ağlayan, annen ve baban, sana gelen baş sağlığı telefonları ve gelip başını okşayanlar seninle birlikte ağlayanlar. Yanımda ve etrafımda yakın akrabalar hepsi baş sağlığı diliyorlar. O gün unutmayacağım tek şey kardeşimin ölümünü seladan duymam oldu(Travmatik Yaslı 14. Katılımcı, Anamnez).”*

Aynı katılımcı BCTT'nin '30.Maddesini(geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde) : Hayatımın en kötü anı kardeşimi kaybetmekti çünkü ölüm acısını o zaman tatmıştım' ve '51.Maddesini Geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Aklımdan hiç çıkmayan an ölüm acılarını tattığım anlar' şeklinde doldurmuştur.

Görüşmeci: *Tüm yaşamınız boyunca hatırlamaktan kaçındığınız, size acı, huzursuzluk, kaygı veren bir yaşantınızı ayrıntılı betimler misiniz?*

Katılımcı: *‘‘En büyük sorunum gece yatakta bazen kaybettiğim yakınlarım aklıma geliyor. Özelliklerde kardeşim ve kuzenim onlarla yaşadığım günler göz önüne gelince birden ağlamaya başlıyorum sanki ilk günkü kaybettiğim acının aynısını tekrar yaşıyormuşum gibi(Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Anamnez).’’*

Aynı katılımcı BCTT’nin ‘30. Maddesini(Geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): *Hayatımın en kötü anı dayımın terörün olduğu yerde taşın altında kalıp gözümün önünde ölmesi ve benim suçlanmamdır’* şeklinde doldurmuştur.

Psikodinamik yorum: *Travmatik Yaslı 8. Katılımcı adlı katılımcının ifadelerine bakıldığında;.....o an hiçbir şey hissetmiyorum her şey bana bir şakaymış gibi geliyordu ifadesi katılımcının kayıp karşısında yaşadığı şok halini yansıtmaktadır. ‘Her şeyin şaka gibi gelmesi’ ise bireyin ölümü kabullenmemesi karşısında gösterdiği tepkidir. İnkâr savunma mekanizmasının kullanılması, ölümün ağır acısı karşısında vücudun kendini koruması için oluşturduğu bir bariyerdir. Bireyi şaşkınlığa sürükleyen ağıt yakma, nesilden nesile kültürel yapı aracılığıyla aktarılması beklenen bir tepkidir.*

Travmatik yaslı 13. Katılımcının BCTT’nin ‘30.Maddesine: Hayatımın en kötü anı dayımın terörün olduğu yerde taşın altında kalıp gözümün önünde ölmesi ve benim suçlanmamdır’ cümlesi bireyin kayıptan sonra suçluluk duygusu yaşamasının kaybın travmatik olmasıyla ilişkili olabileceği akla getirmektedir. Yaşanan ruhsal acının hala devam ediyor olması, travmatik durumun ve suçluluk duygusunun bireyin yasını yaşamasını engellediği şeklinde yorumlanabilir.

Travmatik yası olan ve olmayan gurubun geçmişe yönelik tavırlarına bakıldığında, travmatik yası olanların ölümlü bir kayba verdiği tepkiler olurken, yası olmayanların ise geçmişlerinde yaşadıkları travmatik kayıp dışındaki travmalar olarak görülmektedir. Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 11. Katılımcı durumunu şu şekilde ifade etmiştir: *‘Çocukluğumda tacize uğradığım zamanı hatırlamak istemiyorum. 10 yaşındayım ve yalnızım. Kendimi savunmasız hissediyorum. Sanki hayatıma bir gölge oluştu. Bu çocukluğuma atılan bir karanlık gibi(Travmatik Yaslı Olmayan 11. Katılımcı, Anamnez).*

Travmatik Yaslı Olmayan 2. Katılımcının geçmişe karşı tavırları bağlamında değerlendirilen anamnez ve BCTT’ne yansıttıkları ifadeleri ise şu şekilde olmuştur:

Görüşmeci: *Tüm yaşamınız boyunca hatırlamaktan kaçındığınız, size acı, huzursuzluk, kaygı veren bir yaşantınızı ayrıntılı betimler misiniz?*

Katılımcı: *“En kötü anım öğretmenimin beni taciz ettiği an ve arkasından intihar girişiminde bulunduğum andı. İkisinde de lise 3-4 arasındaydım(Travmatik Yaslı Olmayan 2. Katılımcı, Anamnez).*

Aynı katılımcının BCTT’nin ‘30.Maddesini(Geçmişe karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): *Hayatımın en kötü anı intihara teşebbüs ettiğim an’* şeklinde doldurması dikkati çekmiştir.

Psikodinamik yorum: *Travmatik Yaslı Olmayan 11. Katılımcı yaşadığı travmanın etkisiyle kendisini önemsiz, değersiz, güçsüz hissetmektedir. Dahası taciz travmasından dolayı incinme yaşadığı ve bu incinmenin etkisinin hala devam ettiği görülmektedir. Çünkü yaşananların hayatına bir gölge düşürdüğü ve bu yüzden travma anını/zamanını hatırlamaktan kaçınmaktadır. Travmatik Yaslı Olmayan 2. Katılımcı da aynı şekilde tacize uğradığını fakat bu travmanın getirdiği ağır ruhsal acıyla baş etmenin yolu olarak da intihara teşebbüs ettiğini dile getirmiştir.*

Anneye Karşı Tavırlar

Travmatik yası olan katılımcıların anamnez ve BCTT’leri analiz edildiğinde, annelerine yönelik tavırlarının daha çok olumsuz, yası olmayan bireylerin anneye karşı tavırlarının daha olumlu ve yapıcı olduğu görülmektedir. Travmatik yası olan bir katılımcının buna dair ifadesi şu şekildedir:

‘Anne kız ilişkimiz yok. Dışarıdan bir insanla daha rahat konuşurum. Onunla konuşurken boğazımda düğümlenme hissederim. Kızlar anneleriyle her şeyini paylaşır ama ben, annemin tepkisinden anlayışsızlığından hiç paylaşmam. Küçükken de böyleydi. İlişkimiz çok kötüydü, o dönemdeki mutsuzluk huzursuzluk gerginliğim kişiliğimi etkilediğini düşünüyorum. Annemle hiçbir şey konuşamıyordum. Çok gergindi, hep yalnızdım. Dünya benim başıma yıkılmış gibi hissediyordum, hep evden uzaklaşmaya çalışıyordum(Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Anamnez).’

Aynı katılımcı BCTT’nin ‘13. Maddesini (Anneye karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): *Annem çok sıkıntı yaşamış, kendisine de yaşatmalarına müsaade etmiş bunun acısını, intikamını çocuklarından çok iyi çıkartmış biri’* ve ‘56. Maddesini(Anneye karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): *Keşke annem beni biraz öpseydi, sevgisini belli etseydi,*

öpseydi, kızım deseydi, sevdiğini söyleseydi bize değer verseydi, anlayışlı olsaydı' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı 7. Katılımcı anneye karşı tavrını şu şekilde ifade etmiştir: '*Annemle aramız çok kötü, kız anne ilişkisi yok* (Travmatik Yaslı 7. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcı BCTT'nin '*28.Maddesini(Anneye karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Eğer annem sevdiğini gösterse çok daha iyi olurdu*' ve '*56.Maddesini: Keşke annem de sevgisini yansıtıyorsa*' şeklinde doldurmuştur.

Psikodinamik yorum: Travmatik yaslı 13. Katılımcı, annesi ile aralarındaki ilişkinin küçüklükten beri iyi olmadığını şöyle ifade etmiştir: '*Anne kız ilişkimiz yok. küçükken de böyleydi. İlişkimiz çok kötüydü, o dönemdeki mutsuzluk huzursuzluk gerginliğin kişiliğimi etkilediğini düşünüyorum. Annemle hiçbir şey konuşamıyordum.*' Bu durum bireyin annesinden beklediği ilgi ve sevgiyi alamadığını göstermektedir. Aynı zamanda annesinin tavırlarının birey üzerinde baskıcı olmasının bireyin kişilik yapılanmasında etkili olabileceğini akla getirmektedir. Dahası annesinin kaygı yaratan durumlara karşı mücadelede zorluk yaşadığı, yaşanan bu durumu çocuklarına da yansıttığı söylenebilir. Özetle annesinin yapmakla yükümlü olduğu annelik sorumluluğu yerine getirilmemiştir. Yerine getirilmeyen annelik sorumluluğu, bireyin zihninde kötü anne profili yaratmaktadır. Benzer şekilde Travmatik Yaslı 7. Katılımcının da annesiyle ilişkilerinin iyi olmadığı, ilgi ve sevgisinde mahrum bıraktığı görülmektedir.

Travmatik yası olan ve olmayan bireylerin annelerine yönelik tavırlarına bakıldığında, travmatik yası olan katılımcıların anneye olan ilişkileri kötü iken, yası olmayan katılımcıların ise, anneye ilişkilerinin daha olumlu ve yapıcı olduğu görülmektedir. Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcı annesiyle olan ilişkisini, '*Aramız çok iyi beni çok sever. Bir sorun olduğunda anlatırım dinler. Genelde söz geçiremediğini söyler bana ama yine de iyi aramız* şeklinde ifade etmiştir (Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcı, Anamnez). Benzer şekilde BCTT'nin '*13.Maddesini(Anneye karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Annem çok tatlı bir kadındır*' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı Olmayan 5. Katılımcı ise; '*....abla kardeş gibi sırdaşım diye bilirim onun için*(travmatik Yaslı Olmayan 5. Katılımcı, Anamnez). Benzer şekilde BCTT'nin '*3.Maddesini Anneye karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde: Annelerin iyisi benim annemdir*' şeklinde doldurmuştur.

Psikodinamik yorum: Travmatik yası olmayan katılımcıların anneye karşı tavırlarına bakıldığında, ilişkilerin daha olumlu ve yapıcı olduğu görülmektedir. Anne ile ilişkilerin daha kabullenici ve tatmin edici olduğu söylenebilir.

Babaya Karşı Tavırlar

Bu tema, babanın ilişkide olduğu kişilere yansıtılan durumun, bireyler tarafından nasıl algılandığı üzerinde durulmaktadır. Travmatik yası olan katılımcıların anamnez ve BCTT'leri analiz edildiğinde, Travmatik yası olan bireylerin babalarına yönelik tavırları daha çok olumsuz iken yası olmayan bireylerin babalarına karşı tavırları daha olumlu olduğu görülmektedir.

Travmatik Yaslı olan 7. Katılımcının babasıyla olan ilişkisini şöyle ifade etmiştir: 'Aramızda baba kız ilişkisi yok...diğer kardeşlerimle de pek ilişkisi yok, duygularını kendi içinde yaşar(Travmatik Yaslı 7. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcı benzer şekilde BCTT'nin '19.Maddesini(Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babamı severim fakat baba kız ilişkisi yok' ve '36.Maddesini: (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde) Keşke babam sevgisini biraz yansıtısa' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı olan 13. Katılımcı ise babasına karşı tavırlarını şu şekilde ifade etmiştir: 'Çok huysuz huzursuz panik her şeye söylenen parlayan biridir. Hiçbir şeyden mutlu olmaz(Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Anamnez).' Aynı katılımcının BCTT'nin '8. Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babam sorumluluklarını yerine getirmedi. Çok zor biri' ve '36. Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Keşke babam babalık yapsaydı' şeklinde doldurmuştur.

Babaya karşı tavırlar teması çerçevesinde düşünlerini aktaran katılımcıların aksine Travmatik Yaslı olan 2. Katılımcı kaybettiği babasına karşı olumlu tavırlarını şu şekilde ifade etmiştir: 'Bu yaşıma kadar babam ve annem bizim için ellerinden gelenin en fazlasını yaptılar ve istediğimiz her şeye sahip olduk(Travmatik Yaslı 2. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcı babasına karşı olumlu tavırlarının BCTT'nin 19, 8 ve 53. Maddelerinde şöyle ifade etmiştir:

'19. Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babamı severim fakat artık yanımda değil, çok uzakta'

'8. Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babam yaşıyorsa her şey daha güzel ve tam olacaktı'

'53.Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Hiç olmazsa babam bütün güzel anılarla gitti'

Aynı katılımcının babasına dair gördüğü rüya kayda değerdir:

Görüşmeci: *Gördüğünüz rüyaları çoğu kere hatırlar mısınız?*

Katılımcı: *Hayır. Hatırlamıyorum*

Görüşmeci: *Dün gördüğünüz rüyayı hatırlıyor musun? Hatırlıyorsanız anlatın,*

Katılımcı: *Dün rüya görmedim ama hiç unutamadığım bir rüyamı anlatmak istiyorum. Lise zamanlarımda babamın öldüğünü görmüştüm. Bana el sallayarak hoşça kal kızım seni çok seviyorum diyerek gitmişti.*

Görüşmeci: *Bu rüya senin için ne ifade ediyor?*

Katılımcı: *Bir hafta boyunca her gün ağlamıştım rüyanın etkisinden çıkamamıştım. Annem rüyada birini ölüyor olarak görmek ona daha çok zaman verildiğini işaret eder demişti ama onu 3 yıl önce kaybettik. Bu yüzden ne zaman ailemden birini öyle görsem etkisinden kolay kolay kurtulamıyorum(Travmatik Yaslı 2. Katılımcı, Anamnez).*

Psikodinamik yorum: *Travmatik Yaslı 7. ve Travmatik Yaslı 13. Katılımcıların babalarına dair ifadelerine bakıldığında; babalarının babalık sorumluluğunu yerine getirmediği görülmektedir. Babalarının bu tavırları katılımcılarda olumsuz bir baba profili oluşturmuştur. Babaların çocuklarına yansıtması gereken tutumların yansıtılmaması, kültürel bir yapı(babalar çocuklarının uyurken sevebileceği varsayımı-süper ego) veya içinde bulundukları ruhsal durum temelli olduğu söylenebilir. Katılımcıların bir yandan arzu ettiği baba profili (düşlemlenen baba) diğer yandan da babadan beklenen ama gerçekleşmeyen tutum katılımcılarda ambivalent duygular yarattığı söylenebilir.*

Babası vefat eden Travmatik Yaslı 2. Katılımcının ifadeleri diğer katılımcıların aksine olumlu olduğu görülmektedir. Ancak katılımcının rüyasına bakıldığında; rüyanın babasının kaybından önce görüldüğü ve rüyanın hala hatırlandığı durumu bireyin babasından hala kendisini ayıramadığı(yani yasını yaşayamadığı) söylenebilir.

Travmatik yası olmayan katılımcıların babalarına yönelik tavırlarına bakıldığında, hem olumlu hem de olumsuz ilişkiler olduğu görülmektedir. Yani katılımcıların nesne ilişkileri, hem 'kötü' hem 'iyi' nesnelerle ilişkili olduğu, kaynağın bebeksi tutkuların yoğunluğu yanında ebeveynlerin öznel tavırları etkili olduğu görülmektedir.

Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 13. Katılımcı, *‘Kendisi çok duygusal değildir sevgisini sadece özel ve anlamlı günlerde gösterir. İltifat etmeyi çok sevmez ama her zaman desteklediğini çok net gösterir. Endişeli tavırları vardır ama bu rahatsız etmemektedir(Travmatik Yaslı Olmayan 13. Katılımcı, Anamnez). Aynı katılımcının BCTT’nin ‘19.Maddesini (Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babamı severim fakat bazen ilgisini gösteremiyor ve bu da beni üzüyor’ şeklinde doldurmuştur.*

Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcının babanın tavırlarına yönelik ifadesi şu şekilde; *‘Kendisinin istediği işi yapınca bizden iyisi yok ama yapmayınca da çabuk sinirlenir. Aslında kendisinden başka herkesi düşünür. Çalışkan, ailesine düşkün geniş aile içerisinde büyümüş bireysel olmayı beceremeyen duygularını özellikle sevgisini göstermeyi başaramayan anlaşılacak için yüksek sesle konuşmaya alışık aslında çok duygusal aileye yönelik olarak evi geçindirmeyi amaç edinmiş korumacı klasik baba (Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcı, Anamnez). Aynı katılımcının BCTT’nin ‘19.Maddesini(Babaya karşı tavırlar temasının içeriğini yansıtan madde): Babamı severim fakat sinirli biridir’ şeklinde doldurmuştur.*

Psikodinamik yorum: *Katılımcıların babalarına yönelik ifadelerine bakıldığında; algılanan baba profilinin bir yandan hoşlanılan diğer yandan arzu edilen(olmasını istediği profil) baba olduğu görülmektedir. Dahası gösterilmeyen, ifade edilmeyen, tatmin edilmemiş duygular katılımcıların tepkisini çektiği söylenebilir.*

Benlik Duygusu ve Kendi Yeteneklerine Karşı Tavırlar

Travmatik yası olan bireylerin benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırları daha olumsuz olurken yası olmayan bireylerin daha olumlu olduğu görülmektedir. Örneğin, Travmatik Yaslı 14. Katılımcının buna dair ifadesi şu şekildedir: *‘Sorunumdan durduk yere ağlamamdan dolayı şikâyetçiyim ve izlediğim dizi ya da film hatta çizgi filmde bile ölüm sahnesi veya duygusal bir sahnede etrafımda kimse ağlamazken sadece benim ağlamamam ben de bir gariplik mi var ya da çok mu abartıyorum diye düşüncesine kapılıyorum. Duygusal hayalleri olan, bazen çok sinirli bazen çok sakin bir kızım. Ailemi çok seviyorum onlarsız bir hayat düşünemiyorum çok düşkünüm onlara. Ben bence merhametli biriyim ve bazen kibirli olabiliyorum. Tartıştığım bir insanla bir daha barışsam bile eskisi gibi olamıyorum. İnatçıyım inadımdan dolayı kibrinin olduğunu düşünürüm (Travmatik Yaslı 14. Katılımcı, Anamnez).’*

Aynı katılımcının BCTT’nin 61.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): *Başkalarına göre ben kendini beğenmiş, sert bakışlı kimisine göre de tatlı bende*

anlamadım başkalarına göre neyim ve '31.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Zihnim sürekli boş işlerle meşgul' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı 13. Katılımcı kendine ve kabiliyetlerine karşı takındığı tavırları şu şekilde ifade etmiştir: *'Her yönüyle problemlili insan yaşamaktan yorulmuş hayatının değeri olmayan, kendini hep yalnız hissetmiş, kendini ifade edemeyen, sürekli kendini açıklamaya çalışan, mutsuz, hep üzgün, zihni hep bulanık, unutkan, karar veremeyen, öfkeli, karamsar, hep tutarsız davranışları olan biriyim. Kendime tahammül edememişim, kendimi hep değersiz hissedişim, suçluluk psikolojisiyle hep olmuş hayatım, yetersiz özgüvensiz kişiliğim, takıntılarım, paranoyaklığım, her şeyi olumsuz görmem, muhsuz olmam, varlığımla hep alay edildim aşağılandım (Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Anamnez).'*

Aynı katılımcının BCTT'nin '10. Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): *Ben sevgisiz, değersiz önemsenmemiş bir olarak büyüdüm. Aşağılanmış, suçlanmış, ilgilenilmemiş', '67.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Sağlığımdan endişe duyuyorum. Sanki kötü bir hastalığım varmış gibi geliyor ve '61.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Başkalarına göre ben pek de önemli biri değilim, ezik, saf, ne dersek' şeklinde doldurmuştur.*

Travmatik Yaslı 2. Katılımcı ise kendine ve kabiliyetlerine karşı takındığı tavırları şu şekilde ifade etmiştir: *'Kalabalık ortamlarda bulunmaktan çok hoşlanmayan, zaman ilerledikçe insanlardan biraz uzaklaşmaya çalışan bir kişiliğe sahibim. Tanımadığım insanların yanında ya da kendime yakın hissetmediğim kişilerle biraz gergin ve çekingen iletişim kuruyorum. Daha önceki zamanlara göre şu zamanlarda daha sinirli bir yapıya sahibim. Bazen elimde olmadan istemsizce en ufak bir duruma bile çok büyük tepkiler verebiliyorum. Sabırsız biriyim diyebilirim, bazen birilerine bir şey anlatırken anlamadıklarında aynı şeyi ikinci defa anlatmanın beni çok yorduğunu hissediyorum (Travmatik Yaslı 2. Katılımcı, Anamnez).'*

Aynı katılımcının BCTT'nin '61.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): *Başkalarına göre ben ne konumdayım bilmiyorum ve '42.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Kendi kendimi kontrol etmekte bazı zamanlar zorlanıyorum' şeklinde doldurmuştur.*

Psikodinamik yorum: *Travmatik Yaslı 14. Katılımcının ifadelerine bakıldığında; kendi benliğine karşı tavırları olumsuz olduğu görülmektedir. Bu olumsuzluk hem kişiler arası ilişkilerini hem de bireyin kendisine yönelik algısını etkilemektedir. Özellikle duygusal bir olay*

karşısında hemen ağlaması, kendisini inatçı, kibirli, bazen sinirli ve gergin bazen aşırı merhametli olarak görmesi olumsuz benlik algısına sahip olduğu söylenebilir.

Travmatik Yaslı 13. Katılımcı ise, kendisini yalnız hissettiğini, mutsuz, üzgün, unutkan, öfkeli olduğunu ifade etmiştir. Bu durum bireyin depresif bir ruh hali içinde olduğu söylenebilir. Diğer yandan katılımcı özgüven problemi nedeniyle kişiler arası ilişkilerde zorluk yaşadığı söylenebilir.

Travmatik Yaslı 2. Katılımcı da Travmatik Yaslı 14. ve 13. Katılımcılara benzer problemler(kalabalık ortamlarda bulunmak istememe, eleştirilmekten korkma, sinirli olma hali) yaşadığı görülmektedir.

Travmatik yası olmayan katılımcıların benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlarına bakıldığında; daha olumlu ve yapıcı oldukları görülmektedir. Örneğin Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcı, 'Ben aslında dışarıdan bakınca çok sert ve sinirli gözükiyorum bu benim bir nevi koruma kalkanım. Çünkü insanlara çabuk güveniyorum ve bu da çok zarar veriyor o yüzden sinirli ve sert gözükiyorum. Ama sevdiklerim değer verdiklerim insanlara karşı son derece güler yüzlü biriyim o insanlar için yapamayacağım şey yoktur. Tek istediğim şey karşımdaki kişiye verdiğim değerın yarısını görmektir. Bazen çok sessiz olduğum için beni tuhaf buluyorlar yapım bu çok konuşan bir insan değilim. Konuşmaktan çok dinlemeyi tercih ederim. Tanımadığım insanlara karşı çok ön yargılı biriyim bu ön yargım çok çabuk kırılmaz ve bir insani sevmediysem asla sevemiyorum(Travmatik Yaslı Olmayan 1. Katılımcı, Anamnez).'

Aynı katılımcının BCTT'nin '61.Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Başkalarına göre ben dışarıdan sinirli tanidikça güler yüzlü biriyim' ve 42. Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): Kendi kendimi kontrol etmekte biraz zorlanıyorum' şeklinde doldurmuştur.

Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcının içsel huzursuzluğunu bastırma sonucu dışarıya olumlu bir kimlik sunma şeklindeki ifadesi manidardır: 'Neşeli ve eğlenceli bir insanım. Kendimi mutlu etmek için büyük şeylere ihtiyacım yok. Çok merhametli biriyim. Ve aşırı hoşgörülü. Sakinim genelde sonuna kadar sabrederim ama sabrım taşıtı mı bir daha eski halime dönmem. Hırsım pek yoktur. Üşengecim. İnsanlara duygularımı belli etmeyi sevmem onlar hep beni gülerken hatırlasın isterim. Ailemle kafa yapımız uyuşmaz. Gelenekçi bir insan değilim. İnatçı biriyim. Her şeyde kendimi savunacak bir şey bulurum. Açık sözlüyüm.

Cömertim. Dinime düşkünüm, pek gereklerini yerine getirmesem de (Travmatik Yaslı Olmayan 4. Katılımcı, Anamnez).

Aynı katılımcının BCTT'nin '61. Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): *Başkalarına göre ben boş biriyim*' ve 42. Maddesini (Benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlar): *Kendi kendimi kontrol etmekte pekiyi değilim*' şeklinde doldurmuştur.

Psikodinamik yorum: *Travmatik yası olmayan bireylerin kendilerine dair algıları ambivalent nitelikte olduğu görülmektedir. Bireyin kendisi hakkındaki olumlu algılayışının yanında olumsuz algılama da söz konusudur. Henüz baş edememiş duygularının yanında baş edebildiği incinmeleri ve kırgınlıkları olduğu söylenebilir.*

4.2.2 Rüya İçeriği Temalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde travmatik yası olan katılımcıların anamnestik görüşme ve yazılı beyan yoluyla rüyaları kayıt altına alınmıştır. Rüyalardan sağlanan verilerin kodlama ve rüya içeriği temalarının oluşturulmasında hâlihazırdaki analitik ve dinamik psikoloji literatürü ve uygulamaları dikkate alınmıştır. Rüyalar analiz edildiğinde, beş ana tema altında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu temalar; rüyada hissedilen duygu teması, bağlanma teması, arzu ve zulüm teması, rüyada kriz teması ve savunma düzenekleri temasıdır.

Rüyada Hissedilen Duygu Teması

En hoş gitmeyi, travmalı olayları bir çözüme, insanların ruhsal yapısı üzerine egemenlik kurma girişimi olarak nitelendirilebilen rüya; yaşamdan geri kalan duygular yenileme eğilimi göstermektedir. Bilinçdışında olan ve aynı zamanda üzerinde bir egemenlik kurulamamış duygular rüya yoluyla deşarj olduğu bilinmektedir. Bu temada amaç, travmatik yası olan katılımcıların rüyalarına yansıyan duyguları değerlendirmektir. Aşağıdaki rüyalarda da korku, dehşet ve agresyon yüklü duyguların rüya aracılığıyla dışa yansıtıldığı görülmektedir. Görülen rüyanın katılımcıda yarattığı duygusal tepkiye ilişkin Travmatik Yaslı 8. Katılımcının ifadesi şu şekilde olmuştur:

‘‘Vefat eden dedemle beraber onların evinde oturuyoruz. Başında şapkası var ve üzerindeki paltoyu çıkarmamış. Bana bir şeyler anlatıyor. Ben de dedemin ölmediğini gördüğüme seviniyorum sonra etraftaki birtakım yakınlarım onun öldüğünü ancak bir ay öncesine kadar tekrar dirildiğini ve tekrar öleceğini söylüyorlar. Ben ise bu durumu

anlamlandırmaya çalışarak şaşkınlık ve üzgünlük yaşıyorum(Travmatik Yaslı 8. Katılımcı, Erkek).’’

Saldırganlık ve ardından hissedilen duyguya ilişkin Travmatik Yaslı 1. Katılımcı gördüğü rüyayı şöyle ifade etmektedir: *‘‘Arkadaşımın birine biriyle tartışırken yardım etmeye çalıştım ve aniden kendimi yorgun ve halsiz hissediyordum. Yanına gidip konuşmaya çalıştım onu yapamadım o kadar zoruma gidiyordu ki yardım edemediğim için kendimden utanıyordum her şey olup bittikten sonra tekrar eski halime dönüyordum(Travmatik Yaslı 1. Katılımcı, Kadın).’’*

Aynı katılımcıya ait ve korku duygusunu içeren bir başka rüyada ise; *‘‘Geceydi ve kendimi aniden bir boşlukta hissettim ve dayanabileceğim hiçbir şey yoktu. Çok korkmuştum kimseyle bir iletişim halinde değildim. Konuşmaya çalıştım ama konuşamıyordum, sanki dilim tutuklu kalmıştı. O an ve bir anda boşluğa düştüm. Ölecekmişim gibi oldum ve uyudum’’*

Travmatik Yaslı 13. Katılımcı korku ve dehşet duyguları yansıtan rüyasını şu şekilde ifade etti: *‘‘Rüyalarımnda hep birilerinden kaçarcasına korkuyla yürüyorum ya da koşuyorum. Hep yalnızım. Diğer sıklıkla gördüğüm rüyada ise normal topraklı bir yoldan yeşillığe doğru yürüyorum. Bu yeşillik bölgenin altından ırmak, çay olduğunu görüyorum. O yeşillik güzel yerlerde ilerlerken oranın mezarlıklara dönüştüğünü fark ediyorum. Bu gördüğüm mezarlık eski bir mezarlık, eski taşlarla dolu. Mezarların daha doğrusu gördüklerimin çoğu çocuk mezarları. Korku ile yürürken bir mezarın açık olduğunu görüyorum. Sonra o mezara istemeye istemeye sanki birinin etkisiyle giriyorum. Mezarın içinin karanlık yollarla dolu mağara gibi olduğunu görüyorum. Ben sürekli yürüyorum. Bu dehşet duygusu içindeyken uyanıyorum (Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Kadın).’’*

Travmatik Yaslı 2. Katılımcının rüyası: *‘ Aslında ilk kez gördüğüm ve yakın zamanlı olduğu için aklımda kalan rüyamı anlatmak istedim. Rüyamda köydeydim bizim köyden karşı köye giden yolda küçük küçük çukurlar vardı ve ben onlara basmadan gayet mutlu bir şekilde yolda yürüyordum. Daha sonra siyah eşarbımı mezarlığın oradaki çalıda olduğunu tanımadığım bir ses söyledi ve onu alıp dönmem gerektiğini de söyledi. Mezarlığa doğru yürüdüm tam Yasine başlayacaktım ki bizim köyden Ceylan’ın ağladığını ve ağıtlar yaktığını gördüm. Aniden köyden ağıt sesleri yükseldi ben Yasine başlayınca etraf sessiz oldu. Yasini bitirince mezarlığın içine girdim. Çünkü içinde danalar olduğunu gördüm danaları içeriden çıkartıyordum ki Ceylan’ın bana seslendiğini duydum önüme bakınca üç tane yılan olduğunu hatta tam birinin saldırmaya hazırlandığını gördüm hemen surun üst tarafını tırmandım ve*

yılanlardan kurtuldum. Daha sonra dana kendiliğinden çıktı. Ceylan danaları topladı ve evine gitti bir çalının üstünde eşarbımı almaya çalışıyordum. 5 sene önce vefat eden arkadaşımın yanında yeni bir mezar fark ettim. Köyde şu an nişanlı olan Besra Abla'nın mezarı olduğunu söyledi tanımadığım ses mezarda kırmızı puşi vardı. Ayakucunda da siyah bir örtü eşarbımı almaktan vazgeçtim. Hatta fırlattım da denebilir. Buraya kadar Temmuz ayı gibiydi her şey. Hemen eve gidecektim ki bizim derenin taşıdığını etrafta kardelenlerin açtığını gördüm. Başımda çok ağır bir yük olduğunu fark ettim alınca papatyadan bir taç olduğunu fark ettim hemen eve döndüm. Anneme sarıldım. Sonra uyandım (Travmatik Yaslı 2. Katılımcı, Kadın).'

Bağlanma teması

Bu tema sevilen birini rüyada görme arzusu olarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda travmatik yası olan bireylerin rüyalarının içeriğine odaklanılmıştır. Kayıptan sonra kaybedilenle ilişkilerini devam ettirmek isteyen ve aynı zamanda onu görmeyi arzulayan birey pozisyonu olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle hayatta kalanın kaybedilene ilişkin kopmayı (ilişikisel, duygusal, manevi) henüz başaramadığı, kaybedilene ilişkin bitirilmemiş işlerin (hastalığın iyileşmesi) bitirilmeye çalışıldığı, geride bırakılmaya ilişkin öfke, yeniden birleşme arzusunun yaşandığı rüyalaradır. Örneğin, babası ölen, Travmatik Yaslı 5. Katılımcı rüyasını şu şekilde ifade etmiştir:

Babamı kaybettiğim yaz ilk o zamanlar görmüştüm; çok özlemiştim burnum da tütüyordu. Her perşembe ziyaretine gideriz. Gittiğim bir perşembe günü çok dua ettim lütfen rüyama gel ve o gece rüyama geldi. Telefonum çaldı bir baktım 'babacığım' arıyor. O heyecanla ve şaşkınlıkla telefonu açtım baba sen ölmedin mi? Hayır kızım ölmedim dedi. Ama sen nasıl ararsın sen öldün. Hadi gel kızım ablanın kliniğindeyim seni bekliyorum. Tamam, babam hemen geliyorum ve hazırlanıp evden çıktım. Ama bir türlü babama gidemiyorum, yolun yarısında kendimi ablalarım ile bir kafede otururken buldum. Durdane ablamın klinikten geldiğini görünce ama abla baba senin yanındaydı! Beni yanına çağırdı. Görmek istediğini söyledi. Baba pastanede halanın, çocuklarının yanına gitti. Hemen babamı aradım neredesin babam, ben seni görmedim. Pastanedeyim kızım tamam baba hemen geliyorum. Kendimi babamla evimizde buldum. Babam kanepeye oturmuş bende kucağına ona sarılıp onu öpüyorum. O kadar mutluyum ki oda beni öpüp sarılıyor. Onu öperken yanağındaki o yumuşaklığı hissettim. Uyandığımda, ya ben gerçekten o yanağındaki yumuşaklığı hissettim ağlayarak uyandım (Travmatik Yaslı 5. Katılımcı, Kadın).

Aynı katılımcı diğer bir rüyasında şunları ifade etmiştir: *Annem epilepsi hastası onun tedavisi için Elâzığ'a gittik. Ben ve ablam annemi götürdük. O gün çok ilgilendik annemle bütün kontrollerini yaptık. Ben Bingöl'e döndüm annem, ablam, Musa o gece rüyama geldi. Biz oturma odasına oturmuşuz. Babam geldi, gelmesine şaşırıp ağladım nasıl olur sen nasıl geldin ama kızım ben hep yanınızdayım ki. Ben hep sizinleyim deyip elini omuzuma koydu. Sırtımı sıvazladı. Kızım ben hep geliyorum da siz ağlayıp beni çok çağırmayın yolum çok uzun, ben gelirken çok yoruluyorum. Ama ben hep sizin yanınızdayım dedi (Travmatik Yash 5. Katılımcı, Kadın).*

Hastalığından dolayı babasına temas edemeyen (bir çeşit ölüme karşı onu koruma arzusunda olan) Travmatik Yash 4. Katılımcı, onunla karşılaşma anını şu ifadelerle dile getirdi: *'Geçen gün rüyamda babamı gürdüm. Yatakta uzanmıştı ve hasta olduğunu daha doğrusu ağrısı olduğunu düşündüğüm için ona soru sordum. Hastalığının hassasiyetinden dolayı yalnızca kapının ucundan soru soruyor ona yaklaşıyordum. Bir yerin mi ağrıyor diye sordum. Elini karnının üstüne götürerek bak ben iyileştim hiçbir yerim ağrımıyor. Ben sana demiştim iyileşeceğim dedi. Gözlerimden yaş akıyordu ama onu kırmak istemiyordum. Olanları biliyordum ama yine de ona kıyamadım (Travmatik Yash 4. Katılımcı, Kadın).'*

Amcasının ölümünü kabullenemeyen Travmatik Yash 10. Katılımcı rüyasını; *'Rüyamda ben bir mezarlıktayım, amcamın olduğu mezarlıkta o bana bakıyor ben de ona bakıp gülümsüyor bana. Bende ona bakıp gülümsüyorum. Diyorum ki amcama, biliyordum amca ölmediğini biliyordum diyorum. O da bana evet ben hayattayım diyordu'* şeklinde ifade etti (Travmatik Yash 10. Katılımcı, Kadın).

Arzu ve Zulüm(persecution) Teması

Bu tema için aynı rüyada hem hoş giden, arzu edilen hem de hoş gitmeyen, bireye zulmeden durumların varlığı değerlendirilmiştir. Dahası, kaybın, yok oluşun, yıkımın getirdiği ruhsal acıyla baş etmek, arzu edilenin yaşatılmak istendiği içerikte rüyalar olduğu görülmektedir. Bir yanda bireyin psikolojik arzuları tatmin olurken diğer tarafta stres kaynağı olan kişi ya da nesneler olduğu rüyalar. Örneğin, Travmatik Yash 14. Katılımcı tarafından anlatılan şu rüya dikkate değerdir:

'Rüyamda babaannemin vefat ettiğini gördüm. Herkes taziye için eve geliyor. Halam ve babam uzakta onlar da geliyor. Normalde halam çok ağlar onu o an görmedim. Sonra babamın Manisa'dan geldiğini çok ağladığını her yeri kırıp döktüğünü söylediler. Sonra ben de o arada eve gittim, çok ağlıyorum falan derken içeri giriyorum. Babaannem yatağında uzanmıştı,

ölmemişti. Halam da yanında ellerini ovalıyordu sonra ben de yanına gittim. Tam dokundum o an uyandım (Travmatik Yaslı 14. Katılımcı, Kadın).’

Travmatik Yaslı 9. Katılımcının da benzer şekilde arzu ve zulüm içeren durumların bir arada gördüğü rüyası ise şöyleydi: ‘Amcaoğlum yeni üç aylık evlenmişti eşi ilk birliktelikte ve iki kardeşi vardı. Onun evlenmesine çok sevinmiştik. Vefatından sonra en çok üzülen kişilerden biride eşi idi. Ölümünden 10 gün sonra eşi baba evine geri döndü biraz kafasını toparlamak amacıyla, bende yengemin tekrar eve döndüğünü merak edip bizimkileri aradım dediler gelmemiş ama dün gördüğüm rüyamda yengem eve geri dönmüş ve mutlu bir hali vardı. Rüyamda gördüğüm kadarıyla yengem evde amcaoğlumun diğer iki erkek kardeşleriyle mutlu idi ve sanki ömrünün sonuna kadar bu evde yaşayacak gibi görünüyordu ve bu da bana tuhaf geliyordu (Travmatik Yaslı 9. Katılımcı, Erkek).’

Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, bir tarafta şiddet ve korku içeren diğer tarafta arzuladığı durumların sahnelendiği rüyasını şöyle ifade etmiştir: ‘Rüyamda yürüyorum ve yalnızım. Uzaklarda insanlar ve sesler var ama gidemiyorum, göremiyorum onları. Sürekli yukarıya doğru yürüyorum. Zorundaymışım ve biri beni seyrediyormuş gibi. Yürürken aşağının uçurum oluşu, dağların taşların görüntüsü ve yürüdüğüm yolun dar bir patika yolu oluşu beni dehşete düşürüyor. Bazen bu dehşet, korku haliyle uyanıyorum, bazen de zirveye kadar çıktığım oluyor. Bana eski zamanları hatırlatıyor. Zirveye çıkıp aşağıya bakınca başım dönüyor ve düşüyorum. O düşme anını bedensel olarak da çok hissediyorum. Tam yere çakılma esnasında uyanıyorum. Daha doğrusu kendimi uyandırıyorum. (Travmatik Yaslı 13. Katılımcı, Kadın).’

Anne baba arasında tercih yapmak zorunda kalan veya tehcih yapmak zorunda bırakılan Travmatik Yaslı 15. Katılımcının rüyası: ‘O rüyanın ardından 1 hafta geçti ben tekrar rahmetli annemi gördüm. Bu sefer okuduğum okuldaydım öğretmenlerimiz bizim yanımıza geliyordu ve diyordu hadi gençler tur atmaya çıkıyoruz bizde o sevinçle okulun kapısından çıkıyorduk. Ama bütün arkadaşlarım bana sen önden yürü diyordu ben de önlerinden yürüyordum ve sonra yürüdüğümde annemi karşımda görüyordum. Hadi kızım diyordu gidelim diyordu. Ben de yine tamam diyordum ki bizim okulun sekreteri koşa koşa yanıma geliyordu ve baban okulda seni bekliyor diyordu. Ben de ona annemin geldiğini söyle diyordum. Annemin suratı asılıyordu ama ben babama gidiyordum (Travmatik Yaslı 15. Katılımcı, Kadın).’

Savunma Düzenekleri Teması

Sevilen birinin kaybına verilen tepki şeklinde beliren yas, uzun süre devam ettiğinde ruhsal bir acıya dönüşebilir. Bu acının normalleşmesi için, rüyaya yansıyan savunma

mekanizmalarına bakmak yararlı olabilir. Bu nedenle bu tema, travmatik yaşlı olan katılımcıların rüyalarının içeriğine yansıyan savunma düzeneklerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Savunma düzeneklerinin rüyaya yansıyan içeriği ile ilgili Travmatik Yaşlı 3. Katılımcının ifade ettiği aşağıdaki örnek dikkate değerdir:

'Bizim evin balkonunda oturmuştuk. Önümüz de birden çok bardak vardı. Bardakların hepsi farklı boyutta farklı desende ve bir kaçının içinde içecekler vardı. Gözümü sadece içinde kırmızı bir şey olan bir bardak çarptı. Rüyada karşımda oturuyordu. Bende onun aslında ölü olduğunu biliyordum. Ve ona sen ölüsün diyemedim ama iyi misin diye sordum. İyi olduğunu söyledi. Gözüme birkaç saniye baktı. Gözleri kırmızı olmuştu. Yanımda da eski kıyafetler giymiş, saçları uzun ve siyah renginde olan bir kadın oturuyordu. Ve ben o kadını tanıımıyordum ama onun da ölü olduğunu biliyorum. Kadın yere yanıma oturuyordu. Ve başını benim dizlerime koyuyordu. Ama karşımda oturan o (babası) ona izin ver şeklinde başını sallıyordu. Korkuyorum ama izin veriyorum. Kadının vücudunun sert ve soğuk olduğunu hissediyorum rüyamda. Sonra o bana önümüzdeki bardakları uzatıyor. İç bunları diyor bende içiyorum (Travmatik Yaşlı 3. Katılımcı, Kadın).'

Aynı katılımcı bir başka rüyasını şu şekilde dile getirmiştir: *'Havanın tam kararmasına yakın bir zamanda mezarlıkta oturuyorum. Yanıma birileri geliyor. Ama sadece birini tanıyorum o da babam. Ama mezarlık kalabalık birçok insan var orda. Bende onun mezarının başında oturuyorum. Babam gelip bir şeyler söylüyor ama hatırlamıyorum. Dönüp mezar taşına bakıyorum. Ama isim falan yazmıyor. Mezarındaki toprağa elimi atıyorum ama mezar boş. İçine eğilip bakıyorum içinde bir kitap ve yemek, içecek var sonra ondan korkup kalkıyorum (Travmatik Yaşlı 3. Katılımcı, Kadın).'*

Başkası tarafından işgale uğrayan Travmatik Yaşlı 14. Katılımcı ise rüyasını şöyle ifade etmektedir: *Rüyamda sevmediğim bir insan evimize eşiyile geliyordu. Çocuklarını almış gelmiş bizim evde kalacak. Ben de gidin benim evimden ne yüzle geliyorsunuz diye çıktım. O sırada eşi babamın bir sürü kiracısı var. Hiçbirine böyle davranmıyor dedi. Ben de bana ne senin babandan, ben senin baban değilim dedim. Sonra diğeri geldi elinde çantaları çantasını aldığım gibi dışarı attım. Git evimden dedim o da benim tepkimden korktu ve sonra gittiler (Travmatik Yaşlı 14. Katılımcı, Kadın).*

Rüyada kriz teması

Travmatik yası olan katılımcıların rüyalarına yansıyan krizler ön plana alınmıştır. Bu tema ile yaşanan krizlerin gerçek bir kayıp sonrası yaşanan kriz mi yoksa kurgusal(ölüm dışındaki kayıp) bir kayıp sonrası yaşanan kriz olduğuna odaklanılmıştır. Travmatik yası olan katılımcıların rüyalarına yansıyan krizlerin gerçek bir ölüm(hem gerçek yaşamda kayıp hem de rüyada kayıp var) olduğu görülmektedir. Örneğin, Travmatik Yaslı 12. Katılımcının buna ilişkin rüyası dikkate değerdir ve şöyle anlatmıştır:

‘Ben bir gün yine rüyamda evime gidiyordum. Memleketime. Eve gittiğimde kalabalık bir ortam vardı. Kapıyı annem ağlayarak açtı. Babam niye açmadı kapıyı diye sordum. Kimse cevap bile vermedi. Herkes donmuştu oturuyordu. O an anladım babam ölmüştü. Ondan böylelerdi. O gün uyandığımda gerçekte de ağlıyordum (Travmatik Yaslı 12. Katılımcı, Kadın).’

Rüyasında babasının öldüğünü gören Travmatik Yaslı 8. Katılımcı ise rüyasını şu şekilde dile getirmiştir: *‘Rüyamda geceydi, gökyüzünde üç ay vardı ve bu aylardan bir tanesi kayboluyordu. Bir bakıyordum sabah oluyordu ve babam ölüyordu ve ben çılgık atıyordum. Uykudan kalktığımda gözlerimden yaş geliyordu (Travmatik Yaslı 8. Katılımcı, Kadın).’*

Kayıp odaklı travmatik krizlerin ardından yaşanan içsel çatışmaların (şok hali, ölümü kabullenmeme, bitirilmemiş işler) rüyaya yansıdığı görülmektedir. Kayıptan sonra yasın yaşanmadığı ve akut dönemin etkilerinin hala devam ettiği rüyalar. Ölen annesini rüyasında gören Travmatik Yaslı 15. Katılımcının rüyası: *‘Rahmetli annemi rüyamda görmüştüm. Kalabalık bir ortamda akrabalarımızla oturuyorduk. Bir anda kapı açılıyordu gelen annemdi. Bana doğru geliyordu ve hadi kızım gel diyordu ve bende onunla gitmeyi istiyordum. Tam giderken babam kolumdan tutup çekiyordu ve anneme izin vermiyorum, kızımı götürmeye diyordu. Israrla annem götüreceğim diyordu. Babamla tartışıyordu ve ben de ikisinin yanından ayrılıyordum (Travmatik Yaslı 15. Katılımcı, Kadın).’*

Kriz odaklı, Travmatik Yaslı 6. Katılımcı rüyasını: *‘Ölümünden birkaç gün sonra rüyamda babaannemin iki amcamın etlerini yemek istediğini ve bu yüzden bunların öldürülmesi gerektiğini söylemişti ve bunlar öldürülmüştü. Bunların etlerini teyzemler karanlık bir yerde pişirmeye başlamıştı. Çok korkutucu bir rüyaydı. Hayatımda gördüğüm en kötü rüya olabilirdi. Bende bu rüya içerisinde teyzemlere yalvarıyordum. Ben öldüğümde etimi pişirmeyin diye (Travmatik Yaslı 6. Katılımcı, Kadın).’* şeklinde ifade etti.

Travmatik Yaslı 12. Katılımcının rüyası: *‘ Ben arkadaşımıyordum. Bir yere gidiyorduk. Türkiye değildi ama. Farklı farklı yollardan geçtik. Sonra o sırada arkadaşımın kız kardeşi de*

yanımızda belirdi. Biz üçümüz bir binaya girdik. Orada yaşlı adam vardı. Anne-babaları falan vardı. Yaşlı adam bize bağarmaya başladı. Arkadaşımın kız kardeşinin çenesine bir bıçak sapladı. Ben kalabalığın içinden kaçtım. Kanım çekilmişti sanki. Sokakta giderken bir bina gördüm. İnşaat halindeydi. İnşaatın demirlerinden yukarı tırmandım. Sonra uyandım. Ama o kızın çenesine bıçak saplandığını halen unutamiyorum (Travmatik Yaslı 12. Katılımcı, Kadın).'

Travmatik Yaslı 15. Katılımcının rüyası: 'O rüyanın ardından 1 hafta geçti ben tekrar rahmetli annemi gördüm. Bu sefer okuduğum okuldaydım öğretmenlerimiz bizim yanımıza geliyordu ve diyordu hadi gençler tur atmaya çıkıyoruz bizde o sevinçle okulun kapısından çıkıyorduk. Ama bütün arkadaşlarım bana sen önden yürü diyordu ben de önlerinden yürüyordum ve sonra yürüdüğümde annemi karşımda görüyordum. Hadi kızım diyordu gidelim diyordu. Ben de yine tamam diyordum ki bizim okulun sekreteri koşa koşa yanıma geliyordu ve baban okulda seni bekliyor diyordu. Ben de ona annemin geldiğini söyle diyordum. Annemin suratı asılıyordu ama ben babama gidiyordum (Travmatik Yaslı 15. Katılımcı, Kadın).'

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın alt problemlerine yanıt olacak şekilde halihazırdaki literatür ışığında tartışılmış ve yorumlanmıştır.

5.1 Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin MMPI klinik alt boyutları farklılık göstermekte midir?

Analizden elde edilen bulgular doğrultusunda travmatik yası olan bireylerin olmayan bireylere göre MMPI'nın maskulinite ve feministi alt skalası, hipokondriyasız boyutu, depresyon boyutu, histeri boyutu, psikopatik delirasyon boyutu, paranoya boyutu, psikasteni boyutu, şizofreni boyutu, sosyal içe dönüklük boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık MMPI L (yalan) alt skalası, MMPI K (kendini olduğundan iyi gösterme) alt skalası, MMPI F (kendini olduğundan kötü gösterme) boyutu ve hipomani klinik alt boyutu değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda travmatik yası olan bireylerin maskulinite ve feministi alt skalası, hipokondriyasız boyutu, depresyon boyutu, histeri boyutu, psikopatik delirasyon boyutu, paranoya boyutu, psikasteni boyutu, şizofreni boyutu, sosyal içe dönüklük klinik alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu ve bu klinik alt boyutların travmatik yas'a eşlik eden kişilik yapıları olduğu söylenebilir.

Akiskal ve arkadaşları (1983) kişilik özelliklerinin bir psikiyatrik hastalıkla dört farklı şekilde ilişkilendirilebileceği; birincisi kişilik özelliğinin bir psikiyatrik bozukluğa neden olabileceği yani patojenik olabileceği, ikincisi, kişilik özelliğinin psikiyatrik bozukluğun seyrini (prognozu) ve sonucunu etkileyebileceği, üçüncüsü, kendisini tekrarlayan hastalık dönemlerinin bir sonucu olabileceği ve son olarak kişilik özelliklerinin eksen I bozukluklarının zayıflatılmış bir formu olarak görüldüğü ifade edilmiştir. Angst ve Clayton, (1986) bireyin kişilik özelliklerinin, depresyonun gelişiminde patojenik bir etki yaptığı, hatta tekrarlayan depresyon ataklarının kişilik özelliklerinin bir sonucu olduğu, bazı kişilik özelliklerinin bireyi psikiyatrik bir bozukluğa daha yatkın hale getirdiği üzerinde durmaktadırlar (Duggan vd., 2003). Kişilik özelliklerinin bireyin psikopatolojik rahatsızların gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir. Bu doğrultuda kişilik yapılarının travmatik yasin gelişiminde de etkili olabileceğine ilişkin veriler bulunmaktadır. Özellikle nevrotiklik ve dışadönüklük gibi kişilik

özelliklerinin travmatik yas üzerindeki etkisine aracılık ettiği belirtilmiştir (Costa, Somerfield ve McCrae, 1996; Robinson ve Marwit, 2006).

Travmatik yası olan bireylerin kişilik özelliklerine ilişkin çok az çalışma olmasının yanı sıra travmatik yas ile ilişkisi en çok ortaya konan iki kişilik özelliği göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki nevrotiklik diğeri ise dışadönüklüktür. Nevrotiklik daha çok travmatik yasla ilişkili bir kişilik özelliği iken (Vachon, 1986; Prigerson vd., 1997 ; Meuser ve Marwit, 2000), dışadönüklük kişilik özelliği ise travmatik yasa karşı bireyi koruyan bir tampon işlevi gördüğü ifade edilmektedir (Meuser, Davies ve Marwit, 1995; Meuser ve Marwit, 2000). Nevrotiklik, kişiliğin kaygı, depresyon, suçluluk, düşük benlik saygısı, utangaçlık, karamsarlık ve duygusallığa yönelik özellikleriyle karakterize olurken, dışadönüklük ise sosyal, aktif, kaygısız, baskın ve cesur olma özelliklerinden oluşan bir temel kişilik boyutu olarak kabul edilmektedir (Eysenck ve Eysenck, 1985). Nevrotiklik ve bağlantılı özelliklerin, artan travmatik yas stresi ile açık bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Sanders (1980), kaygı, güvensizlik ve duygusallığın kayıptan yüksek düzeyde stres ve depresyonlu olan bireylerin MMPI profillerini karakterize ettiğini belirtmiştir. Kısacası nevrotiklik ve sürekli kaygının travmatik yası olan bireylerin yas semptomları ile ilişkili olduğu değerlendirilmektedir (Middleton vd., 1997).

Travmatik yası olan bireylerin histerik özelliklerine ilişkin yapılan çalışmalarda iç görü eksikliği, herhangi bir psikolojik problemi olduğunu yadsıma, stres altında olduklarında özgün fiziksel yakınmalar gösterme puanlarının travmatik yası olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle travma öyküsü ve kaybın bir arada olduğu yetişkin popülasyonda histriyonik kişilik özelliğinin travmatik yas ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Fantezi, yanlış anlama ve aşırı dikkat çekme özellikleri baskın olan bireylerde travmatik yas yaşama riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Horowitz,1999). Bir başka çalışmada histerik ve obsesif karakter özelliklerine sahip olan yaslı bireylerin, kaybın anlamının yanlış anlaşılması nedeniyle uzun süreli kederlere karşı daha savunmasız oldukları belirlenmiştir (Shapiro,1999). Yapılan sınırlı sayıdaki çalışma histerik kişilik özelliklerinin travmatik yas ile ilişkili olduğu ve bireyin histerik kişilik özelliklerinin travmatik yasa psikolojik müdahaleyi etkileyecek bir özellik olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada travmatik yası olan bireyler ile olmayan bireyler arasındaki farkta histerik kişilik özelliğinin önemli bir etken olduğu, histerik kişilik özelliğinin travmatik yas'a eşlik eden kişilik yapısı olduğu söylenebilir. Bu durum travmatik yası olan ile olmayan bireylerin histerik kişilikleri açısından farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak mevcut çalışmada ortaya çıkan farklılığın alanyazınla örtüşmekle birlikte alanyazındaki sonuçlardan daha güçlü olduğu söylenebilir.

Travmatik yası olan bireyler ile olmayan bireyler arasında psikastenik klinik alt boyutu arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin psikastenik puanlarının travmatik yası olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Psikastenik bireylerin endişeli, gergin ve kararsız olma halinin yanı sıra ajite, ruminasyonlar, suçluluk duyguları ve obsesyonların anksiyeteyi kontrol edemediği kompülsiyona dönüşen ruminasyonlar gibi özellikler içermektedir. Psikodinamik bir yaklaşım kullanan Horowitz (1999) histerik ve takıntılı özelliklere sahip kişilerin, kayba karşı önyargılı yaklaşımları nedeniyle yas sürecindeki komplikasyonlara karşı savunmasız duruma düştüklerini savunmaktadır. Ancak, ampirik bulguların bu varsayımı henüz doğrulamadığı ifade edilmektedir (Masferrer, Mancini ve Caparrós, 2020). Örneğin, Tomarken ve arkadaşları (2012) çalışmalarında travmatik yas ile obsesif kişilik özelliği arasındaki korelasyonu 0.1'in altında bulmuşlardır. Bu nedenle obsesif, histerik ve narsisistik kişilik özelliklerinin travmatik yas semptomları ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Mevcut çalışmada bunun aksi yönünde bir bulgu elde edilmiştir. Çünkü psikastenik kişilik özelliklerine sahip bireyler, kısıtlı bir dikkat odağı ve hızlı bir düşünme süreçleri olduğu için tam bir duygusal farkındalık kazanamamaktadırlar. Ani ve beklenmedik bir kayıp meydana geldiğinde, obsesyonlu kişinin, kaybın gerçekliğini kabullenmemesi ve üstesinden gelebilecek duygusal kaynakları olmadığından travmatik yas durumunda kalacaktır denilmektedir (Shapiro, 1999). Hatta travmatik yas sürecinin ilk aşamalarında uyum bozucu bir yas tepkisi olan '*takılıp kalma*' yaşanmaktadır. Böylece bir yas biçimi, olumlu ve besleyici bir ilişkiye bağ kurmayı sağlamak yerine korkunç bir kayıpla ilgili hatırlatıcılar üzerine odaklanmaktadır. Sonuç olarak travmatik yas yaşayan kimse, kaybın üzerinden aylar hatta bazen yıllar geçmesine rağmen sanki henüz gerçekleşmiş gibi hissetmeye devam etmektedir. Travmatik yas'ta ölen kişiyle olan olumlu ilişkinin sürdürülmesi güçleşir, çünkü tüm dikkat kaybın acısına ve büyüklüğüne odaklanmaktadır. Sonuç olarak travmatik yaslı bireyler için ayrılık sıkıntısı, ölen kişiyle olumlu bir bağlantı kurmakta zorlanmak ve yitirilen ilişkinin ardından hasret ve özlem duymak olarak kendini göstermektedir denilmektedir (Shear ve Frank, 2018). Travmatik yas semptomlarının oluşmasında ve sürmesinde psikastenik kişilik özelliklerinin etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca bu durum, DSM'nin kavramsallaştırmadan kaçındığı travmatik yasin, psikastenik kişilik özellikleri ile arasında potansiyel bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir.

Travmatik yası olan ve olmayan bireylerin depresif kişilik özelliği ile travmatik yas puanı arasında bir farkın olduğu, travmatik yası olan bireylerin depresif kişilik puanlarının travmatik yası olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Depresif kişilik özelliği gösteren bireyler, hem kendilerine hem de yaşama dair genel bir üzüntü ve depresif mizaç özellikleri sergilemenin yanı sıra içe dönük, suçluluk ve zayıf benlik duygusuna sahiptirler. Bu doğrultuda kayıp yaşamış depresif kişilik özelliği olan bireylerin reddedilme veya terk edilme korkusu, başkalarının yanındayken bile kendilerini yalnız hissetme, ihtiyaç duyulan bir şeyin veya birinin sonsuza dek kaybedildiği duygusu yaşadıkları belirtilmiştir. Diğer yandan bu bireyler anaklitik depresyon, kayıp ve ayrılma durumlarında büyük acı çektikleri ifade edilmektedir (Lingardi ve McWilliams, 2017). Alinyazında doğrudan depresif kişilik ile travmatik yas arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte genelde yas ve depresyon semptomları arasında ilişkiye odaklanılmıştır. Hatta yas ve depresyon semptomları üzerine yapılan araştırmalar, iki bozukluk arasında açık bir ilişkinin olduğunu ve yalnızlığın bu ilişkide bir aracı rol olarak ortaya çıktığını göstermektedir (Borsboom ve Cramer, 2013 ; Robinaugh vd., 2014 ; McNally vd., 2015 ; Fried vd., 2017). Ayrıca depresif eğilimlere yol açan koşullardan birisi de yas tutmanın engellendiği aile ortamı olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle ebeveyn ve diğer bakıcılar üzüntü duygusunun inkâr edilmesinde çocuklara model olmaktadır. Herkesin kaybedilen nesne olmaksızın çok daha iyi bir yaşamı olacağı söylemi veya çocuğun acı yaşamayacağı konusunda ona güvence verme ihtiyacı dolayısıyla yas duygusu gözden kaybolup gizlenir ve sonunda, kendilikte bir şeylerin hatalı olduğu inancı ortaya çıkmaktadır (Lingardi ve McWilliams, 2020). Sonuç olarak, travmatik yas semptomlarının gelişmesinde ve ilerlemesinde depresif kişilik özelliğinin etkili olduğu söylenebilir. Bir aile üyesinin beklenmedik kaybı ve kaybedilenin önemli bağlanma figürü olması bu nedenle ölümünün kabullenilmesi zor olabileceğinden depresif kişilik yapısı yas tepkilerini tetikleyebilir. Ayrıca çalışmanın üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmesi ve üniversite öğrencilerinin de aileden uzak olup bazılarının henüz ergenlik döneminin izleri üzerinde taşıyor olmaları travmatik yas ile depresif kişilik özellikleri arasında ilişkiyi ortaya çıkarmış olabilir.

Travmatik yası olan ve olmayan bireylerin maskulinite ve feminite (kadınlık ve erkeklik) kişilik özellikleri açısından farklılık gösterdiği travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin maskulinite ve feminite puanlarının travmatik yası olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Maskulinite, geleneksel erkek rolleri ile özdeşleşememe, homoseksüel ilgileri olma ve homoseksüel olduklarını ima etme gibi özellikler taşımaktadır, feministi ise geleneksel kadın rolleriyle ilgili olmamak, saldırgan davranışlar, büyük olasılıkla homoseksüel davranışın görülmemesi gibi özellikler taşıdığı ifade edilmektedir (Ceyhun ve Oral, 2008). Bu klinik alt boyutta erkeklerin bir kısmı üzüntülerine eşlik eden

gözyaşlarından bahsederken, bir kısmı da erkek ağlama eyleminden özellikle de toplum içinde yasın dışavurumlarında kabul edilemez ve bir zayıflık olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Kadınların ise yas sürecinde ağlamayı bir kadınsı davranış olarak algıladıkları belirtilmektedir (Archer, 1999; Martin ve Doka, 2000; Versalle ve McDowell, 2005). Hatta erkeklerin yas sürecinde yasa dair duygularını maskelemek veya yasın getirdiği psikolojik acıdan kaçmak için aşırı madde kullanımı, güvensiz ve riskli davranışlarda bulunma (hızlı araba kullanma, tırmanma sporları yapma) gibi davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir (Creighton, Oliffe, Butterwick ve Saewyc, 2013). Dahası, travmatik bir yaşantı sonrası çocuklarını kaybeden anneler üzerinde yapılan bir çalışmada, annenin travmatik yasını sürdürmesinde önemli etkenlerden birinin de batı ataerkil kadınsı davranışlar olduğu ve ataerkil yapılanmanın yaşlı anneler üzerinde etkisi olduğu vurgulanmıştır (Spear, 2020).

Literatürde kadınlık ve erkeklik üzerine araştırmalardan ziyade kadın ve erkek arasındaki cinsiyet farklılıklarını tanımlamaya odaklanıldığı bilinmektedir. Batılı erkeklerin öfke, soğukkanlı ve rasyonaliteyi çağrıştıran şekillerde yas tuttukları ve bunun genellikle toplumsal olarak onaylanmış eril ideallerinden kaynaklandığı, diğer yandan yaşlı batılı kadınların yaslarını ağlayarak yaşadıkları ve bunun da duygusal dışavurumun tipik kadın davranışları olduğu ifade edilmektedir (Martin ve Doka, 2000; Shamir ve Travis, 2002). Yas bağlamında bakıldığında ise katılımcıların, zaman içinde kendilerini erkek olarak idealleştirdikleri ve erkeklerin yaşamlarının belli dönüm noktalarında ortaya çıkan kayıplardan ötürü erkek kimliğine daha yatkın (geleneksel erkek kimliğinin dışında) davrandıkları belirlenmiştir. Hatta yasın neden olduğu keder bağlamında bakıldığında, erkeklerin bir yakın kaybı yaşadktan sonra önemli zihinsel ve fiziksel sağlık problemleri yaşadıkları vurgulanmaktadır (Martikainen ve Valkonen, 1996; Archer, 1999). Burada erkek katılımcıların travmatik bir kayıptan sonra daha fazla erkeksi kimlikleriyle özdeşleştikleri gibi kadınların da geleneksel kadın rollerinin içinde davrandıkları söylenebilir. Bu durumun mevcut çalışmayla uyumlu olduğu söylenebilir. Travmatik yası olan bireylerin erkeksi ve kadınsı kişilik özelliklerine ilişkin literatürde yeterli düzeyde çalışma olmadığı, mevcut çalışma ile bu boşluğun doldurulmaya çalışıldığı söylenebilir. Sonuç olarak, travmatik bir kayıptan sonra yaşanan travmatik yas, erkeksi ve kadınsı kimlikler çerçevesinde ele alındığında bu kimliklerin bireylerin içinde bulundukları toplumsal konumuyla ilgili olabileceği ifade edilmektedir (Connell,1995).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular; travmatik yas yaşayan ve yaşamayan bireylerin paranoid kişilik özellikleri yönünden farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgu

travmatik yaslı olmanın ve olmamanın bireylerin paranoid kişilik özellikleri açısından bir farklılık oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Paranoid kişilik, hastanın tolere edemediği duyguları, dürtüleri, fikirleri inkâr edip başkalarına yüklemesi, sonra da bunlara karşı öfke ve korku duyma hali olduğu belirtilmektedir. Yanısıra yansıtılan duygular arasında düşmanlık, güvensizlik, bağımlılık (başkalarının kendisini kasten utanç verici derecede bağımlı hale getirmeye çalıştığı düşüncesi), cazibe ve erotomani sendromu olarak sayılmaktadır (Lingiardi ve McWilliams, 2020). Travmatik yas bağlamında değerlendirildiğinde, sevilen nesnenin kaybedilmesi ile bireyde insanlara karşı güvensizlik ve şüphenin ortaya çıkmasının paranoid kişilik özellikleri ile kesiştiği düşünülebilir. Bazı klinik raporlarda (Bonime, 1979; Stern, 1989) bu hastaların çocukluk döneminde ebeveynlerinden birini baştan çıkarıcı veya manipülatif biri olarak algıladıklarına ve bunun sonucunda hem terapist hem de başkaları tarafından baştan çıkarılma ya da istismar edilme tehlikesine karşı aşırı dikkatli olduklarına yer verilmiştir. Bu sebeple paranoid bir kişinin, terapötik ilişkinin getirdiği sınırlara öfke duyması veya bu sınırlardan dolayı yas tuttuğu vurgulanmaktadır (McWilliams, 2013). Literatür incelendiğinde travmatik yaslı olan bireylerin paranoid kişilik özellikleri ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu anlamda araştırmanın bu bulgusunun literatürdeki bu boşluğu gidereceği düşünülmektedir. Sonuç olarak, travmatik yas semptomlarının oluşmasında ve sürdürülmesinde paranoid kişilik özelliklerinin etkili olabileceği söylenebilir. Ayrıca bu durum, DSM'nin kavramsallaştırmadan kaçındığı ya da yeterince araştıramadığı travmatik yas ile paranoid kişilik özellikleri ile arasında potansiyel bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında travmatik yaslı olanlar ile olmayanların MMPI şizofreni klinik alt boyutu puanlarının istatistiksel anlamda farklılaştığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular travmatik yaslı olmanın veya travmatik yaslı olmamanın bireylerin şizofrenik kişilik özellikleri açısından bir farklılık oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Şizofrenik bireylerin, diğer bireylerden farklı düşünme, gerçeklikten öte fantezi ve gündüz rüyalarına sığınma, gerçekte şizoid benzeri bir yaşantı sergileme gibi kişilik özellikleri gösterdikleri ifade edilmektedir. Bu hastalık ve sonuçların kişisel yaşamı ve sosyal işlevselliği önemli ölçüde bozabildiği vurgulanmıştır (APA, 2000 , Horowitz, 2002 , Lewis, 2004). Ayrıca şizofrenik özellikteki bireylerin duygusal ve bilişsel işlevler, sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve günlük yaşam aktiviteleri alanında da kayıplar yaşadıkları, bu kayıpların üstesinden gelmek için, keder ve depresyon duygularına yol açan bir yas sürecinden geçmeleri gerektiği belirtilmektedir (Witmann ve Keshavan, 2007). Yas bağlamında bakıldığında ise şizofreni ile ilgili olarak yasin nasıl ifade edildiğinin belirsiz olduğu ve depresif belirtileri yas (Clayton, 1990) veya olumsuz şizofrenik

kişilik özelliklerinden ayırt etmenin zor olduğu vurgulanmaktadır (Lewis, 2004). Ancak travmatik yas ve şizofrenik kişilik özellikleriyle ilişkisine dair doğrudan bir araştırma olmasa da, Mauritz ve Van Meijel (2009) üniversite hastanesinde tedavi gören bir grup üniversite öğrencileriyle bir çalışma yürütülmüştür. Özellikle yas üzerine odaklanmak için, depresif semptomları olan hastalar bu çalışmanın dışında tutulmuş ve sonuç olarak, şizofrenik kişilik özellikleri ile yas arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada, keder ve yasın, şizofreni teşhisine sadece ara sıra verilen bir tepki olmadığı, aynı zamanda hastalığa yakalanmanın gerekli bir parçası olduğu savunulmuştur (Wittmann ve Keshavan, 2007). Bu bulgular mevcut çalışmanın bulgularıyla uyumludur. Diğer yandan literatürde travmatik yaslı olan ve olmayan bireylerin şizofrenik kişilik özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğiyle ilgili bir çalışmaya rastlanılmadığı, bu çalışmanın literatürde büyük bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Sonuç olarak şizofrenik kişilik özellikleri ile travmatik yasin özelliklerini birçok yönden birbirine benzediği (DSM’de komorbidite olarak adlandırılan durum), bu durumun da bu iki ruhsal yapıyı ayırt etmeyi zorlaştırdığı söylenebilir. Belki de ilginç olan durum, şizofrenik kişilik özellikleri sergileyen bir bireyin ölümlü bir kaybı olmadan da yas semptomları sergiliyor olması olarak ifade edilmektedir (Mauritz ve Van Meijel, 2009). Dahası, kayıp yaşayan bireylerle derinlemesine (anamnestik) görüşme yapmadan sadece belli semptomları sergiliyor diye bir hastalık kategorisinde eritme veya damgalamanın ne tanı koyma ne de psikolojik destek sunma anlamında sağlıklı bir yaklaşım olmadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında travmatik yaslı olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin MMPI hipokondriyasız klinik alt boyutu puanlarının istatistiksel anlamda farklılaştığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular travmatik yaslı olmanın travmatik yaslı olmamaya göre hipokondriyasız kişilik özellikleri açısından farklılık oluşturduğu olarak yorumlanabilir. Hipokondriyasız birey, kötümser, kötü yaşamı olan, kişisel yetersizliği ve etkisiz kişilik özelliği olan, hastalıklarını ve durumlarını abartmaktan hoşlanan, nadiren saldırganlıklarını ifade eden, kızgınlıklarını, insanları hastalıkları ile kontrol eden ve kişiler arası ilişkilerinde manipülatif davranma gibi özellikleri olan kişilikler olduğu ifade edilmektedir (Ceyhun ve Oral, 2008). Hipokondriyasız, Freud döneminden bu yana hekimler ve araştırmacılar için zor olan bir nozolojik kişilik özelliği olagelmıştır. Zorluğun bir kısmı hemen hemen her psikolojik olguyu anlamak söz konusu olduğunda var olan zihinsel hastalık yapıları ile kişilik bozuklukları arasındaki örtüşmede yattığı belirtilmiştir (Hollifield ve Finlay, 2013). Aslında, hipokondriyasız semptomlarının çoğu, anksiyete gibi diğer psikopatolojik hastalıkların semptomlarına benzer özellikler sergilemekle birlikte belirli kişilik özellikleri, bilişsel tarzlar, tutum ve kişilik özellikleriyle de ilişkilidir

(Stroebe vd., 2014). Diğer yandan psikodinamik açıdan bakıldığında hipokondriyazisin suçluluk veya düşük benlik saygısına karşı bir savunma olarak ortaya çıktığı ve kendini suçlama rolü yönüyle keder ve yasa benzediği ifade edilmiştir (Röder, Overbeck ve Müller, 1995; Stroebe vd., 2014). Benzer şekilde kaybedilen bireyin bedeninde hissettiği ağrıları ya da belirtileri, kayıp yaşayan bireyin de vücudunun aynı bölgesinde ve aynı şekilde yaşaması ve hissetmesi travmatik yas ile hipokondriyasız bağlantısına ilişkin önemli ip uçları olarak değerlendirilmektedir (Prigerson vd., 1999). Dahası, travmanın belirli kişilerde hipokondriyasızın gelişiminde rol oynadığı vurgulanmaktadır. Travmatik deneyimler hâlihazırda bedensel belirti bozuklukları (somatoform bozuklukları) geniş ölçüde bağlantılı olduğu, bununla birlikte hipokondriyak karakteristik özellikleri (hastalık fobisi, hekimlerden gelen güvenceye cevap vermeme) bebeklik döneminde veya çocuklukta meydana gelen güvenli bağlanma ve kimlik oluşumunu engelleyen belirli türden deneyimlerle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Hollifield ve Finlay, 2013).

Travmatik yas ile hipokondriyasız arasındaki ilişki ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Boelen ve Carleton (2012), travmatik yası olan lisans öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında, bu bireylerin obsesif kompulsif bozuklukları, sağlık kaygıları ve hipokondriyasız kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Sonuç olarak, travmatik yas ile obsesif kompulsif bozukluk, sağlık kaygıları ve hipokondriyasız arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu mevcut çalışmanın bulgularıyla uyum söylenebilir. Almeida ve Santos (2018) travmatik yasin bütüncül bir perspektiften (nörobiyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler) ele alındığı bir olgu sunumunda, geçmiş psikiyatrik öyküsü olmayan bireyin, iki yıl önce babasının kaybindan sonra başlayan panik ataklar ve ona eşlik eden akut keder, yoğun üzüntü, ağlama krizleri, kaybedilene yönelik yoğun suçluluk duyguları, kaybedilenin sürekli duyulan sesi (bu durum kaybın inkârını göstermekte), kaybedilenin yaşadığına ilişkin yoğun olarak görülen rüyalar ve hipokondriyak semptomları olduğu belirlenmiş ve bu bireye psikolojik destek sunulmuştur. Vaka panik atak, hipokondriyasız ve travmatik yas olarak kavramlaştırıldı. Elde edilen veriler neticesinde bu vakada, travmatik yasin, bireyin panik atak geçirmesi ve hipokondriyasız semptomlarının ortaya çıkmasında tetikleyici bir rol oynadığı söylenebilir. Sonuç olarak, hipokondriyasız hastalarının bedensel belirtilerini yanlış yorumlaması ve sonucunda ciddi bir endişenin hakim olması, uygun bir tıbbi değerlendirme ve güvenceye rağmen endişenin devam etmesi ve son olarak endişenin klinik olarak kayda değer rahatsızlık ve bozulma yaratmış olması (APA, 2013)

ile benzer belirtileri (kısmı benzerlik) gösteren travmatik yasin önemsenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Travmatik yası olan ve olmayan gruplar arasında farkın olduğu belirlenen diğer bir MMPI klinik alt boyutu ise psikopatik delirasyon boyutudur. Elde edilen bu bulgular travmatik yaslı olmanın veya travmatik yaslı olmamanın bireylerin psikopatik kişilik özellikleri açısından bir farklılık oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde psikopatik kişilik özelliklerinin travmatik yasin sürdürülmesinde etkili bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Envanterde (MMPI), günümüzde kullanılan '*antisosyal*' terimi yerine daha önce kullanılan '*psikopatik*' terimini (Cleckley, 1941; Hare, 1991) tercih edilmiştir. Psikopati, duygusal (duygusuzluk, vicdansızlık), kişilerarası (manipülatiflik, dürüst olmayan çekicilik, görkemlilik, yalan söyleme) ve davranışsal (dürtüsellik, sorumsuzluk, heyecan arayan) alanları kapsamaktadır (Hare 1996). Kişilik yönünden bakıldığında ise, başkalarını kandırıp manipüle etmekten zevk alan, çevreleriyle son derece yüksek bir farkındalığa sahip olmalarına rağmen asıl referans noktası kendileri olduğu ve bencil amaçlarla düşünüp hareket eden, başkalarının duygularına ve ihtiyaçlarına duyarsız olmaları, birine zarar verdikten sonra hiçbir vicdan azabı hissetmemeleri gibi özelliklere sahip oldukları belirtilmektedir (Bursten,1973;Lingiardi ve Mcwilliams, 2020). Bu kişilik yapısının nedenleri arasında ihmal, istismar, bağımlılık, çocuğun bakım vereniyle arasında kaotik bir güven ilişkisi olması ve çocuğun mizacıyla ondan sorumlu yetişkinlerin mizacı arasında çok derin bir uyumsuzluk olması gibi durumlar sayılmaktadır. Her ne kadar doğrudan travmatik yas ile psikopatik kişilik özelliği arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik literatür bulgusuna rastlanmasa da buna dolaylı yollardan vurgu yapan çalışmalar olduğu görülmektedir. Örneğin yapılan çalışmanın birinde, antisosyal semptomların (psikopati, davranış bozukluğu) kümülatif travma, sıkıntı ve yas semptomları arasında önemli bir örtüşme olduğu vurgulanmıştır (Lansing vd., 2017). Burada ifade edilenin psikopatik kişilik özelliğinin travmatik yasin sürdürülmesinde etkili bir gösterge olarak düşünülebilir. Dahası, kaybın bu popülasyonda (psikopatik kişilik) önemli ve etkili bir sıkıntı yarattığı gibi karmaşık yasa neden olan psikososyal morbiditeyi anlamada önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Maciejewski vd.,2016). Özetle travmatik yas ile psikopatik kişilik özelliği arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu ifade edilebilir. Araştırmada kullanılan travmatik yas ölçeği dikkate alındığında travmatik yaslı olan bireylerin tamamında şiddetli düzeyde travmatik yası deneyimledikleri görülmüştür. Diğer yandan araştırmanın nitel boyutu incelendiğinde hem bireylerin anamnestik sorgulamalarında hem de projektif test ve rüya

içeriği temalarında travmatik yası yoğun yaşadıkları ve bu sürecin kişilik özelliklerini etkilediği söylenebilir.

Son olarak travmatik yaslı olan ve olmayan gruplar arasında farkın olduğu belirlenen MMPI klinik alt boyutu sosyal içe dönüklük boyutudur. Araştırma sonucu elde edilen bu bulgu travmatik yası olmanın ya da olmamanın bireylerin sosyal içe dönüklük kişilik özelliği açısından bir farklılık oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde sosyal içe dönüklük travmatik yasin devam edilmesinde etkili bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Sosyal içe dönüklük, kaçınan ve aynı zamanda çekinen kişiliğin etkisiyle kişinin sosyal bir ortama katılmadaki isteksizliğiyle başlayan sosyal geri çekilme yetersizliğine dönüşen patolojik bir durum olarak tanımlanmıştır (Coloman, 1992). Bu kişilik, yalnız olmayı ya da az sayıda arkadaşının olmasını tercih eden, bir öteki ile iletişim kurma becerisine sahip olmasına rağmen iletişim kurmayı yeğlemeyen, içe dönük, utangaç ve sosyal yönden güvensiz gibi özelliklere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Ceyhun ve Oral, 2008). Bu kişilik yapısının nedenleri arasında, bu kişilik yapısına sahip bireylerin aile yaşantılarında sosyal becerilerini geliştirebilecek aile ilişkisine sahip olamamaları, otoriter anne baba tutumları olduğu ifade edilmiştir (Saltalı ve Arslan, 2012; Rubin ve Asendorpf, 2014). Hatta sosyal içe dönüklüğe yönelik sosyal becerilerin geliştirilememesi ve yaşın ilerlemesiyle birlikte bireyde olumsuz benlik algısına sebep olabileceği belirtilmektedir (Özbey ve Alisinanoğlu, 2009). Bazı araştırmacılar ise sosyal içe dönüklüğü, içe yansıtılan düşüncelerin bir ifadesi ve sosyal fobik veya depresyon duygularının temsil edildiği psikolojik uyumsuzlukla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (Vasa vd., 2007). Her ne kadar literatürde travmatik yas ile sosyal içe dönüklük kişilik özelliği arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir bulguya rastlamasa da, kayıp sürecinde bireylerin sosyal içe çekilme gibi davranışlar sergilediği vurgulanmaktadır. Örneğin, yapılan çalışmanın birinde yas sürecindeki bireylerin diğer insanlardan uzaklaşması, kayıp sonrası görülen olağan bir tepki olduğu belirtilmiştir. Dahası yas yaşayan bireyin dış çevreye ilgisinin azalması (televizyon izlememe, dış dünyada olup bitenleri takip edememe, sosyal yaşamama katılamama gibi) normal yas sürecinin bir yansıması olup, bu durum kendiliğinden düzene girdiği ifade edilmektedir (Stroebe, Schut ve Finkenauer, 2001). Ayrıca bir önceki çalışmada yas sürecindeki bireylerin tepkileri değerlendirilmiş ancak bu değerlendirme bireyin tepkileri bir kişiliğin yansıması mı yoksa normal bir kaybın ardından gösterilen normal bir davranış mı olduğu kesinlik kazanılmamıştır. Diğer yandan mevcut çalışmanın bulguları bir önceki araştırmanın bulgularıyla örtüşse bile, literatürde travmatik yas ile sosyal içe dönüklük kişilik özelliği

arasındaki ilişkiye yönelik bir boşluk olduğu söylenebilir. Bu çalışma bu boşluğu giderebileceği düşünülmektedir.

5.2 Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır?

Araştırma kapsamında travmatik yası olan bireyler ile olmayan bireylerin Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analizde, yası olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırılmış; OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, psikoz ve ek skala belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık somatizasyon ve paranoid değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu farklılıklara ilişkin her bir belirti aşağıda tartışılmıştır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları; depresyon, duygu durum bozukluğu olup, bireyin duygu durumunda devamlı bir anormallik veya ümitsizlik hisleri, dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri taşıması olarak düşünülmektedir. Psikodinamik açıdan bakıldığında bu belirtilerin geniş anlamda kayıp ile ilişkili olduğu, bu kaybın yarattığı hisler, yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk, boşluk, can sıkıntısı ve terk edilme kaygısı olduğu belirtilmektedir. Anksiyete ise, bariz tehlike olmadan duyulan korkudur. Bireyin kendi düşmanca hislerinin ve bilinçdışı tümgüçlü yıkıcı fantezilerinin inkârı, yansıtılması ve yansıtmalı özdeşim sonucu ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (Lingiardi ve McWilliams, 2020). Günlük yaşamda ayrılma ve sevilen bir nesneyi kaybetme korkusu şeklinde karşılaşılmaktadır. Ancak belirtiler kişiden kişiye değişmektedir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, toplumda ve birinci basamak en sık görülen psikolojik hastalıklar arasında olduğu, depresyonu olan hastalar genellikle anksiyete bozuklukları özelliklerine sahip olduğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda da genellikle depresyon olduğu ifade edilmektedir (Tiller, 2013). Depresyon ve anksiyete bozuklukları çok sık bir arada bulunmaktadır. Öyle ki anksiyete ve depresyon belirtilerinin birlikte ele alınması önerilmektedir (Pollack, 2005). Travmatik yasin yapısı ile ilgili çalışmalar, öncelikle travmatik yas bozukluğunu, depresyon ve TSSB ile ilişkileri incelemekle sınırlandırılmaktadır (Yan, Lo ve Chow, 2020), daha sonraki çalışmalar anksiyete bozukluğunun da travmatik yasa eşlik eden bir hastalık olduğu, hatta travmatik yas ile anksiyetenin karşılıklı birbirini beslediği ifade edilmiştir (Shear ve Skritskaya, 2012). Özellikle travmatik yasta depresyon şiddetinin çok fazla olduğu, hatta travmatik yaslı olan bireylerin yaklaşık %40'ında ölümden sonraki bir ay içinde depresyon kriterleri karşıladığı belirtilmektedir. Ayrıca yıllık bazda bakıldığında aynı

çalışmada travmatik yası olanların %15'i depresyon semptomları taşıdığı ve 2 yılda bu rakam yaklaşık %7 olduğu ifade edilmektedir (Hensley, 2006). Birçok çalışmada travmatik yası olan bireylerin olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek seviyede depresyon, anksiyete, bilişsel ve davranışsal bozukluklar yaşadıkları ortaya konulmuştur (Gray, 1987 ; Harris, 1991 ; Servaty ve Hayslip, 2001 ; Thompson vd., 1998). Benzer şekilde Jacobs ve arkadaşları (2017). Travmatik yas ile anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmasında panik bozukluğu, agorofobi ve yaygın anksiyete bozukluğu oranlarını normal bireylerle karşılaştırılması yapıldı ve panik bozukluğu, ölümden 6 ay sonra % 6'sında ve 12 ayda görüşülenlerin% 13'ünde teşhis edildi. Bu oranlar, genel toplumdaki % 0,6 oranına kıyasla belirgin şekilde yükseldi. Yaygın anksiyete bozukluğuna karşılık gelen oranlar 6. Ayda % 22 ve 12. ayda% 39 olduğu tespit edilmiştir.

Yürütülen birçok çalışmada travmatik yası olan bireylerde, depresyon ve anksiyetenin eşlik edip etmediğine yönelik komorbidite çalışmalarının olduğu görülmektedir. Dahası travmatik yası olan bireylerde depresyonun yaygınlığına ilişkin tanımlayıcı çalışmaların bir hayli fazla olduğu görülmektedir. Diğer yandan mevcut araştırma kapsamında yapılan istatistiksel analiz sonucunda, tarvmatik yası olan bireyler ile yası olmayan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından bir farkın olduğu, travmatik yaslı olan bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının travmatik yası olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu anlamda araştırmanın bu bulgusu ile literatürün örtüştüğü ifade edilebilir. Bunu yanında araştırmanın nitel kısmından elde edilen bulgular (çeşitli durumlara yönelik tavırlar) dikkate alındığında da buradaki bulgularla paralellik gösterdiği, travmatik yası olan bireylerin depresyon ve anksiyete duygu durumları daha baskın yaşadıkları söylenebilir. Sonuçlar, yas komplikasyonlarının, yasla ilişkili depresyon ve anksiyeteden farklı bir klinik belirti oluşturan travmatik yas semptomlarını içerebildiği göstermektedir. Bu, travmatik yasin ayrı bir klinik durum olmadığı DSM-IV ile çelişmektedir. Bu durum ise travmatik yastan (DSM-V'teki diğer hastalıklar için konulan hastalık kriterlerinden olan zaman kavramının karşılanması) kurtulamayan bireylerde gelişen çeşitli sendromlar için farklı tedavi yöntemlerinin (örneğin, depresyon semptomları için ilaç tedavisi, anksiyete semptomları için anksiyete yönetimi ve travmatik yas için imgede ve yerinde maruz bırakma) gerekli olabileceğini düşündürmektedir.

Gruplar arasında farkın olduğu diğer bir psikolojik belirti obsesif kompulsif semptomlarıdır. Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin obsesif kompüsif puanları travmatik yası olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Obsesif kompulsif, bireyde önemli sıkıntılara neden olan müdahaleci ve kontrol edilemeyen

obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize nöropsikolojik bir bozukluk olduğu vurgulanmaktadır. Takıntılar ise, bireyin istenmeyen ve istilacı olarak deneyimledikleri düşünceler, dürtüler veya imgeler olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bu takıntılar kaygı ve suçluluk oluşturan veya tiksinti yüklü takıntının doğasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Adams, Willems ve Bridges, 2011). Obsesif kompulsif bozukluğu kişiselleştirilmiş bir hastalık olduğu ve buradaki takıntıların son derece mantıksız, bağlantısız görülebilir, ancak yine de bireylerde kendisine yer bulduğu vurgulanmaktadır. Bu hastalık, bulaşma, suçluluk duygusu ve zarar verme kaygısı, belirsizlik, şiddet ve küfür ile ilgili mantıksız düşünceler ve düzen ve simetri gibi temalara sahip olduğu belirtilmiştir (Craighead, Miklowitz ve Craighead, 2013). Travmatik yası olan ve olmayan bireylerin obsesif ve kompulsif bozuklukları yönünden farklılık gösterip göstermediği ile ilgili doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamış olsa da, stresli yaşam olayları (sevilen bir yakını kaybetme) olan ve olmayan bağlamında obsesif kompulsif bozukluğunun farklılık gösterip göstermediği ile ilgili sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Yürütülen bir çalışmada Rosso, Albert, Asinari, Bogetto ve Maina (2012) 200 obsesif kompulsif hastanın %60'ından fazlasında OKB'nin başlamasından önceki yıl içinde en az bir stresli yaşam olayı yaşadıkları, örneklemin yaklaşık % 25'inde ise ciddi bir travmatik olay yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, klinik düzeyde stresli yaşam olayı ile ilişkili OKB'si olan hastaların, stresli yaşam olayı ile hızlandırılmış OKB'si olmayan hastalardan önemli ölçüde farklı olduğu ve stresli yaşam olayı ile tetiklenen OKB'si olan katılımcıların iki daha fazla somatik obsesyon oranına sahip olduğu ifade edilmiştir. Travmatik yas ile obsesif kompulsif bozukluğunun karşılıklı birbirini beslediği söylenebilir. Hatta birkaç araştırma stresli yaşam olaylarının obsesif kompulsif semptomların başlangıcı, gelişimi, ilerlemesi ve şiddeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Cromer vd., 2007 ; Real vd., 2011 ; Barzilay vd., 2019a; Fineberg vd., 2019). Yapılan bir başka çalışmada ise, sevilen birinin ölümü, istifçilik semptomlarının şiddetini artırdığı, bu durum, istifleme semptomları eşyalara aşırı bağlanmayı içerdiğinden, ölüm deneyimi, ölen kişiyle bir şekilde ilgili olan nesnelere duygusal bağlılığı artırabileceği, sevilen birinin (özellikle romantik bir eşin veya birlikte yaşayan bir kişinin) ölümü, istifçilik eğilimleri olan bireyleri eski eşlerinden herhangi bir antagonizm olmaksızın nesneleri biriktirmekte özgür hissetmelerine neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Destrée vd., 2020). Bu bağlamda mevcut araştırmada da travmatik yası olan bireylerin obsesif kompulsif semptomlarını gösterdikleri ve bunun literatürde yürütülen diğer çalışmalarla da paralellik gösterdiği söylenebilir. Sonuç olarak, travmatik yası olan bireyler ile yası olmayan bireylerin obsesif kompulsif belirtileri karşılaştırıldığında araştırmanın nicel

kısımında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Travmatik yas ile obsesif kompulsif arasında bu farklılığın oluşmasının literatür ile örtüştüğü ifade edilebilir. Benzer şekilde araştırmanın nitel verilerine bakıldığında da obsesif kompulsif belirtilerinin travmatik yası olan bireyler tarafından daha fazla yaşandığı bulgusuna bireylerin anamnestik görüşmelerinde, rüya analizleri ve uygulanan projektif testin analizinden ulaşılmaktadır.

Travmatik yası olan bireylerin kişilerarası duyarlılık semptomları yası olmayanlara göre farklılık gösterdiği, travmatik yası olan grubun kişilerarası duyarlılık puanları yası olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu travmatik yası olan bireylerin kişilerarası ilişkilerde daha hassas, daha incinebilir oldukları ve bu sebeple kişilerarası duyarlılıkları daha yüksek olduğu söylenebilir. Kişilerarası duyarlılık, bir ötekinin davranış ve duygularına karşı aşırı farkındalık veya duyarlılık olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ise yüksek düzeyde kişilerarası duyarlılığa sahip bireylerin sosyal etkileşimle fazlaca meşgul olma eğilimini gösterdiği, bir öteki ile etkileşim sırasında algılanan eleştiriye veya reddedilmeye aşırı duyarlı ve başkalarının davranışlarına ve ruh haline karşı tetikte olma eğilimi gösterdiği ifade edilmektedir (Slanbekova vd., 2019). Yani kişilerarası duyarlılık, hem başkalarını doğru algılamayı hem de kişilerarası uygun davranışlarda bulunmayı içerebilen geniş bir yapı olduğu belirtilmiştir (Bernieri, 2001). Diğer yandan kişilerarası duyarlılık kavramının ortaya çıkmasını sağlayan Boyce ve Parker (1989), bu kavramın daha iyi anlaşılmasını sağlamak adına, bir öteki tarafından onaylanma ihtiyacı, ayrılık kaygısı, sosyal içe çekilme ve kırılgan iç benlik olmak üzere beş temel özelliğinin olduğunu belirtmişlerdir. Travmatik yası olan ve olmayan bireylerin kişilerarası duyarlılık belirtileri yönünden bir farklılık olup olmadığıyla ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Yapılan bir çalışmada, Murphy, Shevlin ve Elklit (2014), anksiyete ve depresyonun, travmatik yası olan bireylerin psikopatolojilerine önemli derecede etki yaptığını ve travmatik yas bağlamında dikkat edilmesi gereken başka birçok semptomun olduğundan bahsetmiştir. Özellikle kişilerarası duyarlılık, öfke ve düşmanlık (hostalite) ve somatizasyon gibi semptomlar travmatik deneyimlerin sonucu ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada bir başka bulgu ise, travmatik yas yaşayan (perinatal kayıp) genç yetişkin ebeveynlerin psikopatolojilerini tetikleyen en büyük etkilerden birisi de kişilerarası duyarlılık değişkeni olduğu, öyle ki kişilerarası duyarlılık, kişilerarası ilişkileri etkileyebilecek sorunları yansıttığı; örneğin daha yüksek kişilerarası duyarlılık, artan yalnızlık, izolasyon ve bir ötekinin başkalarıyla geçinmiyormuş gibi hissetme duygularını temsil ettiği ifade edilmektedir. Bu, perinatal kaybı izleyen dönemlerde verilen bir tepkinin sonucudur denilmektedir. Sonuç olarak, travmatik yası olan ebeveynlerin psikolojik belirti ölçeği, depresyon, anksiyete, somatizasyon,

kişilerarası duyarlılık ve hostalite alt ölçeklerinde travmatik yası olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu bağlamda kişilerarası duyarlılık sorunları, psikiyatrik komorbid semptomlarla birlikte var olmuştur ki bu, travmatik yasin ayrı bir psikolojik sendrom olduğu, ancak sıklıkla diğer psikolojik semptomlarla birlikte (depresyonla anılması-ayrı bir tanıdan ziyade depresyonun bir parçası olduğu) ifade edildiği göz önünde alındığında şaşırtıcı olmamaktadır. Depresyonun ötesinde kayıp yaşayan bakım verenlerde genel psikopatolojik indekslerinin ve anksiyete, kişilerarası duyarlılığı, psikotiklik, obsesif-kompulsif belirtiler ve hostalite alt ölçeklerinin de yaşlı olmayanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları bulunmuştur (Chentsova-Dutton vd., 2002). Sonuç olarak, mevcut araştırmada da travmatik yası olan bireylerin kişilerarası duyarlılık semptomları olmayanlara göre daha yüksek bulunduğu, bu durum bir önceki araştırmalarda belirtilen bulgularla uyumlu olduğu söylenebilir.

Kısa Semptom Envanteri (SCL-90) ve travmatik yas ölçeğinin travmatik yası olan ve olmayan bireylere uygulanması sonucu elde edilen bulgular, travmatik yası olan bireylerin olmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde psikotik semptom gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre psikotik semptom taşıma riskinin daha fazla ve şiddetli olduğu söylenebilir. Travmatik yas teriminin bir zamanlar psikotizmle birlikte yasla ilişkili depresyona atıfta bulunmak için kullanıldığı belirtilmektedir. Ancak daha sonra travmatik yasin, depresyonun ve psikotizmin ayrı birer hastalık olduğu görüşü hakim olmaya başlanmıştır (Prigerson vd.,1997). Dahası, travmatik yası olan bireylerin bazı semptomlarında (anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler ve düşmanlık ölçütlerinin yanı sıra genel indekslerde) zamanla azalma olurken, psikotiklik ve depresyonun çalışma boyunca sabit kaldığı ifade edilmektedir (Chentsova-Dutton vd., 2002). Psikoz, bir bireyin hastalık öncesi beyin fonksiyonu ve yaşam deneyimi arasındaki etkileşimde, gerçeği değerlendirme yeteneğinin kaybolduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Ayrışma ve travma psikozun ortaya çıkmasına neden olabileceği vurgulanmaktadır (van Nierop ve Janssens, 2013). Sanrılar ve halüsinasyonlar gibi özelliklere sahiptir ve travmatik yas belirtileri psikozun olumsuz semptomları gibi deneyimlendiği olarak düşünülebilir. Dahası, bireyin ani ve yıkıcı bir şekilde kayıp yaşaması, ölenin, bireyin halüsinasyonlarında ve kişiliğinin parçalanmasında hızlandırıcı bir etki yaptığı vurgulanmaktadır (Chentsova-Dutton vd., 2002). Bu durumun ise psikozu ortaya çıkarttığı söylenebilir. Bu bağlamda travmatik yası olan ve olmayan bireylerin psikotizm semptomları yönünden bir farklılık gösterip göstermediğiyle ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde, travmatik yası olan bireylerin olmayan

bireylere göre, SCL-90 alt boyutlarının tümünde daha yüksek puan aldıkları (Simon vd., 2007 ; Golden ve Dalglish, 2010; Boelen, 2013), bu durumun travmatik yaslı bireylerin duygusal yönünden ciddi risk altında olduklarının göstergesidir denilmektedir (Fernández-Alcántara, 2016). Dahası, travmatik yaslı olan bireylerin olmayanlara göre semptom profilleri sadece depresyon, anksiyete ve TSSB gibi iyi bilinen psikopatolojilerde ayrılmamaktadır (Bryant, 2014), aynı zamanda OKB, aşâğılık duyguları, öfke ve düşmanlık ve psikotik gibi semptomlarda da ayrıştıkları ifade edilmektedir (Fernández-Alcántara, 2016). Sonuç olarak, travmatik yaslı olan bireylerin olmayan bireylere göre daha şiddetli psikopatolojik belirtiler sergilediğı söylenebilir. Diğer yandan bir yakının travmatik bir şekilde ölümünün, kronik bir hastalık sonucu yakınıni kaybedenlere kıyasla daha fazla olumsuz ruh sağlığı riski altında olduğı bulunmuştur (Miyabayashi ve Yasuda, 2007). Benzer şekilde kayıp yaşayan genç yetişkinlerin, kayıp yaşayan yaşlı yetişkinlere göre daha yüksek düzeyde travmatik yas semptomları ve ölüm oranlarına sahip oldukları bulunmuş ve aynı çalışmada travmatik kayba maruz kalanların, daha sonra kanser ve intihar eğilimi gibi olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarının riskini arttırdığı bu durumun ise travmatik yas reaksiyonları geliştirebileceğine ilişkin kanıtlar olduğı vurgulanmaktadır. Burada kayba verilen tepkilerin ise artan psikotik semptom riskine aracılık ettiğı belirtilmektedir (Neria ve Litz, 2010). Bir babanın veya kardeşin ani ölümü, bir babanın veya kardeşin normal kaybına kıyasla daha fazla bipolar bozukluk veya şizofreni geliştirme riski taşıdığı vurgulanmaktadır. Bu bulgu cinsiyetten, kayıp yaşayan bireyin psikiyatrik öyküsünden, kaybedilenin yaşı ve kayıp yaşayanın yaşından bağımsız olarak elde edilmiş olup, travmatik kayıp yaşayan bireylerin yaşamayanlara göre daha fazla psikotik hastalık riski taşıdığı ifade edilmektedir. Ancak, ani bir kayıp yaşayan bireydeki psikiyatrik hastalığın sonucu ile travmatik ve psikotik hastalık arasındaki ilişkinin yalnızca altta yatan genetik bir savunmasızlığın bir yansıması olması da mümkün olabileceğı belirtilmektedir (Agid vd.,1999; Clarke, Tanskanen, Huttunen ve Cannon, 2013). Sonuç olarak, mevcut çalışmada da travmatik yaslı olan bireylerin psikotizm belirtileri yaslı olmayanlara göre daha yüksek bulunduğı, bu bulgunun literatürdeki bulgularla uyumlu olduğı söylenebilir.

Travmatik yaslı olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin hostalite semptomları yönünden bir farklılık gösterip göstermediğı belirlenmiş ve travmatik yaslı olan genç yetişkinlerin hostalite semptomu puanlarının daha yüksek ve şiddetli olduğı görölmektedir. Bu bulgu travmatik yaslı olan bireylerin hostalite semptomunu (öfke ve düşmanlık) daha yüksek yaşadıkları söylenebilir. Hostalite, kişinin bir öteki kişilere, çevreye veya nesnelere zarar verecek biçimde saldırgan davranışa yönelten davranış biçimi olarak tanımlanmıştır (Vural ve

Başar, 2006). Diğer yandan Smith (1992) ise bir ötekine karşı duyulan olumsuz inançlar sistemi şeklinde tanımlamıştır. Travmatik yası olan bireylere yönelik önemli sayıda araştırma yapılmıştır. Ancak bu çalışmaların çoğu sistematik araştırma yöntemlerinden yoksun olmakla birlikte karşılaştırma gruplarının olmaması veri setlerinin elde edilmesini zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde bir üniversite öğrencisinin travmatik bir şekilde yakın kaybı yaşamasının sonuçlarını tahmin etmek için çok sayıda değişken kullanılmış ancak yine de literatür istenilen doyuma ulaşamamıştır. Öfke ve düşmanlık, yas literatüründe yeterince araştırılmamış olmakla birlikte, travma çerçevesi içinde öfke ve düşmanlık, travmatize olmuş bireylerde daha yoğun olarak bulunduğu belirtilmektedir (Orth, Cahill, Foa ve Macercker, 2008). Bu çalışmadaki yüksek düzeydeki öfke düşmanlık, travmatize olmuş bireylerin travmatik olayın getirdiği korku duygularından kaçınma eğiliminde olması ile açıklanmaktadır (Murphy, Shevlin ve Elklit, 2014). Burada yansıtılan öfke ve düşmanlığın ise, TSSB örnekleri kullanan diğer çalışmalarda olduğu gibi, travmatik anılardan kaçınma ile ortaya çıkan bir dikkat dağıtma olarak görülebileceği ifade edilmektedir (Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg ve Foa, 1992). Bu çalışmalarda da öfke ve düşmanlık belirtileri için SCL-90 kullanılmıştır. Öte yandan Boelen, van Denderen ve de Keijser (2016) çalışmalarında cinayet sonucu yakın kaybı yaşayan 331 bireyin travmatik yas, TSSB semptomları, öfke ve düşmanlık (hostalite) düşünceleri, duyguların farklı olumsuz bilişleri ve kaygılı ve depresif kaçınma davranışlarını incelemişlerdir. Sonuçlar, kendilik hakkında olumsuz bilişleri olan bireylerin, travmatik yas tepkilerini daha fazla felaketleştirdikleri, öfke ve düşmanlık düşünceleri puanı yüksek olan bireylerin kayba bağlı uyaranlardan daha fazla kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Sonuç olarak, travmatik yası olan ve olmayan bireylerin hostalite semptomları ile ilgili literatürde doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamış olsa da travmatik yası olan katılımcıların öfke ve düşmanlık belirtileri olmayanlara göre daha yüksek olduğu, bu bulgunun literatürdeki önemli bir eksikliği dolduracağı düşünülmektedir.

Travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre farklı çıkan bir diğer psikolojik belirti ise fobik anksiyete olduğu görülmektedir. Travmatik yası olanların fobik anksiyetelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fobik anksiyete, kişinin belirli bir nesne veya durumun korkusuyla ilgili, normalin dışında ve günlük yaşam işlevselliğini sekteye uğratacak şekilde tepki olarak tanımlanmıştır (Derogatis, 1994). Fobik anksiyete bozuklukları, bir grup anksiyete bozukluğunun (sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi) bir araya gelmesiyle oluşan bir terim şeklinde düşünülmektedir. Agorafobi, paniğe kapılma ve bireyin kendisini kapana kısılmış, çaresiz veya utanmış hissetmesine neden olabilecek yerlerden ya da durumlardan korkması ve

kaçınması şeklinde tanımlanabilir. Sosyal fobi, bireyin günlük yaşamında bir öteki ile etkileşimi sürecinde kendisini gözlem altına alınmaktan ya da eleştirilmekten korkmasından ötürü ortaya çıkan kaygı, korku ve utanç duygularını ifade eden bir terim olarak düşünülebilir. Örneğin, ilgi odağı olabileceği durumlardan kaçınması, rezil olma ya da rezil etme kaygısı, toplum önünde konuşması, utanç korkusuyla bir şeyler yapmaktan ve bireylerle konuşmaktan kaçınması gibi aktiviteler sosyal fobiklerin kaçındığı aktiviteler olarak ifade edilebilir. Özgül fobi ise, belirli bir nesne ya da durumdan ne pahasına olursa olsun kaçınılan veya büyük bir sıkıntı ile katlanılan aşırı, mantıksız bir korku ile karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Travmatik yas, fobik anksiyete bozukluklarıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu (Simon vd., 2007), önceden var olan anksiyetenin, belki de deneyimlenmiş bir kaçınma veya diğer uyumsuz başa çıkma stratejilerini teşvik ederek, kaybın ardından travmatik yas riskini artırabileceğine ilişkin kanıtlar olduğu vurgulanmaktadır (Shear ve Skritskaya, 2012). Diğer yandan travmatik yası olan bireylerin psikopatolojileri içinde özelde sosyal fobi, özgül fobi ve agorafobi gibi bozukluklarla ilişkilerinin incelenmesinden ziyade daha genel olarak travmatik yas ve anksiyete bozukluğu ile olan ilişkiler veya yası olan ile olmayan bireyler arasındaki anksiyete bozukluklarının farklılıklarına yönelik çalışmalar ön plana çıktığı görülmektedir. Örneğin, bir çalışmada Bui ve arkadaşları (2013), travmatik yası olan ve olmayan bireylerin panik ataklı agorafobileri incelenmiştir. Travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek düzeyde panik ataklı agorafobi tespit edilmiş ve panik ataklı agorafobinin travmatik yaslı bireylerde daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Diğer yandan travmatik yas ile panik benzeri semptomlar, strese duyarlılık, ilaç ve madde kullanımı duyarlılığı ve agorafobi arasında önemli bir ilişkinin olduğu da belirtilmiştir. Bu bağlamda, mevcut araştırmada da travmatik yaslı olan bireylerin fobik anksiyete semptomlarını gösterdiği ve bunun literatürde yürütülen kısıtlı çalışmalarla da uyum gösterdiği ifade edilebilir. Çalışmadaki veriler kesitsel olmasına rağmen, önceden var olan fobik anksiyete semptomları olan bireylerin travmatik için daha yüksek risk altında olabileceğine ilişkin kanıt sağlayacağı düşünülebilir. Benzer şekilde fobik anksiyetenin travmatik yasin temel bir özelliği olup olmadığı ya da kayba yanıt olarak travmatik yasin gelişimi için bir risk faktörü olup olmadığını ve sonuç olarak bildirildiği üzere travmatik yasta tedavi yanıtını tahmin edip edemeyeceğini anlamak için fobik anksiyete semptomlarının başlangıcını inceleyen uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Frank vd., 2000). Sonuç olarak, travmatik yaslı bireyler ile travmatik yaslı olmayan (yası da olmayan) bireylerin psikolojik belirtileri karşılaştırılmış ve çalışmanın nicel kısımda fobik anksiyete belirtileri istatistiksel olarak

anlamli bir Şekilde farklılaştığı görülmektedir. Travmatik yas ile fobik anksiyete arasında böyle bir farklılığın olması literatür ile örtüştüğü ifade edilebilir.

5.3 Travmatik yas yaşamayan  niversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan  niversite  ğrencilerinin savunma biÇimleri arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark var mıdır?

Araştırma kapsamında travmatik yası olan ve olmayan  niversite  ğrencilerinin savunma biÇimleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yası olan ve olmayan bireylerin savunma biÇimleri aÇısından aralarında bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca ek olarak, Savunma BiÇimleri Testinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine de bakılmıŐtır. Bu işlem sonucunda  mmature Savunma boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması yası olmayanların aritmetik ortalamasından, Nevrotik Savunma boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması yası olmayanların aritmetik ortalamasından ve Mature Savunma boyutunda yası olanların aritmetik ortalaması yası olmayanların aritmetik ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda travmatik yası olan bireylerin savunma biÇimleri aritmetik ortalamalarının yüksek olduğu ve savunma biÇimlerinin (nevrotik, matur ve immatur) travmatik yasin sürmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Savunma mekanizması, bilinÇli düşünce, duygu ve duygu deneyimini deđiŐtirerek iş ve dış ortamlardaki ani değişiklikleri en aza indirmek iÇin bilinŐdıŐında gerŐekleŐen istemsiz bilişsel operasyonlar olarak tanımlanmaktadır (Vaillant, 1994; Cramer, 2003).  mmatur (olgunlaşmamış) savunmalar, alınan bir tehdit veya endişe verici bir gerÇek tarafından tetiklenen rahatsızlığı ve endiŐeyi azaltan, nevrotik savunmalar, bireyin özellikle saldırgan eğilimler ve cinsel arzularla ilgili suÇluluk ve endişe duygularından kaÇınmasına izin veren ve matur (olgun) savunmalar, kontrolü ve olumlu duyguları artıran bilinÇli s reŐler olarak tanımlanmaktadır (Vaillant,1994). Savunma mekanizmalarının travmatik yas üzerindeki etkisine ilişkin sınırlı sayıda ŐalıŐma olsa da, olgunlaşmamış bir savunma stilinin travmatik yas üzerinde olumlu bir etki yarattığı ifade edilmektedir (Gana ve K'Delant, 2011). Olgunlaşmamış savunma stillerinin kullanımı, morbid depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Hyphantis vd., 2006 , Hyphantis vd., 2008). Bu durum olgunlaşmamış savunma stilinin travmatik yasin s rd r lmesinde rol oynayabileceği hatta bu nedenle olgunlaşmamış bir savunma stili, bireyleri (savunmasızlık belirtiŐleri olarak hareket eden) psikopatolojiye yatkın hale getirmekle kalmadığı, aynı zamanda bozukluğun seyrini de etkileyebildiği ifade edilmektedir (Gana ve K'Delant, 2011). Diğer yandan nevrotik savunma stilinin travmatik yas üzerinde negatif bir etki

yarattığı ve bu uyumsuz savunma stilinin travmatik yasa yatkınlık sonuçları içermektedir. Olgun savunma stilinin ise travmatik yas üzerinde olumlu bir etkisi olmakla birlikte bu savunma stilinin tam oluşumu travmatik yas yaşama eğiliminin azalmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mancini ve Bonanno, 2009). Sonuç olarak olgunlaşmamış ve nevrotik savunma stillerinin yas durumlarında bireylerin travmatik yasa karşı savunmasız hale getirebileceği söylenebilir. Hastaların savunma işlevi terapistle ittifak kurmayı etkileyebilir. Vaillant (1994), rasyonalizasyon, reaksiyon oluşumu ve entelektüelleşme gibi savunmaların, bireyin kendini keşfetme kapasitesini engellediğini, bu tür savunmaların terapötik ittifakı etkilemede rol oynadığı takdirde terapistin bu savunmaları ele alma veya yorumlama sürecine girmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Mevcut araştırmada, travmatik yası olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin savunma biçimleri karşılaştırılmasında (travmatik yası olan bireylerin aritmetik puan ortalamaları yüksek olsa da) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Bu durum travmatik yas ile savunma biçimleri arasında böyle bir farklılığın oluşmamasının literatür ile örtüşmediği ifade edilebilir. Diğer yandan araştırmanın nicel boyutunda iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık olmamasına rağmen, nitel boyutunda bu farklılık daha açık olarak görülmektedir. Ancak yukarıda sıralanan çalışmalardan anlaşılabileceği üzere, literatürde travmatik yas ile savunma biçimleri arasındaki ilişkiye dair sınırlı sayıda çalışmanın olması hem iki konu arasındaki ilişkinin netleştirilmediği hem de savunma biçimlerinin bir terapi sürecinde ortaya çıkartılmasının daha sağlıklı bir yaklaşım olacağı düşünülebilir. Özellikle DSM tanı kriterlerinde travmatik yas belirtileri ve savunma biçimlerine (savunmaların bir yandan ‘ilkel’ veya ‘olgunlaşmamış’, diğer yandan ‘olgunlaşmış’ veya yüksek düzeyli’ olarak ayrılması henüz yeterince araştırılmadığını göstermektedir) ilişkin netleşmeyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Yanı sıra konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.

5.4 Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir?

Araştırmada travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analizden elde edilen bulgular, travmatik yası olan bireylerin travmatik yas şiddeti ile psikolojik belirtileri olan OKB, KD, hostilite, fobik anksiyete, psikoz ve paranoid arasında ters yönlü, ek skala, anksiyete, depresyon, somatizasyon arasında ise pozitif yönlü bir ilişki olduğu, ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çoğu tanısal yaklaşım, sevilen birinin travmatik bir şekilde ölümünden sonra

yoğun bir yas tepkisi olarak tanımlanabilecek durumların ortaya çıktığı, özlem, öfke, suçluluk, tekrarlayan üzüntü, ruminasyon semptomları ve somatik semptomların bu yas tepkilerinden bazıları olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde travmatik kayıp yaşayan bireylerin duygusal dengesizlikler yaşadıkları ve kaybın gerçekliğinin kabul etmede zorluk ve yaşama ilişkin anlam kaybı yaşadıkları da not edilmiştir (Fernández-Alcántara vd., 2016). Travmatik yas bağlamında düşünüldüğünde, travmatik yas tepkileri ile somatik semptomlar arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu, özellikle kayıp yaşıyan genç yetişkinlerin somatik semptomlar yaşama olasılığının yüksek olduğu ifade edilmektedir (Wayment ve Vierthaler, 2002). Dahası, somatik belirtiler arasında yeme sorunları, uyku bozuklukları, baş ağrıları ve baş dönmeleri yer alırken, kayıp yaşayan bireylerin yas süreçlerinde daha fazla somatik şikâyetler yaşadıkları bulunmuştur (Dyregrov ve Matthiesen, 1991). Somatik semptom, bireyin taşıdıkları semptomların (sağlıkla ilgili düşünceler, duygular ve davranışların eşlik ettiği ve klinik olarak önemli somatik şikâyetler) ve bu semptomlarla ilgili aşırı ve orantısız somatik tepki verme hali olarak tanımlanmaktadır (Dimsdale vd., 2013). Diğer yandan dinamik varsayım ise hoşnutsuzluğun somatik olarak dışavurulduğu ve asıl oyun alanının beden kendiliği olduğu vurgulamaktadır (Lingiardi ve McWilliams, 2020).

Genel popülasyonda, yasın, TSSB ve depresyondan bağımsız olarak olumsuz sağlık sonuçları doğurduğu (Bonanno vd., 2007) ve travmatik yaşantıya maruz kalmanın yası kötüleştirdiğine (Neria vd., 2007; Sung vd., 2011) dair kanıtların olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda yasın kötü fiziksel sağlıkla (Mancini ve Bonanno, 2011) ve fonksiyonel bozukluklarla (Stroebe vd., 2007) ilişkilendirildiği görülmektedir. Benzer şekilde yas tepkisinin şiddeti ile tüm sağlık ve mesleki yetersizlikler arasında güçlü bir ilişki olduğunu ancak bazı şiddet seviyeleri arasında büyük farklılıklar olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, bir üniversite popülasyonunda, 815 üniversiteli arasından yaşlı olanların %22'si uyku sorunları bildirirken, yaşlı olmayanların % 17'si uyku problemi yaşadıkları ve yası olup uykusuzluk yaşayan üniversite öğrencilerinin, yaşlı olmayanlara göre daha yüksek travmatik yas puanları aldıkları belirtilmiştir (Hardison vd., 2005). Diğer yandan yapılan bir çalışmada savaştan dönen travmatik yaşlı askerlerin %55'i, yaşlı olmayanların % 26'sı uyku problemi yaşadıkları ifade edilmiştir (Toblin, 2012). Bu durum bir anlamda yaşanan travmanın etkisinin büyüklüğü ve içinde bulunan travmatik yaşantının deneyimleme şiddeti ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan tüm bu çalışmalar travmatik yasın semptomlarının belirlenmesinde somatik semptomların önemli birer faktör olabileceği ve travmatik yasın anlaşılmasında önemli

katkılar sunabileceği ifade edilebilir. Yukarıda çalışmalardan da anlaşılaacağı üzere mevcut araştırmanın bulgularının literatürdeki çalışmalarla örtüşmediği görölmektedir.

Travmatik yas ve somatik semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmada, travmatik yas ile somatik semptomlar arasında ilişki olduğu, somatik semptomların travmatik yasin sürdürölmesinde bir etken olabileceği düşünöllebilir. Ayrıca travmatik yasin doğasında var olan suçluluk duygusunun da artan psikiyatrik semptomlarla ilişkilendirilmiş ve çalışma kapsamındaki travmatik yası olan öğrencilerin %60'ından fazlası, olanlardan farklı derecelerde kendilerini sorumlu hissettiklerini veya travmanın nedeninin kendi içlerinde olması gerektiğine inandıkları belirlenmiştir (Kaczurkin vd., 2017). Bu durum beraberinde, öğrencilerin kendi davranışları üzerinde derinlemesine bir şekilde düşünmeye ve kendini yargılamasına neden olduğu, bu yargılamanın ise daha sonra depresyon, anksiyete, somatizasyon ve olumsuz psikolojik hali ortaya çıkardığı ifade edilmiştir (Hall, Gow ve Penn, 2011; Cheng ve Lin, 2016). Özetle, travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin depresyon, somatik semptomlar, anksiyete, travma öyküsü, güvensiz bağlanma tarzı, diğer psikopatolojik semptomlar, ölen kişiye yakınlık, ani ve beklenmedik ölüm olmak üzere demografik ve psikososyal faktörler risk faktörleri olarak göröllebileceği ve üniversite danışmanları, travmatik yas için en fazla risk altında olabilecek yaslı öğrencileri belirlemek ve uygun müdahale yöntemleri uygulama öneri olarak sunulabilir. Dahası her ne kadar literatürde travmatik yas ile somatik semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar olsa da bu konuda literatürde bir boşluğun olduğundan söz edilebilir.

5.5 Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile MMPI klinik alt boyutları arasındaki ilişki ne düzeydedir?

Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin yaşadıkları travmatik yas şiddeti ile MMPI klinik alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmış ve analiz sonucunda elde edilen bulgular, travmatik yası olan bireylerin travmatik yas şiddeti ile MMPI klinik alt boyutları olan maskulinite ve feministi, hipokondriyasız, depresyon, histeri, psikopatik delirasyon, paranoya, psikasteni, şizofreni arasında pozitif yönlü ve sosyal içe dönüklük ve hipomani arasında ise ters yönlü bir ilişki olduğu ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Travmatik yas şiddeti, sevilen birinin ölümü, özellikle majör depresif bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını veya kötüleşmesini tetikleyebileceği, ancak literatürde bir kayıp çerçevesinde hipomani gibi farklı tepkiler de tanımlanmıştır (Kubacki, 1986; Johnson vd., 2008). Travmatik yas bağlamında düşünölldüğünde, travmatik yas reaksiyonu ile duygudurum bozukluğu

(hipomani) arasındaki olası kısmi klinik ve nörobiyolojik örtüşme göz önüne alındığı konunun çok daha önem kazandığı vurgulanmaktadır (Dell'osso vd., 2009; Dell'Osso, Carmassi, Mucci ve Marazziti, 2016). Hipomani, basit bir şekilde, depresyonla tezat oluşturan bir durum değildir; depresyonun bir ayna imgesi şeklinde tanımlanmıştır. Hipomanik bireyin, coşkulu, enerjik, kendini öne çıkaran, esprili ve büyüklenmeci gibi özellikleri olduğu ifade edilmiştir (McWilliams, 2020). Diğer yandan Akhtar (1992) hipomanik kişilik bozukluğu gösteren bireyin özelliklerini şöyle betimlemiştir: Hipomanik kişilik gösteren birey, dışarıdan bakıldığında, neşeli, oldukça sosyal, diğer kişileri idealize etmeye eğilimli, iş-bağımlısı, flörtöz ve konuşkan biridir; içeriden bakıldığında ise, diğer kişilere duyduğu saldırganlıktan dolayı suçluluk yaşayan, tek başına kalamayan, empati becerisi tam gelişmemiş, sevemeyen, iradesi değişken ve bilişsel tarzı sistematik bir yaklaşımdan yoksun biridir. Yakın birinin ölümünden sonra hipomanik bir olayın patlaması 'cenaze manisi' ya da 'kayıp manisi' olarak adlandırılmıştır. Ruhsal bir bozukluk ile yasın başlangıcı arasındaki zamansal ilişki, kaybın hemen ardından veya daha sonraki bir yıl dönümü tepkisi olarak meydana gelen durumdan farklı olabilir. Bu bağlamda, cenaze manisi, yakın birinin veya arkadaşın ölümünden sonraki bir hafta içinde meydana gelen tipik bir manik atağı ifade ederken, kayıp manisi, birinin ölümünden hemen sonra ortaya çıkan bir tür psikojenik mani olarak kabul edilmiştir (Johnson, 2005; Johnson vd., 2008). Bu çerçevede, yakın birinin ölümünden sonra manik (hipomanik) reaksiyonlarla ilgili sadece klinik raporlar bildirilmiş olsa da, bir kayıp olayının ya olumsuz psikiyatrik öyküsü olan hastalarda ilk manik atağın tetikleyicisi ya da bipolar bozukluk öyküsü olan hastalarda manik relapsın (nüks etmek) bir öngörücüsü olabileceği ifade edilmiştir (Rickarby, 1977). Travmatik yası olan bireylerin, travmatik kayıplarından dolayı içinde bulundukları duygudurum dengesizliği bireyin kişiliğini, dışsal olarak sosyal veya diğerlerini idealize etme olsa da çevresiyle olan entegrasyonunu ve en nihayetinde yaşamının bir alanını olumsuz etkilediği söylenebilir. Her ne kadar travmatik yas ile hipomani arasındaki ilişkiye yönelik kısıtlı bir literatür bulgusuna rastlansa da yapılan çalışmalar alana katkı sağladığı söylenebilir. Örneğin, yapılan bir çalışmada, travmatik yası olan katılımcıların önemli bir kısmı (yaklaşık %10) bipolar komorbidite bildirdiği, bipolar bozukluğu olan bireylerde ise yüksek düzeyde travmatik yas oranları (%24) bulunmuştur. Dahası bu hastalarda (travmatik yası olan) daha yüksek bipolar bozukluk şiddeti ile fonksiyonel bozukluk ve yaşam boyu intihar girişimleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Simon vd., 2005; Simon vd.,2007). Sonuç olarak, travmatik yası olan bireylerin, depresif ve hipomanik yaşam boyu semptomlarının varlığı, siklotiminin hem yetişkin ayrılık anksiyetesi hem de travmatik yasa karşı savunmasızlığı karakterize eden ortak temel özelliği

temsil edebileceği ifade edilmektedir (Dell'Osso vd., 2011). Burada ifade edilen durum, travmatik yası olan bireylerin kayıp sürecinde gösterdiği semptomların, hipomanik kişilik özellikleri benzeri semptomlar olarak düşünülebilir. ABD’de yapılan bir başka çalışmada ise, beklenmedik ölüm ile manik atakların başlangıcı arasında bir ilişki bulunmuş, hatta daha önceki ruhsal durum özellikleri arasında anksiyete veya alkol bağımlılığı geçmişi olmayan bireylerin, sevilen birinin beklenmedik ölümünün manik başlangıcı için önemli bir risk faktörü olabileceği ifade edilmiştir (Keyes vd., 2014).

Hipomani başlangıcı ile yas arasında ilişkinin tartışılmasına yönelik literatürde çok az bulgu bulunmaktadır. Psikodinamik modeller, manik savunma hipotezine odaklandığı, bu modellerde mani, acı veren duygulardan bir kaçış olarak varsayıldığı ifade edilmiştir (Adler,1964). Maninin bir savunma tepkisi olarak olumsuz yaşam olaylarından sonra ortaya çıkacağı öngörülmektedir. Hatta bir çalışmada, hipomaniye karşı savunmasız insanlar arasındaki savunma tepkilerine ilişkin bazı kanıtlar sağlamaktadır (Johnson, Ballister ve Joiner, 2005). Özetle travmatik yas şiddeti ile hipomani kişilik özelliği arasında olumsuz bir korelasyon olduğu ifade edilebilir. Araştırmada kullanılan ölçme araçları (travmatik yas ölçeği) dikkate alındığında travmatik yası olan tüm bireylerin şiddetli düzeyde travmatik yas yaşantısı oldukları görülmüştür. Diğer yandan araştırmanın nitel boyutunda hem bireylerin anamnestik görüşmelerinde hem de projektif testte travmatik yası şiddetli yaşadıkları ve bu sürecin de bireylerin psikopatolojilerini etkilediği görülmektedir. Sonuç olarak, araştırmanın nicel kısmından elde edilen bulguların sınırlı düzeyde verilen literatür tarafından desteklenmezken, araştırmanın nitel boyutundaki bulgular tarafından desteklendiği ifade edilebilir.

5.6 Travmatik yas yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerinin Beier Cümle tamamlama testine verdiği yanıtlarda ortaya çıkan yansılarda benzerlik ve farklılıklar nelerdir?

Travmatik yası olan ve olmayan katılımcıların beier cümle tamamlama testleri analizi sonrası elde edilen bulgular incelendiğinde her iki grubun da karşı cinsle olan münasebetlerle ilgili tavırlar, suçluluk duyguları, otoriteye karşı tavırlar, arkadaşlara karşı tavırlar, geleceğe karşı tavırlar, okul ve işe karşı tavırlar ve ev ve aile ilişkilerine karşı tavırlarda cümlelere yansıtılan genel tutumlar, eğilimler ve istekler benzer olduğu söylenebilir. Diğer yandan korku ve endişeler, genel tavırlar, geçmişe karşı tavırlar, anneye karşı tavırlar, babaya karşı tavırlar, benlik duygusu ve kendi yeteneklerine karşı tavırlarda genel tutumlar, eğilimler ve isteklerde her iki grubun farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın travmatik yası olan bireyler için kayıp sonrası yansımalarla ilişkin olurken yası olmayan için ise günlük yaşamdan artta kalan

tortuların yansımaları olduğu söylenebilir. Burada tartışma ve yorumu yapılan temalar her iki grup için içerik yönünden farklılık gösteren temalar olmaktadır.

Korku, sevilen nesnelerin kaybindan, sevginin yitiminden ve iğdiş edilmeden duyulan hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır (Freud, 1926d). Bir anlamda korku, dış tehdide verilen tepkidir. Kaygı ise bariz tehlike olmadan duyulan korku şeklinde ifade edilmiştir. Yas bağlamında bakıldığında ise, özellikle travmatik bir kayıptan sonra terk edilme hissinin ortaya çıkması, bu da öfke, kaygı, depresyon ve/ya suçluluk şeklinde ifade edilmektedir. Dahası sevgiyi kaybetmek reddedilme olarak deneyimlendiği ve genellikle beraberinde değersiz, seviemez olma hislerinin duyulmasına neden olduğu belirtilmektedir (Lingardi ve McWilliams, 2020). Bu bağlamda kaygı ve korkunun oluşumu ve etkisi ile ilgili son yıllarda bir çok araştırmaya konu olmuş, somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, obsesif kompulsif semptomlar, depresyon, travmatik yas ve diğer psikopatolojilerle ilişkileri ortaya konmuştur (Prigerson vd.,1996). Yakınını travmatik bir şekilde kaybeden bir birey, aile yaşamında, sosyal ilişkilerinde ve günlük rutinlerinde temel değişiklikler yaşar ve bu durum beraberinde kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozuklukları gibi bozuklukların ortaya çıkmasına neden olduğu gibi depresyon ve anksiyete bozuklukları yası karmaşıklıştırabilir ve doğal iyileşme sürecini engelleyebilir denilmektedir (Hendrickson, 2009; Shear ve Skritskaya, 2012). Korku ve kaygının travmatik yasin ilerlemesi ve sürdürülmesinde bir etken olabileceğine ilişkin birçok neden sayılabilir. Yapılan bazı çalışmalarda bir bağlanma figürünün geçici olarak ayrılması bile hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal eksen aktivitesindeki yükselmelerle (Diamond vd., 2008), epinefrin ve norepinefrin çıkışındaki yükselmeler (Jacobs vd.,1986) ve anksiyete semptomları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yasla ilişkili artmış fizyolojik aktivite ve anksiyete duyumları korkusu, yas tepkileri ile ilişkili sıkıntıyı artırması, başa çıkma stratejilerinde başarısızlık, yasla ilişkili kaçınma olasılığını artırdığından kaybın meydana getirdiği kaygıdan kurtulmayı engelleyebilir denilmektedir (Boelen vd., 2006). Bununla birlikte travmatik yası olan ve olmayan bireylerin kaygı ve korkuları ile travmatik yas arasında farklılık olduğuna ilişkin çalışmalar da bulunmaktadır. Kreicbergs ve arkadaşları (2004) toplum temelli bir çalışmada yakınını onkolojik nedenden dolayı kaybeden bireylerin depresyon, anksiyete ve travmatik yas süreçleri incelendi. Sonuçlar yaşlı olanlarda olmayanlara göre anksiyete risklerinin arttığı, ayrıca yüksek depresyon, düşük psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi olduğu belirlendi. Diğer yandan Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri'nde (STAI) 90. yüzdeliğin üzerindeki puanlar, yaşlı olmayan kontrollerin yaklaşık % 10'u ve ölümden 4 ila 6 yıl sonra yaşlı bireyler yaklaşık % 17'si tarafından onaylandı. Sonuç olarak, travmatik yasin klinik olarak

önemli anksiyete semptomları için uzun vadeli bir risk içerdiğini göstermektedir. Travmatik yas ve kaygı ilişkili yapılan başka bir çalışmada Hendrickson (2009), profesyonel ruh sağlığı danışmanları tarafından terapisi sürdürülen yaşlı bireylerden oluşan bir örnekleme, bireylerin anksiyete, depresyon ve travmatik yas semptomları değerlendirilmiştir. Anksiyete, Kısa Semptom Envanteri, gerginlik veya titreme, korku hissi, kalp çarpıntısı veya heyecan, terör veya panik büyüleri ve huzursuz hissetmeyi içeren beş maddelik bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, anksiyete belirtilerinin yas ve depresyondan ayırt edilebileceğini göstermiştir. Ek olarak, temel anksiyetenin benzersiz tahmin gücünün yanı sıra daha az enerji, daha düşük genel sağlık algısı, daha fazla uyku bozukluğu ve daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon olduğunu göstermiştir. Mevcut çalışmanın nitel bulgularından elde edilen veriler doğrultusunda travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre korku ve kaygılarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca travmatik yas ile kaygı arasındaki ilişkide anksiyete belirtilerinin travmatik yas belirtilerinden farklı olduğunu ve iki konu arasında bir ilişki olmadığı ileri süren de bulunmaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada, Prigerson ve arkadaşları (1996), kayıptan 6 ay sonra travmatik yası olan bireyler tarafından bildirilen semptomların faktör analizine ilişkin bir anksiyete belirti kümesi oluşturuldu. Huzursuzluk, kaygı, sinirlilik, terk edilme korkusu ve endişe duygusu, depresyon veya travmatik yas belirtilerinden farklı olarak belirli bir faktör elde edildi. Aynı çalışmanın devamında kayıp sonrası 6, 12 ve 18 aylarda anksiyete semptomları derecelendirdi. Faktör analizi sonucu, anksiyete belirtilerinin (düşmanlık, anksiyete ve somatizasyon her birinde yas ve depresyondan) farklı bir küme oluşturduğunu ortaya koymuştur.

Literatürde genellikle travmatik yası olan bireylerin tekrarlayan ve takıntılı düşünceler, imgeler, ölen kişi ile ilgili anılar, duygu durum ve kaygı ilintili duygulara sahip oldukları ve travmatik yası olmayan bireylerle bu noktada ayrıştıkları ifade edilmektedir. Ancak hastalık semptomlarının kültürden kültüre farklılık gösterdiğine ilişkin yapılan çalışmalar da bulunmaktadır (Lingardi ve McWilliams, 2020). Bu noktada travmatik yası olan ve olmayan arasında herhangi bir fark olmamasının nedeni olarak kültürel özelliklerin içinde bulunan sosyal veya ailesel etkenler gösterilebilir. Dahası kaygının değerlendirmesi yapılırken kültürel beklentilerin farkında olmayan veya bunları göz önünde bulundurmayan klinisyenlerin semptomlara ilişkin yanlış tanı koyma riski altında oldukları ve klinik formülasyon ve müdahaleler arasındaki karmaşık etkileşimi dikkate almanın faydalı olacağı düşünülmektedir.

Benlik, kendi kişiliğimize ilişkin kanılarımız ve kendi kendimizi algılayış, düşünüş tarzımızdan oluşan, bir anlamda kişiliğin öznel yanı olarak tanımlanmıştır (Özerkan, 2004). Yas

sürecinde, acı verici kayıp deneyimi, melankoliğin nesneyle özdeşleşimi sayesinde atlayıp geçilmektedir, böylece nesnenin ayrılığı inkâr edilmektedir. Nesne benim ve ben nesneyim. Kayıp yoktur; dışsal bir nesnenin (terk edilmiş nesnenin) yerine, tümgüçlü bir şekilde, bir iç nesne (nesneyle özdeşleşmiş benlik) konmaktadır. Böylece kaybın acısına cevaben, benliğin bölünmüş bir parçasının (eleştirel failin) öfkeyle (haksızlıktan kaynaklanan öfkeyle) benliğin bir başka bölünmüş parçasına (nesneyle özdeşleşmiş benliğe) saldırdığı içsel bir nesne ilişkisi kurarken iki kez bölünmektedir. Bu durum bireyin kayıp acısından kurtulmak amacıyla gerçekleştirdiği ifade edilmektedir (Ogden, 2018). Yani nesne kaybı benlik kaybına dönüştürülmektedir. Böylece nesnenin gölgesi benliğin üzerine düşmektedir. Bu yolla nesne kaybı benlik kaybına dönüştürülür; benlik ile sevilen kişi arasındaki çatışma da benliğin eleştirici etkinliği ile özdeşleşme neticesinde değişime uğrayan benlik arasındaki bölünmeye dönüşür denilmektedir (Freud, 1917). Literatür incelendiğinde, travmatik yas ve benlik duygusuna ilişkin sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Bellet ve arkadaşları (2020), 77 yaşlı yetişkin üzerinde gerçekleştirilen çalışmada travmatik yası olan ve olmayanlar arasında benlik duygusunun hangi yönlerinin farklı olduğu nitel kodlama yöntemleri kullanılmıştır. Travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre genel olarak kendi benlik kavramlarını daha az tanımlayıcısı (düşük öz saygı) oldukları, daha az kategoriden oluşan tanımlayıcılar (daha düşük öz farklılıklar) ve daha düşük oranlarda kendi kendine uygun tercihlere sahip oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde Nerken (1993) yas literatüründe benliğe yaygın olarak atıfta bulunulmasına rağmen, teorisyenlerin benliğin, kayıp, iyileşme ve büyümede nasıl işlendiğine ilişkin ikna edici bir model sunmada başarılı olamadıkları ifade etmiştir. Benliğin ‘yansıtıcı’ tarafının bir ‘öz’ kimlik mottu üzerinde hareket ettiği, duyguları yorumladığı ve anlamı formüle ettiği bir model önermektedir. Yansıtıcı benlik, bağlanma figürleri tarafından geliştirilir ve sürdürülür ve bu nedenle kayıp psikolojisini ciddi şekilde bozduğu belirtilmiştir. Yas çalışması ise, yansıtıcı benliğin, içgörüsünü, olumlayıcı gücünü ve yaşamı önemli kılma yeteneğini geliştirir denilmektedir. Bir başka çalışmada Golden ve Dalglish (2012) travmatik yasta bilişsel-duygusal işlemenin doğası veya duygusal bozukluklarla ilişkili işlem profilleri ile benzerlik ve farklılıkları karşılaştırılmıştır. Travmatik yas semptomları veya teşhisi ile olumsuz kendilik algısı ilişkili; bireyin kendine yönelik benlik algısı veya suçlaması, kendisini değersizleştirme ve gelecekteki benliği hakkındaki bilişler araştırıldı. Veriler, travmatik yası olan bireylerin semptomları veya tanısı ile hem kendini değersizleştirme hem de gelecekle ilgili benlik algıları arasındaki anlamlı ilişkilerle karakterize edilen bir travmatik yas işleme profilini ortaya çıkardılar. Ayrıca bu çalışma, travmatik yasla ilişkili bilişsel işleme anlayışının

genişlediğini, travmatik yasin literatürdeki diğer bozukluklarla, özellikle majör depresyonla ilişkili olandan farklı bir bilişsel-duygusal işleme profili ile karakterize edildiği ve bunun da travmatik yasin tedavisi ve depresyondan farklı bir kayıp sonrası sendrom olarak nozolojik durumu için potansiyel çıkarımlar sağladığı ifade edilmiştir. Özetle travmatik yas ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelemesine dair literatürde ciddi eksikliklerin olduğunu belirterek, mevcut çalışmanın nitel bulgularından elde edilen veriler doğrultusunda benlik saygısının düşük olduğu ifade edilebilir. Bu bulgunun nedenlerinin ise çok varyantlı olduğu düşünülmektedir. Travmatik yasin travma kısmın düşünüldüğünde, derinlere yerleşmiş kaygıların ya da arzu düşlemlerin doyurulması ile çakışması veya bunları simgeleştirmesi ve içsel travmalara dönüşmesi (Freud, 1967), travmatik doğada gerçek olaylar, bu olaylara ilişkin bilinçli ve bilinçdışı düşlemler, yoğun yas ve suçluluk duyguları ve utanç, suçluluk veya saldırganlık gibi kabul edilemez duygulara karşı savunmaların oluşması (Kogan, 2004), gerçeklik hissi, muhakeme, savunma, bellek bütünlüğü gibi benlik işlevleri geniş ölçüde zayıflamasıyla kendilik ve deneyim sürekliliği kesilmesi (Lingardi ve Mcwilliams, 2020) gibi birçok faktörün benlik saygısını etkilediği ifade edilebilir. Ancak travmatik yas sonucu benliğin zarar görmesi veya kayıp yaşayan bireyin kendi yeteneklerine karşı olumsuz tavırlar sergilemesini etkileyen en önemli unsurların yas tutan bireyde kaybedilen kişi ile ilgili olarak aşırı derecede duygusal çifte değerlilik ve kaybedilen yapılan olumsuz özdeşim olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında travmatik yası olan katılımcıların depresif belirtileri olduğu saptanmıştı. Bu anlamda kaybedilen nesne ile önceki ilişkilerde aşırı derecede çift değerlilik ve yas tutan bireyin, kendilik saygısını korumak için dış desteklere aşırı bağımlılık gereksinimi bireyin depresif bir durum yaşadığını bunu ise düşük benlik saygına neden olduğu düşünülmektedir (Volkan ve Çevik, 1993). En nihayetinde yas sürecinde kendiliğin çözülmüş parçalarının bütünleşmesini kolaylaştırmak ve psişik sınırlarının pekişmesiyle daha iyi bir kimlik duygusu yaratılabilir (Grinberg, 1996) denilmektedir.

Bir diğer farklılığın olduğu nokta ise çeşitli durumlara karşı bireyin takındığı tavırlardır. Bireyin intihar düşüncesi, somatik şikâyetler, duygusal yönden istikrarsızlık, öfke ve düşmanlık gibi tavırlar travmatik yasta görülebilen tavırlar olarak kabul edilir ve hastalar bu kişilerarası ilişkiler yoluyla ortaya çıkartmaktadırlar. Yasin bireysel, sosyal ve ilişkisel bir deneyim olması ve kaybın travmatik yollarla meydana gelmesi yasla ilişkili biyopsikososyal fenomenlerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Yanısıra duygulanım durumları, bilişsel örüntüler, ilişki örüntüleri ve intihar davranışları travmatik yası olan bireylerde oldukça riskli alanlar olarak kabul edilmektedir (Lingardi ve Mcwilliams, 2020). Mevcut çalışmada da travmatik yası olan

katılımcıların ölüm olayıyla ilgili öfke ve suçluluk dolu ithamlar, kendilerini şoka uğramış, sersemlemiş veya duygusal açıdan uyuşmuş hissetme durumları travmatik yası olmayan gruba göre daha fazla yaşadıkları ifade edilebilir. Bu bağlamda bireye özgü (içsel) özellikler ve olaylar, yaşlı bireyin sosyal ağındaki diğer kişilerle ilişkisi travmatik yasla yakından ilişkili olmaktadır (Neria ve Litz, 2004). Kaybedilenin sürekli düşünülmesinden dolayı odaklanma problemi, ölümü kabulleneme, ölene duyulan öfke, kaybedilen kişiden ötürü acı çekme, yalnızlık, benliğin bir parçasının öldüğünü hissetme, kaybedilenin semptomlarını veya zararlı davranışlarını yaşama bireyin travmatik yasını etkilediği düşünülmektedir (Prigerson vd.,1999; Prigerson ve Jacobs, 2001). Bunun yanında travmatik yası olan bireylerin eş tanılı bir ruh hali veya anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu, depresyon, travma, genel anksiyete semptomları, daha yüksek düzeyde yas hastalığı ve fonksiyonel bozukluklar gibi ciddi psikopatolojiler yaşadıkları belirtilmektedir. Araştırmacılar, bu bulguların yas sürecinin sağlıklı bir şekilde yaşanılmasını engellediği ve bu da kayıp sonrası fonksiyonel bozukluğa yol açabileceğini vurgulamaktadırlar (Neria ve Litz, 2004).

Literatür incelendiğinde bireyin geliştirmiş olduğu psikopatolojilerin travmatik yasın yapısıyla yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Eth ve Pynoos (1994) tarafından yapılan bir klinik çalışma, ebeveynlerinin şiddetli bir şekilde öldürülmesine tanık olarak hem travma geçiren hem de yas tutan bireylerin akut travma sonrası stres reaksiyonları yaşadıklarını ve bu da onların başarılı bir şekilde yas tutma yeteneklerini engellediğini ortaya koymuştur. Ek olarak, bu bireyler-mağdurlar akademik performans olarak gerileme eğilimindeydiler, bu da okul performansının bozulmasına ve başkalarına güvenememe ve anlamlı bağlar oluşturmada yetersizliğe neden olduğu ifade edilmektedir. Benzer şekilde, Bosna'daki savaşta babalarını kaybeden bireylerin, travma tepkilerinin yanı sıra depresyondan muzdarip oldukları da gösterilmiştir (Zvizdic ve Butollo, 2001). Aynı araştırmacıların bir anket çalışmasında, savaşta ortadan kaybolan veya öldürülen babaların oğulları ve kızları, babalarından ayrılmış ancak savaştan sonra yeniden bir araya gelen bir grup çocuğa kıyasla savaş sonrası dünyalarına uyum sağlamada ciddi zorluklar yaşadıkları belirtirken, özellikle babaları ortadan kaybolan çocukların en şiddetli depresyon ve travma sonrası stres semptomları olduğu ifade edilmektedir. Araştırmacılar, bu gruptaki yüksek semptom seviyelerinin, babaların ortadan kaybolmasını çevreleyen belirsizlik ve belirsizlikten kaynaklandığına ve bunun da çocukların yaşamlarına başka bir psikolojik stres unsuru eklediğine inanmaktadırlar (Zvizdic ve Butollo, 2001). Diğer yandan Prigerson ve meslektaşları (1999), travmatik yasin başka bir olumsuz etkisini açıklayarak, yüksek düzeyde travmatik yas sergileyen intihar kurbanlarının genç

yetişkin arkadaşlarının da yüksek düzeyde intihar düşüncesi taşıdıklarını bulmuşlar. Özetle, bireylerin kendisine ve çevresine karşı sergiledikleri tavırların travmatik yasin sürdürülmesinde etkili olduğu (Raphael ve Martinek, 1997), travmatik yas semptomlarının hedefe yönelik tedavisi, depresyon ve anksiyete bozuklarında azalma ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte psikopatolojilerin sıklıkla kayıptan önce var olduğu ve daha büyük yas yoğunluğu ile devam ettiği belirtilmiştir (Shear, Frank, Houck ve Reynolds, 2005). Sonuç olarak mevcut araştırmanın verileri travmatik yası olan ve olmayan bireylerin ruhsal süreçleri ile ilgili literatüre destek sağlayabildiği, bireylerin çeşitli durumlara yönelik geliştirdikleri tavırların travmatik yas semptomları için bir risk faktörü oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Bir diğer farklılığın olduğu nokta, bireyin anne babasıyla geliştirdiği ilişkilerin niteliğidir. Bireyin anne babasıyla kurduğu ilk ilişkinin niteliği bağlanma kavramıyla açıklanmaktadır. Bağlanma, doğumla birlikte başlayan, duygusal yönü ağır basan, anne baba çocuk arasındaki ilişkinin niteliğini daha sonraki yaşam dönemlerindeki ilişkiler üzerinde de etkisi olan bir süreç olduğu belirtilmektedir (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005). Bağlanma ilişkisinin niteliğini ve kalitesini anne bebek arasındaki ilişki biçimi ile şekillendiği (Zeanah vd., 1993), babanın bebek ile yakın ve olumlu ilişkide bulunması ise bebeğin yabancılarla daha kolay ilişki kurmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum ise anne baba ve bebek arasında güvenli bağlanmayı sağladığı ifade edilmiştir (Biller, 1993). Ancak çelişkili ya da müdahaleci anne baba davranışları sonucu oluşan ve bebeğin aşırı olumsuz duygu durum yaratması, ebeveynlerini yakınında tutması içi aşırı abartılı davranışlar sergilemesi ve duygularını kontrol etmede zorluk yaşaması kaygılı/dirençli bağlanmaya neden olduğu ifade edilmektedir (Boyacıoğlu ve Sümer, 2011). Bu bağlamda yetişkin bağlanma yapısı günümüzde çeşitli araştırmalarla birçok bakımdan incelenmiş, benlik duygu, duygu düzenleme, negatif kendilik modeli ve kişiler arası duygu düzenleme çalışma modelleri ve psikopatoloji ile ilişkisi bulgulanmıştır (Carnelley, Pietromonaco ve Jaffe, 1996; Murphy ve Bates, 1997; Mikulincer ve Shaver, 2005). Erken çocukluk döneminde anne babalarıyla çatışmalı ilişkiler yaşayan ve deneyimleri sonrası kaygılı bağlanma biçimi geliştiren bireyler, kişiler arası ilişkilerinde bazı problemler yaşamanın ötesinde bazı psikopatolojik rahatsızlıklara da yatkın olabilmektedirler. Bu sebeple kaygılı bağlanma stiline sahip bireyin, daha sonraki yaşamlarında depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, içselleştirme ve dışsallaştırma semptomları ve çözülme gibi birçok psikopatolojik belirti ve bozukluklar yaşama riski ile karşı karşıya kalabileceği ifade edilmektedir (Cicchetti ve Tohtu, 2015; Cicchetti, Handley ve Rogosch, 2015; Vachon,

Krueger ve Rogosch vd., 2015). Yapılan bazı çalışmalarda kaygılı bağlanma stiline travmatik yas semptomlarının gelişmesinde ve sürdürülmesinde büyük etken olduğu belirtilmiştir (Bowlby,1997; Boelen, 2013). Travmatik yas bir bağlanma nesnesinin kaybedilme ve ayrılma sıkıntısı, bu nesne olmadan hayata alışmasının travmatik sıkıntısı, kayıp kişiyi özlemek, yalnızlık, kopma, acı çekme, ayrılık anksiyetesi ile karakterize olduğu ifade edilmektedir (Prigerson vd.,2009). Bu anlamda travmatik yas hastalığında kaybedilen bağlanma nesnesinin bağlanma sistemini aktive etmesi muhtemeldir (Weinfeld, Sroufe ve Egeland, 2000). Diğer yandan, Schenck, Eberle ve Rings (2016) yaptıkları çalışmada, güvensiz bağlanma stiline sahip yetişkinler, sevdikleri birini kaybetmesiyle karşı karşıya kaldıklarında travmatik yas semptomları geliştirme riski altında oldukları ifade edilmiş ve bağlanma stilleri ile travmatik yas arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde güvensiz bağlanma stillerinin güçlü yas tepkileri ile ilişkili olduğu (Wijngaards-de Meij vd.,2005) ve travmatik yas belirtilerinin kaygılı bağlanmaya göre kaçınmacı bağlanma ile daha yüksek bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (Boelen ve Klugkist, 2011 ;Van der Houwen vd., 2010). Bu veriler mevcut araştırma ile uyumlu olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, travmatik yası olan ve olmayan bireylerin anne babaya yönelik tavırları bağlanma süreci bağlamında ele alınmış ve bu bireylerin bağlanma süreçlerinin travmatik yasin sürdürülmesinde etkili olabileceği söylenebilir.

Son olarak, travmatik yası olan katılımcıların yaslı olmayanlara göre geçmişe yönelik tavırlarında daha yoğun travmatik anılara sahip oldukları, yaşamındaki travmatik ölüm ve geçmişten bugüne yansıyanların derin izleri ve dehşet verici unsurların daha fazla olduğu söylenebilir. Travmatik yasin tetikleyicileri olarak bellekte yer edinen travmatik anıların niteliğine ilişkin çocukluk çağı travmatik yaşantıları şeklinde çalışılmış olsa da hakkında çok az şey bilinmektedir. Özellikle travmatik anıların travmatik yasta işlenmesine yönelik sık yaşanan bir problem olmasına rağmen ihmal edilen bir konu olduğu vurgulanmaktadır (Neria ve Litz, 2004). Travmatik yas semptomları gösteren bireylerde travmatik anı'ların varlığı yaygın bir durum olduğu ve genellikle bir uzmana başvurma'nın nedeni de bu travmatik anıların belli stresörler aracılığı ile yeniden yeşermesi olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü geçmişteki kötü deneyimlerin, derin izlerin ıstırap çekenin beynine, beynine ve psişesine kazınmış izler olduğu belirtirken, geçmişin asla ölmeyeceği, hatta o geçmiş bile değildir, çeşit çeşit korkulardan, fobilerden, somatik belirtilerden ve hastalıklardan oluşan bir zırh olarak yaşadığı ifade edilmektedir (Hibberd, Elwood ve Galovski, 2010). Benzer şekilde travmatik bir anıya sahip olmak sonsuz bir karabasana mahkûm olmak anlamına gelir ki, o dayanılmaz işkenceler durmadan yeniden oynar, travmatik anısı olan kişi farklı takıntı ve zorlantıların avı haline

gelebileceği de belirtilmiştir (Levine, 2015). Travmatik anıların işlenmesi ve bu anıları tetikleyen süreçlerin içerdiği psikolojik ve psikiyatrik unsurlar nispeten yeni olması ve hâlihazırda travmatik kaybın getirdiği travmatik anının doğrudan travmatizasyon deneyimlerinin ek yükü ile birlikte kritik kayıpla ilişkili fenomenoloji, klinik semptomlar, klinik ihtiyaçlar ve risk faktörleri hakkında da yeterli bilgi olmadığı vurgulanmaktadır (Neria ve Litz, 2004). Matos ve Pinto-Gouveia (2010) erken dönem utanç deneyimlerinin travmatik anının özelliklerini ortaya çıkardığını, bu deneyimlerin yetişkinlikte mevcut iç ve dış utanç duygularıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Sonuçta, utanç anıları daha travmatik özellikler gösteren bireylerin daha depresif belirtiler gösterdiği, utanç ve depresyon arasındaki ilişkide utanç travmatik anının aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda travmatik yas ile travmatik anı arasında bir ilişkinin olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan travmatik bir kayıptan sonra şiddet kaybının ardından travmatik sıkıntı ve travmatik yas arasında bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir. Ancak genel olarak ölüme dair anılar ve kayıp sonrası etkileri belirlemede ciddi eksikliklerin olduğu vurgulanmaktadır (Hibberd, Elwood ve Galovski, 2010). Bu nedenle psikodinamik konusunda deneyimli bir çok terapist danışanların geçmişlerinin andaki yaşantılarına yansıma biçimleri üzerinde çalışmaları gerektiğini ifade etmektedir. Böylece bu terapistler danışanlarının daha iyi, daha sağlıklı, daha etkili, yaşam dolu ve odaklı bir geleceği güven altına almalarına yardımcı olabilmektedirler. Bir terapinin etkili olması için, travmanın, tehlike algısı karşısında ortaya çıkan içgüdüsel tepkilere nasıl yerleştiğini, başta korku, dehşet ve öfke olmak üzere bazı duygulara ve depresyon, çift kutupluluk ya da yaşam enerjisi kaybı gibi duygu durumlarına nasıl sabitlendiğini ve sonunda çeşitli tekrarlanan davranışlarla ve öz-sabotajlarla ne şekilde ortaya çıkmakta olduğunu anlamak son derece önemli olmaktadır. Beyinde ve bedende saklı tutulan travmatik anının çok boyutlu yapısını iyice kavramamış olmak travmatik yasin arka planında yer edinen semptomları anlamamak olarak vurgulanmaktadır (Levine, 2015). Bu açıdan mevcut çalışmada, katılımcıların tüm yaşam süreçlerinin detaylı bir şekilde incelenmesini odağına alan bu yöntemin, katılımcıların ruhsal süreçlerinin arka planının anlaşılması yönünden ruh sağlığı çalışanlarına önemli bir örnek teşkil ettiği düşünülmektedir. Son olarak yukarıda ifade edilen bulgularının, mevcut araştırma bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir.

5.7 Travmatik yas yaşıyan üniversite öğrencilerinin rüya içerikleri analiz edildiğinde ortaya çıkan temalar nelerdir?

Travmatik yaslı olan katılımcılarda toplanan rüyaların içerik analizleri yapılmış ve analizler sonucu 5 tema elde edilmiştir. Bu temalar; rüyada hissedilen duygu teması, bağlanma teması, arzu ve zulüm teması, rüyada kriz teması ve savunma düzenekleri temasıdır.

Rüyada Hissedilen Duygu Teması

Duygular, yaşamın erken dönemlerinde bakıcısı tarafından karşılanan veya ihmal edilen içgüdüsel ihtiyaçların psişik bir tezahürü ya da işareti olarak tanımlanmıştır (Kernberg, 1988). Bir anne ile bebeği arasında kurulan ilk bağlantı aracı duygusal bağ olduğu söylenebilir. Duygu psikodinamik sürecin merkezinde, ilişkisel matrisin değişimi ve seans odasında ortaya çıkan aktarım/karşı aktarım yorumlanması ve terapistle aradaki ilişki olduğunun kavranmasında yatmaktadır. Bu bağlamda, korkular ve tehlikeli arzular, yeniden deneyimlenebilir, kabul edilebilir ve sahiplenebilir. Öfke, kızgınlık, haset ve gücenme gibi duyguların birçok kişinin hissetmek istemediği duygular olduğu (Greenberg, Malberg ve Tompkins, 2019), bu nedenle Freud'un (1963) da bahsettiği gibi kabul edilemeyen duygular, istekler, arzular veya dürtüler olarak adlandırılmıştır. Duygu, uyku sırasında çok önemli bir faktördür. Araştırmalar, rüyalara genellikle duyguların, özellikle olumsuz duyguların eşlik ettiğini ortaya koymuştur (Malinowski ve Horton, 2014; Valli vd., 2008). Diğer yandan, duygular ve rüyalar arasında yakın bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Hatta rüyanın formasyonu için duyguların vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (Desseilles vd., 2011). Hartmann (2010b) rüya öğelerinin kombinasyonlarının rastgele olmadığını, daha çok duygu tarafından yönlendirildiğini; buna göre, rüyalar bireyin duygusal hafıza sistemini oluşturmak ve yeniden inşa etmek için yararlı olduğunu belirtmiştir. Tüm bu araştırmalar ve açıklamalar bağlamında travmatik yaslı bireylerin rüya içeriklerindeki duygulara odaklanmak mevcut araştırmanın ilgilendiği konudur. Ancak rüyalara yansıyan duygularla ilgili birçok araştırma olmasına rağmen travmatik yaslı olan bireylerin rüyalarına yansıyan duygularla ilgili literatürde önemli bir eksiklik olduğu görülmektedir. Germain ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada travmatik yaslı olan bireylerin rüya içerikleri incelenmiş ve rüya içeriğinin travmatik yas olması ya da olmaması ile ilişkili olmamakla birlikte rüyaların içeriğinde saldırganlık ve kaygı duygusunun yoğun olduğu ifade edilmiştir. Bu bulgu mevcut çalışmanın bulgusuyla uyumludur. Aynı çalışmada (Germain vd., 2013) travmatik yaslı olup olmama şeklinde karşılaştırılmalı grupların yokluğunda rüyaların travmatik yaslı bireylere ait olup olmama konusunda karar verilemeyeceği belirtilmiştir. Ancak yaslı olan bireylerin son zamanlarda gördüğü rüyaların

genellikle ölüm ve kayıp içerikli olduğu vurgulanmıştır. Yani nevrotik bir bireyin bu minvalde rüya görmesi gibi. Travmaya maruz kalan bireylerin tipik olarak travma ile ilgili rüya göreceği ifade edilmektedir (Hartmann, 1984; Schreuder, van Egmond, Kleijn, ve Visser 1998 ; Germain vd., 2004). Özetlemek gerekirse, rüyalar üzerinde çalışmak, özellikle psikanalistler tarafından sıklıkla kullanılan bir terapötik tekniktir. Psikoterapinin başarısına katkısı yüksek olmasının yanında rüyalar üzerinde çalışmanın yararını tahmin için çok genel ifadelerin kullanıldığı, bunun en büyük nedeni ise danışanların öz değerlendirmelerinin yapılmaması olarak düşünülebilir. Hatta bu öz değerlendirme sayesinde duygular rüyaları anlamda sıçrama tahtası işlevi görebilir ve belki de travmatik deneyimler, danışanların rüyalarının ana temasını oluşturur ve daha ileri tedavi için bir yol gösterici olabilir. Sonuç olarak, travmatik yaşlı bireylerin rüya içeriğindeki duyguların, travmatik kayıp yaşayan bireylerin rüyalarının travmatik yaslanma sürecindeki duygusal olumsuzlukla ilgili olabileceği söylenebilir.

Bağlanma Teması

Bağlanma, ebeveyn çocuk ilişkisi içinde yaşamın ilk yıllarında gelişen ve bebeğin bir bakıcıyı belirli bir şema içinde temsil edip etmediğini gözlemlenen bir dizi uyarlanmış bebek davranışı olarak tanımlanmıştır (Bowlby 1984). Yas sonucunu etkileyebilecek bazı faktörlerden güvensiz bağlanma, yas tutma süresinde önemli bir yer edinmiştir. Yetişkin bağlanma kuramı, güvensiz bağlanmanın, kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma olmak üzere iki boyutunu tanımlamıştır (Mikulincer, Gillath ve Shaver, 2002; Meredith, Strong ve Feeney, 2006). Kaygılı bağlanması olan bireyler, ilişkilerinde bir diğerine bağımlı olma eğilimi göstermenin yanında, sürekli olarak başkalarının onları terk edeceği endişesi ile yaşamaktadırlar. Bağlanma figürü olmadığında, endişe ile bağlandıkları kişiye tekrar yakınlık kurmak için ağlamak ve sarılmak gibi hiperaktivite edici stratejiler kullanma eğilimi gösterdiği ifade edilmiştir (Mikulincer ve Shaver, 2007; Wei, Russell, Mallinckrodt ve Vogel, 2007). Kaçınan bağlanması olan bireyler ise, başkalarının güdülerine ve iyi niyetlerine güvenmeme eğiliminde olup, ilişkilerinde duygusal mesafeyi korumaya çalıştıkları belirlenmiştir (Wei, Russell, Mallinckrodt ve Vogel, 2007). Stroebe, Schut ve Stroebe (2005) çalışmalarında, kişilerarası duygu düzenleme çerçevesi bağlamında bakıldığında bağlanmanın yas tutma sürecinde önemli bir rol oynadığını belirtmişler. Hatta yaşlı bir bireyin yas tutma davranışının, güvensiz bağlanmanın (kaygılı ve kaçınan bağlanma) kayıp sürecinden sonra tutulan yası bozabileceği gibi iyileşme sürecini de sekteye uğrattığı ifade edilmiştir. Benzer şekilde Huh, Kim, Lee ve Chae (2020) çalışmalarında şiddetli kaygılı ve kaçınan bağlanmaya sahip yaşlı bireylerin aynı zamanda yüksek düzeyde travmatik yas yaşadıkları ve bağlanma ile travmatik

yasın ilişkili olabileceği belirtmişler. Ancak önceki birkaç çalışma iki farklı bağlanmanın travmatik yasın sonuçları üzerinde ayırt edici etkilere sahip olabileceği öne sürmesine rağmen, birkaç çalışma, farklı bağlanma tarzlarının yasın sonuçları üzerinde etkisinin olmadığını bulmuşlar (Donges vd., 2012; Marshall, Bejanyan ve Ferenczi, 2013; Liu, Ding, Lu ve Chen, 2017). Mevcut çalışmada travmatik yası olan bireylerin rüya içeriklerine yansıyan bağlanma süreçlerine odaklanmıştır. Ancak travmatik yaslı olan bireylerin rüya içeriklerindeki bağlanma süreçleriyle ilgili bir çalışmaya rastlanılmamış olmasına rağmen bu bağlamda bağlanmanın yas sürecinde görülen rüyaların içeriğine etkisi olduğu söylenebilir. Hatta Mikulincer, Shaver ve Avihou-Kanza (2011) çalışmalarında kaçınan ve kaygılı bağlanmaya sahip genç yetişlerin rüyalarında diğer insanların olumsuz temsilleriyle karşılaştıkları, bu güvensiz bağlanmanın özellikle stresli günleri izleyen rüyalarda kişilerarası yakınlık istekleri, kendisinin olumsuz temsilleri ve bir ötekinin hem olumlu hem de olumsuz temsillerini, stresli olmayan günlerde görülen rüyalarda daha sık olumsuz temsillerle karşılaştığını belirtmişler. Bu doğrultuda, travmatik yasın da olumsuz yaşam deneyimleri içerdiğinden ve travmatik yaslı bireylerin güvensiz bağlanmaya sahip oldukları belirtildiğine göre travmatik yas ile bağlanmanın ve rüya içerikleri birbiriyle ilişkili olabileceği söylenebilir. Özetle, bu çalışma travmatik yaslı genç yetişkinlerinin rüya içeriklerinde bağlanmaya uygun içerikler olabileceği, güvensiz bağlanmanın travmatik yas ve rüya içerikleri arasında ilişki olduğu söylenebilir. Tüm bu bulgular, travmatik yas yaşayan bireylerin rüyalarına yansıyan içsel çatışmaların ortaya çıkartılması ve bağlanmanın dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Savunma Düzenekleri Teması

Rüyaların içerikleri analizi sonucu, katılımcıların rüyalarına yansıyan savunma düzeneklerinin inkâr, bastırma ve regresyon olduğu görülmektedir. Anna Freud (2004), savunma mekanizmalarını, nihayetinde iç stresi azaltmak için ‘egonun kullandığı bilinçsiz kaynaklar’ olarak tanımlamıştır (Parekh vd., 2010). Hastalar sıklıkla bu bilinçdışı mekanizmaları kendi içlerinde, özellikle de süper ego ve id arasındaki çatışmayı azaltmak için tasarlamaktadır. Klinisyenler de psikodinamik terapide, hastaları kendi bilinçsiz süreçlerine yönlendirmeye yardımcı olmak için kullanmaktadırlar. Klinisyenler bu süreçleri tanıyarak ve tanımlayarak, hastaların kendi öz farkındalıklarını geliştirir ve kendi davranışları hakkında yeni bir anlayış kazanabilirler. Bu bilgiler sayesinde depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları dahil olmak üzere çeşitli ruh sağlığı bozuklukları olan hastalara yardımcı olabileceği ifade edilmiştir (Abbate-Daga vd., 2013). Bu bağlamda savunma mekanizmaları, bireyin yaşadığı anksiyete, suçluluk, utanç, üzüntü, aşağılanma, vicdan azabı gibi psişik acıya

neden olan duyguları yumuşatma amacına hizmet eder denilmektedir (Dorpat, 1987). Yanısıra savunma düzenekleri kişilik gelişimi ve benliğin korunması için gerekli olduğunu ve aynı zamanda bu düzeneklerin insan psikolojinin istikrarlı bir parçası olduğu ifade edilmiştir (Freud ve Erim, 2004). Ancak savunma düzeneklerinin insan psikolojinin istikrarlı bir parçası olduğu ifade edilse de bireyin sıkıntılı durumlardaki duygusal durumu ve semptomlarının, savunma düzeneklerinin seçimini etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Savunma düzenekleri, kişiliğin önemli bir boyutunu temsil etmekten ziyade kaygı ve diğer duygusal varyasyonları kontrol etmede ve davranış kalıplarının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kipper vd., 2004). İnkâr savunma düzeneğinde artışın özellikle ekonomik güçlükler, savaşlar ve kayıpların olduğu kriz dönemlerinde arttığı ifade edilmektedir (Elder, 2018). Bu yıkıcı ve kontrol edilemeyen olaylara verilen tepkinin, inkâr gibi olgunlaşmamış bir savunmanın kullanılmasına yol açması mümkündür. Volkan ve Zıntı'ya (2019) göre kriz döneminde hayatta kalan kişinin ölüme yüzleşmekten kaçınması için yadsınma, bölme, pazarlık gibi savunmalar kullanılmaktadır. Yadsınma, şoku mercek, feci gerçeği yavaş yavaş sindirmemize yardımcı olan tampon gibi iş görür. Bölme ise zihnin bir yanının yadsırken diğer yanını yitimi bilmesine izin verir. Rüyalarında, ölmüş olan kişi yaşam ve ölüm arasında çırpınmaktadır. Rüayı gören kişi onu kurtarmaya çalışır, ancak çırpınma bitmeden uyanır denilmektedir. Jones'e (1982) göre rüyalarda ortaya çıkan acılar doğrudan hissedilmemeleri için bastırılırlar ve bunu yapan da ego savunma mekanizmalarıdır ancak bu durum da rüyaların saçma ve anlaşılabilir olmalarına neden olmaktadır. Rüya, aslında bastırılmış idin itilimleri ile egonun savunma işlemleri arasındaki bir uzlaşma olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda travmatik yası olan bireylerin rüyalarına yansıyan savunma düzeneklerinin olması bireylerin bir kriz döneminden geçtiği ifade edilebilir. Ancak travmatik yası olan bireylerin rüyalarına yansıyan savunma mekanizmalarıyla ilgili literatürde eksiklik olmasına rağmen, travmatik yas dışlandığı durumlarda rüyalara yansıyan savunma mekanizmalarına ilişkin araştırmalar bulunmaktadır. Güven ve Bilim (2018), rüya içerikleri ve temaları ile savunma düzenekleri arasındaki ilişkiyi incelediler. Çalışmada, savunma mekanizmaları ile rahatsız edici rüya temaları arasında doğrudan bir ilişkinin yanı sıra olgunlaşmamış ve nevrotik savunma mekanizmaları ile rahatsız edici rüya temaları arasında da pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ifade edilmiştir. Özetlemek gerekirse, travmatik yası olan bireylerin rüyalarına nevrotik ve olgunlaşmamış savunma mekanizmaları yansıdığı söylenebilir. Bu doğrultuda mevcut çalışmadan elde edilen travmatik yası olan bireylerin rüyalarında bastırma gibi nevrotik savunmalar ile regresyon ve inkar gibi olgunlaşmamış

savunma düzeneklerini kullanmalarının belirlenmesi literatür açısından önemli bir bulgu olduğu ifade edilebilir.

Rüyada kriz teması

Kriz, bireyin çeşitli durumlar ya da yaşam olayları ile karşılaşması durumunda bunlarla baş edemeyecek şekilde ruhsal dengesinin sarsılması veya kaybı olarak tanımlanmıştır (Sonneck, 1985). Diğer yandan Dattilio ve Freman (2017) krizi, bireyin kendisi ya da hayatındaki önemli kişiler ile ilişkisinde yaşadığı ya da yaşayabileceği kaybı veya bu ilişkideki radikal bir değişiklik olarak tanımlamıştır. Her türlü kayıp bireyin başa çıkma becerisi üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Ancak bazı kayıplar travmatik olabilmekte ve bireyin ruh sağlığı ve günlük yaşam fonksiyonları üzerinde daha fazla etki yarattığı vurgulanmaktadır. Bu etkilerden biri de yaslı dönemlerde rüyalara yansıyan krizler olduğu söylenebilir. Yaslı kriz dönemlerinde rüyaların öyküleri, ölümü kabullenmeyle ilgili uyanık yaşamdaki çatışmayı yansıtmaktadır. Yani kaybedilen kişinin hem sevilen hem de nefret edilen yönleriyle özdeşimi yansıttığı ifade edilmektedir (Volkan ve Zıntl, 2019). Diğer yandan hasta krizden sonra uyandığı zaman gerçeklik anlarından ve üzücü olaylardan haberi olmayan bir insana döndüğü gibi hasta geçirdiği krizin anılarını taşımaktadır. Böylece kişiliğin bölünmesi devam ettiği, hasta bir yanıyla uyanmış, bilinçli ve belleğini yitirmiştir, öteki yanıyla uykudadır ya da kendinden geçmiş durum olduğu belirtilmektedir. Yanı sıra geçmiş böyle sürüp giderken, kişiliğin bölünmüş parçaları gelmediği sürece bilinçaltından çıkan duygular, yalnızca histeri krizlerine yol açtığı ifade edilmektedir (Ferenczi, 2018).

Literatür incelendiğinde travmatik yas ve kriz içerikli rüyalar arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Bu çalışmadan biri olan Neufeld (2021), rüyaya yansıyan krizlerin (yani kriz odaklı rüya görmek) bireylerin kendi çatışmalarının farkındalığı için bir yol olduğu ve bunun krize dair öğrenmeleri sağladığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Volkan ve Zıntl (2019) klinik raporlardan elde ettikleri veriler sonucu, travmatik kriz dönemlerinde kederin görevini, ölümü kabullenme gereksiniminin çözülmesini yerine getiren rüyalar olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda yas yaşayan bireyin, yasını tamamlamak istediğinde bunu ölmüş kişiye ihanet olarak duyumsaması nedeniyle ortaya çıkan suçluluk duyguları arasında sıkışıp kalınan noktada rüyalar görülür ve bu rüyalar çatışma içeren, dolayısıyla kriz barındıran rüyalar olarak söylenebilir. Hatta Anna Freud (2004) bu tip rüyalarda ölmüş kişi yalnızlık ve terk edilmişlikten yakınırken görülebilir. Özetle, travmatik yas ile kriz odaklı rüyalar arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik literatürün henüz istenilen seviyede olmadığı, mevcut araştırmanın nitel bulgulardan elde edilen veriler çerçevesinde

travmatik yas sürecinde görülen rüyaların içeriklerinde kriz/çatışma yansıtan içerikler olduğu söylenebilir. Dahası kriz rüyası, travmatik yaşantılar sonrası oluşan depresyon ve kaygıyı çözmeye ve rüyalarından edinilen içgörüyü sağlamaya yönelik iyi bir enstürman olduğu ifade edilebilir. Öte yandan bu konunun daha iyi anlaşılması ve bu konuyla çalışacak ruh sağlığı çalışanlarının sürece ilişkin kendilerini yetersiz hissetmemeleri ve ikincil travma (özellikle kriz danışmanlığına yönelik) ve tükenmişlik yaşamamaları için daha fazla araştırılması önerilebilir.

Arzu ve Zulüm Teması

Bu tema rüya görenin, kaybettiği ya da yasını tuttuğu yakınına rüyasında hem ölü hem de yaşıyor olarak görmesini içeren bir temadır. Kaybedilenle yeniden birleşme arzusu, ilişkilerin dinamiklerinin yeniden oynanması, geride bırakılmaya karşı duyulan öfke ile bugünkü travmatik uyaran akışının, erken dönemlere ait yıkım nesneleri arasındaki ilişkilere dair zulüm ve paranoya düşlemlerini uyandırdığı ifade edilmektedir (Garland, 2002). Freud (1900) rüyalar bastırılmış bir arzunun, kılık değiştirilmiş olarak doyurulması olarak tanımlamıştır. Bilinçli bir istek, ancak aynı doğrultuda bir bilinçdışı isteği uyandırmayı ve ondan takviye almayı başardığında bir düş kışkırtıcısı haline gelebilmektedir. Basit bir rüyada arzu kolayca fark edilebilir durumdadır. Fakat kimi durumlarda rüya içeriği çok tutarsız ve anlamsız görünür ve arzunun doyurulması görünmez denilmektedir. Bunun yerine travmatik olaylardan sonra görülen rüyalar arzuların gerçekleşmesi değildir, ona göre bu rüyalar, zevk ilkesinden (ve ondan bağımsız) daha ilkel bir şey olan tekrarlamaya zorunluluğuna itaat eder ve travmanın anısına ilişkin hâkimiyet rolünü oynar şeklinde ifade etmiştir (Freud, 1920). Benzer şekilde Ferenczi (2018) düş sadece zevk ilkesinin egemenliğini (arzuların düşte gerçekleşmesi işlevini) öne çıkarmakla kalmaz, ayrıca çözüme varmamış travma duyarlılığının izlenimlerini de çözüm için can attığı, psikşik üzerine en iyi bir egemenlik kurma girişimi olduğunu ifade etmiştir. Haliyle bir rüyada hem arzu edilenin görüldüğü hem de istenmeyen içerikle karşılanan zulmün olabileceği söylenebilir. Mevcut araştırmada da rüyaların içeriklerinde bu yönde içeriklerin olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ölen kişinin ölü ve diri olarak görüldüğü rüyalarda bölmenin belirgin olduğu ifade edilmektedir (Volkan ve Zıntl, 2019). Dahası yas tutma derideki bir hastalıkla benzerlik gösterdiği, yarada enfeksiyon yoksa onun iyileşmesi belli bir yol takip etmektedir, yara enfekte olursa o zaman tedavi edilinceye kadar patolojik bir şekilde kalır denilmektedir. Bu durumlar iki şekilde ele alınmaktadır: ilki, ölüm ani olmuştur, yas tutanın egosu bu kaybı bir travma olarak görmekte ve ego bu travma üzerinde çalışıp onu çözememekte, böylece travmatik nevroz gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Bir diğeri ise, yas tutamayan hasta, ölen kişiye karşı çok bağımlı ve ambivalen olduğu için hastanın egosu ölenin

kaybına izin vermemektedir. Ancak gerçeğe uyum yapmak da gerekli olduğu belirtilmekte ve bunun için ego bölünme mekanizmasıyla bir yandan ölümü kabul eder, diğer yandan ölüm olmamış gibi davrandığı ifade edilmektedir (Volkan, 1997).

Bölme, günlük yetişkin hayatında, karmaşık deneyimlerden, özellikle bunlar kafa karıştırıcı veya tehdit edici bir nitelik taşıdığında, bir anlam çıkarmakta güçlü ve çekici bir yol olarak tanımlanmış ve basitçe "bölünme" olarak bahsedilenin ise normal ve patolojik şeklinde ayrılan *ego bölünmesi* olduğu belirtilmiştir. Dahası bölünmenin kaygıyı azaltmaya ve özsaygıyı sürdürmeye yönelik savunma işlevlerinde oldukça etkili olabilir. Ancak bölünme her zaman çarpıtmayı içerir ve tehlikeli yönü de bu olduğu ifade edilmiştir (McWilliams, 2010). Bölmenin belirli koşullar altında, iyi-kötü, kabul edilebilir- kabul edilemez, iyi meme- kötü meme ve dolayısıyla iyi anne- kötü anne şeklinde farklı bölümlere ayrıldığı, bu parçalanmışlık halinin travmatik (ki travmatik bir durumda egonun fonksiyon kaybı yaşadığı vurgulanmaktadır) yasal bireylerin rüya içeriğine de yansıyabileceği ifade edilebilir. Diğer yandan bölmenin sadece bir savunma mekanizması olarak kullanmak değil daha farklı anlamları da olduğu belirtilmektedir ve genel olarak bakıldığında bölme, ayrışma, yadsıma (inkar), temsillerin bölünmesi ve zihnin bölünmesi olarak dört farklı şekilde kavramlaştırıldığı ifade edilmektedir (Blass, 2015). Benzer şekilde Ruppert (2014) bireyin yaşadığı her yeni bir travmanın kişiyi daha fazla parçaya ayırdığı, ne kadar çok travma yaşanmışsa, ruhta o kadar çok parça oluşmakta ve kişilik yapısı da o kadar karmaşık olur, böylece parçalar arasında daha büyük çatışmalar geliştiğini ifade etmektedir. Franz Ruppert, kayıp yaşayan bireyin, zamanla kaybettiği kişiden umudunu keserek kendisinden vazgeçtiği, çaresizlik içine gömüldüğü, ruhtaki bölünme daha derinleştiğini vurgulamaktadır. Dahası ruhtaki bir parça giderek daha fazla depresif düşüncelere kayarken diğer parçası ise kendisini bu travmatize parçadan ve giderek kaybedilenden ayırmaktadır denilmektedir.

Freud (2018) ağır bir travmaya uğramış olan bazı bireylerin rüyalarında düzenli olarak bir travma yerleşmektedir. Yaşanan travmadan ötürü ego'nun bölündüğü, bu bölünme sonucu sanki birden fazla kişilik, birden fazla ego varmış gibi bireyin işlev seviyelerinde ve anılarında normal bilinçle bağdaşmayan süreçler meydana geldiğinden bahsetmiştir (Freud, 1910). Diğer yandan rüyanın açık ve gizil içeriğinden bahseden Özakkaş (2009), rüyanın açık içeriğinin ego tarafından çarpıtılmış içerik olduğu, gizli rüya içeriğinin ise iddeki gerçek malzeme olduğunu vurgulamaktadır.

Hanna Segal (1973) egonun kendisini böldüğünü ve ölüm içgüdüsünü içeren parçasını dışarıya doğru gerçek nesneye- memeye yansıtmaktadır. Böylelikle bebeğin ölüm içgüdüsünün

büyük bir bölümünü içerdiği hissedilen memenin kötü olduğu ve egoyu tehdit ettiği hissedilerek bir zulüm duygusuna yol açtığını belirtmiştir. Başka bir deyişle, bölme, nesnelerin birbiriyle çelişen temsilleriyle başa çıkma güçlüğünden kaynaklanmaz, daha ziyade nesneler (bir dereceye kadar bütün olarak kabul edilen, bütünleştirilen) iç zorluklar nedeniyle - *kişinin içsel yıkıcılığı ve arzusu* nedeniyle bölünür. Dahası, bölünmüş olan temsiller değil, aslında kişinin kendi parçalarıdır - egonun parçalarıdır ve bu egonun, zihnin doğasını etkilediği ifade edilmektedir.

Literatürde travmatik yaslı olan bireylerin rüyalarının içeriğine yansıyan arzu ve zulüm (ego bölünmesi) ile ilgili bir araştırmaya rastlanılmamış olmasına karşın, bazı klinik raporlardan alınan bilgiler mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Psikosomatik hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan klinik çalışmalarda, tekrarlayan travmatik rüyalarının içeriğine bakılmış ve egonun savunma işlevlerinde tamamen başarısız olduğu belirtilmiştir. Burada travmanın tekrar tekrar meydana gelmesi egoyu işlevsizleştirdiği, rüyalarındaki olayların, uyanık yaşamda meydana gelebilecek herhangi bir olaydan çok daha travmatik olduğu ifade edilmiştir (Levitan,1981). Bir başka çalışmada ebeveyn kaybı yaşayan bireylerin sadece ego fonksiyonu kaybı yaşamadıkları aynı zamanda egonun gelişimi sayesinde, sosyal çevre ve bir ötekiyle uyumlu ilişkiler geliştirilmiş (Blum, 2003) denilmektedir. Özetle, travmatik yaslı olan bireylerin rüya içerikleri temaları göz önünde bulundurulduğunda, travmatik yas ile rüya içeriğine yansıyan arzu ve zulüm (hoşlanılan ve hoşlanılmayan içerikler) arasında bir ilişkinin olabileceği söylenebilir. Ancak bu konunun daha fazla araştırılması önerilmektedir. Diğer yandan terapistler için, çatışmalar, sorunlar, duygular, ilişkiler, aktarım, direnç, öz imge ve karar verme ile bağlantılı olarak rüyalar tarafından sağlanan psikodinamik bilgi spektrumunu akılda tutmak önemlidir. Dikkatli öykü alma ve zihinsel durumun değerlendirilmesi klinik değerlendirmenin temelleri olmaya devam etse de, rüya materyali hastanın psikodinamik ve tanısal durumuna ilişkin ek bilgi ve iç görü sağlayabilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu başlık altında araştırmanın alt problemleri doğrultusunda elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

6.1 Sonuç

Araştırmada travmatik yas yaşayan ile yaşamayan üniversite öğrencilerinin ruhsal süreçlerinin objektif ve projektif testler bağlamında incelenmesi sonucunda elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Araştırmanın nicel boyutundan elde edilen sonuçlar:

1. Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin ‘maskulinite ve feminite alt boyutu’, ‘hipokondriyasız boyutu’, ‘depresyon boyutu’, ‘histeri boyutu’, ‘psikopatik delirasyon boyutu’, ‘paranoya boyutu’, ‘psikastenî boyutu’, ‘şizofrenî boyutu’ ve ‘sosyal içe dönüklük boyutu’ puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktığı görülmüştür; ancak MMPI klinik alt boyutlarında yer alan ‘hipomani boyutu’ açısından gruplar arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır.
2. Travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencileri ile kıyaslandığında, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin ‘obsesif kompulsif’, ‘kişilerarası duyarlılık’, ‘depresyon’, ‘anksiyete’, ‘hostilite’, ‘fobik anksiyete’, ‘psikoz’ ve ‘ek skala’ belirti puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktığı görülmüştür; ancak kısa semptom envanterinde yer alan ‘somatizasyon’ ve ‘paranoid’ belirtiler açısından gruplar arası bir farklılık olmadığı saptanmıştır.
3. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencileri ile travmatik yas yaşamayan üniversite öğrencilerinin savunma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.
4. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile ‘obsesif kompulsif’, ‘kişilerarası duyarlılık’, ‘hostilite’, ‘fobik anksiyete’, ‘paranoid’, ‘psikoz’ ve ‘ek skala’ arasında negatif, ‘depresyon’, ‘anksiyete’ ve ‘somatizasyon’ arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu; ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir.
5. Travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti ile ‘maskulinite ve feminite alt boyutu’, ‘hipokondriyasız boyutu’, ‘depresyon boyutu’, ‘histeri boyutu’, ‘psikopatik delirasyon boyutu’, ‘paranoya boyutu’, ‘psikastenî boyutu’, ‘şizofrenî

boyutu' arasında pozitif, 'hipomani' ve 'sosyal içe dönüklük boyutu' arasında negatif yönlün bir ilişki olduğu; ancak bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel boyutundan elde edilen sonuçlar:

1. Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin travmatik yası olmayanlara oranla korku ve kaygı duygularının daha baskın olduğu, travmatik yası olanların kaygı ve korkularının ölüm kavramı etrafında yoğunlaştığı, yası olmayanların ise başarı odaklı bir geleceğe ilişkin hayal ettikleri ve bunun kaygısını yaşadıkları görülmüştür.
2. Hem travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin hem de olmayanların düşük benlik algısına sahip oldukları gözlenmiştir.
3. Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin ölüm olayıyla ilgili öfke ve suçluluk hisleri, kendilerini şoka uğramış, sersemlemiş veya duygusal açıdan uyuşmuş hissetme durumları travmatik yası olmayan gruba göre daha yoğun yaşadıkları ve travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin psikopatolojik (depresyon, anksiyete, kişilerarası ilişkiler) eğilimlerinin daha baskın olduğu belirlenmiştir.
4. Anne – babaya yönelik tavırlar bağlamında; travmatik yası olmayan üniversite öğrencilerinin, travmatik yası olan üniversite öğrencilerine oranla daha olumlu tavırlar sergiledikleri, travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin daha kaygılı ve korkulu tavırlara sahip oldukları görülmüştür.
5. Geçmişe yönelik tavırlar bağlamında, travmatik yası olan bireylerin olmayanlara göre geçmiş yaşantılarında daha yoğun travmatik anılara sahip oldukları saptanmıştır.
6. Rüyada hissedilen duygular bağlamında; travmatik yası bireylerin rüya içeriğinde kayıp odaklı olumsuz duygular (öfke, suçluluk, pişmanlık) yaşadıkları belirlenmiştir.
7. Rüya içeriğine yansıyan içsel çatışmalar bağlamında, travmatik yası üniversite öğrencilerinin kaybedilene ilişkin kopmayı (ilişkisel, duygusal ve manevi) henüz başaramadıkları saptanmıştır.
8. Travmatik yası olan bireylerin rüya içeriğine yansıyan savunma düzeneklerinin daha ziyade 'bastırma', 'inkâr' ve 'regresyon' olduğu belirlenmiştir.
9. Rüya içeriğine yansıyan krizlerin, travmatik yası olan bireyin yasını tamamlamak istediğinde bunu ölmüş kişiye ihanet olarak duyumsaması nedeniyle ortaya çıkan suçluluk duyguları arasında sıkışıp kalınan noktada rüyaya yansıdığı ve bu kriz rüyasının travmatik yaşantılar sonrası oluşan depresyon ve kaygıyı çözmeye ve rüyalardan edinilen içgörüyü sağlamaya yönelik olduğu görülmüştür.

10. Rüya içeriğine yansıyan arzu ve zulüm bağlamında, travmatik yası olan niversite Ğrencilerinin hem hoşlanılan ve hem de hoşlanılmayan rüya içeriklerine sahip olduğu, rüyada kaybedilenin aynı zamanda diliminde l ve diri olarak görülmesinin travmatik yaslı niversite Ğrencilerinde bölmenin belirgin yaşandığının bir göstergesi olduğu belirlenmiştir.

6.2 neriler

Araştırma sonrası elde edilen bulgulardan hareketle, araştırmacılar ve uygulamacılar için geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır.

Araştırmacılara neriler

1. Araştırmalar incelendiğinde travmatik yaslı niversite Ğrencilerinin rüya içeriği temalarına yönelik araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Başka araştırmacılar bu konuda çalışmalar yapabilirler.
2. Travmatik yaslı niversite öğrencileri ile yaslı olmayanlar arasında savunma düzenekleri yönünden bir farklılık bulunmamıştır. Başka araştırmacılar daha büyük örneklemeler üzerinde bu farklılığa bakabilirler.
3. Travmatik yas ile kişilik özellikleri ve psikolojik belirtiler arasında bir ilişki bulunmamıştır. Başka araştırmacılar daha büyük örneklem üzerinde bir çalışma yapabilirler.
4. Bu çalışmada travmatik yası olan niversite öğrencilerine herhangi bir psikolojik destek müdahalesinde bulunmadan kişilik özellikleri ve psikolojik belirtileri incelenmiştir. Başka araştırmacılar travmatik yası olan niversite Ğrencilerinin kişilik özellikleri ve psikolojik belirtilerini travmatik yas odaklı bir müdahale programı (bireyle ve grupla psikolojik danışma) uygulayarak konuyu inceleyebilir ve alana katkı sunabilirler.

Uygulamacılara neriler

1. Bu alışma ‘Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı’ kapsamında ele alınan travmatik yaslı niversite öğrencileri için psikodinamik yönelimli bir psikolojik değerlendirmenin nasıl yapılandırıldığına ilişkin ayrıntılı bir çalışmadır. Alanda faaliyet gösteren ruh sağlığı çalışanları bu çalışmanın anamnestik görüşme ve beier cümle tamamlama test verilerinin birbirine entegre edilmesi ve rüya içerik temalarını örnek alarak kendi çalışmalarını yürütebilirler.

2. Alan çalışanları, danışanlarının dinamik yönelimli anamnezini alma, yapılan anamnestik görüşmeyi diğer objektif ve projektif testlerle bütünleştirme, sürece bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşma konusunda bu çalışmada izlenen süreçten yararlanabilirler.
3. ‘Ruh sağlığı, semptom olmamasından ibaret değildir’ mottosunu dikkate alarak, Psikolojik Danışmanlar ve diğer ruh sağlığı çalışanları bu çalışmayı kullanarak, travmatik yası olan bireylerin görünürdeki semptomları (çalışmada kullanılan objektif testler) ve derinlerde saklanan sorunlarını (projektif test ve rüya içerik temaları) belirlemeyi öğrenebilirler.
4. Travmatik yasin bir tanı sisteminde yer alıp almamasıyla (DSM ve ICD) ilgili yaşanan tereddütlerin -psikodinamik yönelimli doğru bir betimleme yapıldığında- bu çalışmanın katkısıyla azaltılabileceği ifade edilebilir.
5. Hekime tanılama sürecinde verilen zamanın kısıtlı olması, toplum ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve dolayısıyla hekimlerin de bakmak zorunda olduğu danışanın artması tanılama sürecinin hem hekim için hem de danışan için sağlıksız bir sürece girmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda, hekimin diğer ruh sağlığı personellerinden (psikolojik danışman ve psikolog) tanılama sürecini hızlandıracak yeterli desteği (hem anamnez alma hem uygun görülen projektif veya objektif testlerin uygulanması) alması hem danışan takibinin yapılması hem de hekimin daha yerinde bir tanılama sürecini yürütmesi adına dikkate değer bir önem taşıdığı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. ve Fassino, S. (2013). *Resistance to treatment and change in anorexia nervosa a clinical overview*. BMC psychiatry, Nov. 7.
- Abraham, K. (1927). The influence of oral erotism on character-formation. *In Selected papers on psychoanalysis* (pp. 393-407).
- Adler, A. (1964) *Problems of neurosis*. New York: NY Harper & Row
- Aker, T., Sorgun, E., Mestçioglu, Ö. ve ark. (2008) İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik stres etkileri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23, 63-71.
- Akkoyun, F. (1994). *Projektif teknikler*. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi
- Akkoyun, F. (2019). *Kişiliğin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi*. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES) , 16 (2) , 397-408
- Akhtar, S. (1992) *Broken structures: severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Akiskal, H. S., Hirschfield, P.M. A. ve Yerevanian, B. I. (1983) *The relationship of personality to affective disorders: a critical review*. Archives of General Psychiatry, 40, 801-810.
- Alibal, M. (1974). *Projektif Testlerle Kişilik Değerlendirilmesi: Özellikler ve Materyal*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1), 193-209.
- Almeida, B., ve Santos, G. (2018). *Hypochondriasis as a distinct phenomenological presentation of complicated grief*. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 45(1), 25-25.
- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1992). *What counselors should know about the use and interpretation of psychological tests*. Journal of Counseling & Development, 70(5), 610-615.
- Andrews, G., Singh, M. ve Bond, M. (1993) *The defense style questionnaire*, Journal of Mental Disorders, 181:246-256.
- Andrews, C. R. ve Marotta, S. A. (2005). *Spirituality and coping among grieving children: A preliminary study*. Counseling and Values, 50(1), 38-50.
- Anzieu, D. ve Chabert, C. (2011). *Projektif yöntemler*, (B. Kolbay, Çev.), İstanbul: Bağlam Yayınları. Archer, R. (2005). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Routledge.

- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge
- Arıcı, N. (2014). *Travmatik yas sorununda aile dayanıklılığı programının kadınlardaki travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya
- Armour, M. (2006). *Violent death: Understanding the context of traumatic and stigmatized grief*. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14(4), 53–90.
- Avcı, M. ve Yıldırım T. (2021). *Experiences of School Psychological Counsellors Working with High School Students Experiencing Traumatic Mourning: A Focus Group Study Report*. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 11(60), 13-36.
- Aydın, S. (2019). *Kişiliğin Değerlendirilmesinde Projektif Testler (2. Baskı)*. Ankara: Palme Yayınevi
- Banyard, V. L., ve Cantor, E. N. (2004). Adjustment to college among trauma survivors: An exploratory study of resilience. *Journal of College Student Development*, 45(2), 207-221.
- Barlé, N., Wortman, C. B., ve Latack, J. A. (2017). Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 127–139.
- Barrett, D. (2007). An evolutionary theory of dreams and problem-solving. In D. Barrett & P. McNamara (Eds.), *The new science of dreaming – Volume 3: Cultural and theoretical perspectives* (pp. 133–153). Westport: Praeger.
- Başoğlu, M., Mineka, S., Parker, M., Aker, T., Livanou, M., ve Gök, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27, 1421-1433.
- Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E., Livanou, M. (2004). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Earthquake Survivors in Turkey: Two Epidemiological Studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 133-141.
- Bauman, Z. (2000), *Ölüm ve Olumsuzluk ve Diğer Yasam Stratejileri*, Cev.: Nurgül Demirdoven, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Beidas, R. S., Podell, J., ve Kendall, P. C. (2008). Cognitive-behavioral treatment for child and adolescent anxiety: The Coping Cat Program. *Handbook of evidence based treatment manuals for children and adolescents*
- Bellet, B. W., LeBlanc, N. J., Nizzi, M.-C., Carter, M. L., van der Does, F. H. S., Peters, J., Robinaugh, D. J., ve McNally, R. J. (2020). Identity confusion in complicated grief: A closer look. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 397–407.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162
- Billar, H. B. (1993). *Fathers and families: Paternal factors in child development*. ABC-CLIO.
- Birliği, A. P. (2013). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM V)*. (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği. Ankara
- Bhugra, D. ve Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*, 4(1), 18.

- Blass, R. B. (2015). Conceptualizing splitting: On the different meanings of splitting and their implications for the understanding of the person and the analytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(1), 123-139.
- Blum, H.P. (2003). Psişik travma ve travmatik nesne kaybı. *Amerikan Psikanaliz Derneği Dergisi* , 51 (2), 415-432.
- Briere, J., ve Scott, C. (2016). *Travma terapisinin ilkeleri: belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz; DSM-5 için güncellenmiş*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Boelen, P. A. (2015). Peritraumatic distress and dissociation in prolonged grief and posttraumatic stress following violent and unexpected deaths. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(5), 541-550.
- Boogar, I. R., ve Talepasand, S. (2015). The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer. *Iranian journal of psychiatry*, 10(2), 7
- Bornstein, R. F. (2002). A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationships. *Journal of Personality Assessment*, 78(1), 47-68.
- Brandell, J.R. (2004). *Psychodynamic social work*. New York: Columbia University Press
- Braun, A. R., Balkin, T. J., Wesenten, N. J., Carson, R. E., Varga, M., Baldwin, P., ... ve Herscovitch, P. (1997). Regional cerebral blood flow throughout the sleep-wake cycle. An H2 (15) O PET study. *Brain: a journal of neurology*, 120(7), 1173-1197.
- Bravo, I. M. (1998). Assessment of anxiety sensitivity in depressed, older patients and its relation to hypochondriacal concerns (Doctoral dissertation, Florida International University).
- Brown, J. F. (1940). Freud's contributions to psychology. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10(4), 866-868
- Brown, J.T. ve Stoudemier, G.A. (1983). Normal and pathological grief. *Journal of the American Medical Association* 250: 378-382
- Boelen, P. A., De Keijser, J. ve Smid, G. E. (2014). Cognitivebehavioral variables mediate the impact of violent loss on postloss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication.
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: distinctiveness and correlates. *Psychiatry research*, 207(1-2), 68-72.
- Boelen, P. A., ve Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(3), 208-213.
- Boelen PA, Van Den Hout MA, Van Den Bout J. A (2006). Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clin Psychol Sci Pract*. 2006; 13:109-128.
- Boelen, P. A. ve Klugkist, I. (2011). Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with prolonged grief disorder severity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 291-307.

- Bonime, W. (1979). Paranoid psychodynamics. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(4), 514-527
- Boogar, I. R., ve Talepasand, S. (2015). The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer. *Iranian journal of psychiatry*, 10(2), 79.
- Borsboom, D. ve Cramer, A. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9, 91–121.
- Boyacıoğlu, İ. ve Sümer, N. (2011). Bağlanma Boyutları, Otobiyografik Bellek ve Geçmiş Kabul Etme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(67).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). Bowlby-ainsworth bağlanma teorisi. *Davranış ve Beyin Bilimleri*, 2 (4), 637-638.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and Loss, Vol. I. Attachment*, Australia, Pimlico.
- Bowlby, J. (1980) *Loss: Sadness and Depression—Attachment and Loss, Vol. III*. New York: Basic Books, 1980.
- Bowlby, J. (2012). Bağlanma ve Kaybetme: Bağlanma (Çev. TV Soylu). *İstanbul: Pinhan Yayıncılık. (Eserin orijinali 1969'da yayımlandı).*
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York & London: Jason Aronson, Inc.
- Bodur F (1999) Defense Style Questionnaire (Savunma Biçimleri Testi) Ego Savunma Mekanizmaları Testinin Türkçe Formu Dil Eşdeğerliliği, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Buckley T, Mihailidou AS, Bartrop R, McKinley S, Ward C, Morel-Kopp MC, et al.(2011) Haemodynamic changes during early bereavement: potential contribution to increased cardiovascular risk. *Heart Lung Circ.* 20 (2):91–8,
- Bursten, B. (1973). Some narcissistic personality types. *International journal of psycho-analysis*, 54, 287-300.
- Butler, S. ve Northcut, T. B. (2013). Enhancing Psychodynamic Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of grief. *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 309-315
- Busink, R. ve Kuiken, D. (1996). Identifying types of impactful dreams: A replication. *Dreaming*, 6(2), 97-119.
- Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö. E., Demirel, F., Karadeniz, Ş. ve Çakmak, E. K. (2016). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem yayınları
- Caligor, E., Kernberg, O. F. ve Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Pub.
- Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R. ve Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others and relationship functioning. *J Pers Soc Psychol*, 66: 127-140.

- Carnelley, Katherine B., Paula R. Pietromonaco, and Kenneth Jaffe.(1996) "Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner." *Personal Relationships* 3, no. 3 (1996): 257-278.
- Carver, K. S., Hayslip Jr, B., Gilley, A., ve Watts, J. (2014). Influences on grief among parentally bereaved adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 69(2), 105-116.
- Cavanagh S.(1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurs. Res.* (4), 45–16.
- Caperton, W. (2012) Dream-work in psychotherapy: Jungian, post-Jungian, existential-phenomenological, and cognitive-experiential approaches, *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 3(1), 1-35.
- Cerney,M. S. (1985). Imagery and grief work. *Psychotherapy Patient*, 2, 35743.
- Cesur, G. (2012). Yetişkinlerde travmatik yasin ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Ceyhun, B. ve Oral, N. (2008). MMPI Değerlendirme Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
- Cicchetti, D. ve Toth, S.L. (2015) In: Lamb M. (ed). *Çocuk psikolojisi ve gelişim bilimi el kitabı*, 7. baskı, Cilt. 3 New York: Wiley, 513-63.
- Cicchetti, D., Handley, E.D. ve Rogosch, F.A. (2015) *Dev Psychopathol* 2015; 27 : 553-66.
- Chabert, C. (2013) Projektif Metotlar ve Psikanaliz: Teşhis Ve Psikanalitik Tedavinin Birlikteliği, Çev: *Defne Satgan, Yansıtma dergisi*, 19(1),1 -169
- Chen, J. H., Bierhals, A.J., Prigerson, H.G., Kasl, S.V., Mazure, C.M. ve Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367–380.
- Clark, A. J. (1995). Projective techniques in the counseling process. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 311-316.
- Clayton, P. J. (1990). Bereavement and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 34–38.
- Cleckley, H. M. (1951). The mask of sanity. *Postgraduate medicine*, 9(3), 193-197.
- Creighton, G., Oliffe, J. L., Butterwick, S., ve Saewyc, E. (2013). After the death of a friend: Young men's grief and masculine identities. *Social Science & Medicine*, 84, 35-43.
- Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A. ve van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on ``who`` rather than ``how``.*Crisis*, 15, 22-36.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. ve Deblinger, E. (2016). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications.
- Cohen, J. A., ve Mannarino, A. P. (2011). Trauma-focused CBT for traumatic grief in military children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(4), 219-227.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233.
- Coleman, M. C. (1992). *Behavior disorders: Theory and practice*. Allyn & Bacon.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Corey, G., & Ergene, T. (2008). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları*. Mentis yayıncılık.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., ve Corr, D. M. (2006). *Death & dying, life & living (5th Ed.)*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Cowen, P., Harrison, P. ve Burns, T. (2012). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford university press.
- Cramer P.(1998) Coping and defense mechanisms: what's the difference? *J Pers*. 66: 919-946.
- Craig, E. ve Walsh, S. (1993) Phenomenological challenges for the clinical use of dreams. G. M. V. Delaney, (Ed.), *New directions in dream interpretation içinde* (103-154). Albany, NY: State University of New York Press.
- Creswell, J.W. ve Plano Clark, W.L. (2014). *Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütülmesi*, (Çev: Yüksel Dede ve Selçuk Beşir Demir), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., ve Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist*, 35(2), 236-264.
- Cresswell, J. W. (2014). *Araştırma Deseni: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları* (SB Demir, Çev. Ed.). *Ankara: Eğiten Kitabevi*.
- Cresswell, J. W. (2013). *Araştırma deseni: nitel, nicel ve karma yöntem yaklaşımları*. Çev. Selçuk Beşir Demir). *Ankara: Eğiten Kitap*.
- Creswell, J. W., ve Clark, V. L. P., (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications
- Cummings, J. A. (1986). Projective drawings. The assessment of child and adolescent personality, 199-244.
- Cupit, I. N., Servaty-Seib, H. L., Tedrick Parikh, S., Walker, A. C. ve Martin, R. (2016). College and the grieving student: A mixed-methods analysis. *Death studies*, 40(8), 494-506.
- Cvinar, J.G.(2005) Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005;41:14-21.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E. ve Shear, M.K., (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 57, 21–27.
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12.

- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. ve Dahlstrom, L. E. (1972). An MMPI handbook. Vol. 1: Clinical Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Deal, K. H. (2007). Psychodynamic theory. *Advances in Social Work*, 8(1), 184-195
- Delaney, Gayle (1997). Rüyalarda Problem Çözme, Çev. Murat Temelli, İstanbul: İm Yayın Tasarım
- Dell'osso L, Carmassi C, Rucci P, Ciapparelli A, Paggini R, Ramacciotti CE, et al. (2009) Lifetime subthreshold mania is related to suicidality in posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*, 14(5):262–6.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Socci, C., Maremmani, A. G. ve Perugi, G. (2011). Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. *Annals of general psychiatry*, 10(1), 1-6.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Socci, C., Maremmani, A. G. ve Perugi, G. (2011). Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. *Annals of general psychiatry*, 10(1), 1-6.
- Dell'Osso L, Carmassi C, Mucci F, Marazziti D. Depression, Serotonin and Tryptophan. *Curr Pharm Des* (2016) 22(8):949–54.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL-90-R : Symptom Checklist-90-R Administration, Scoring, and procedures manual. Minneapolis, Mn : National Computer System.
- Derogatis, L. (1977). SCL-90-R administration, scoring and procedures manual. *Clinical Psychometric Research*.
- Derogatis, L. R., ve Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Desseilles, M., Dang-Vu, T. T., Sterpenich, V. ve Schwartz, S. (2011). Cognitive and emotional processes during dreaming: a neuroimaging view. *Consciousness and cognition*, 20(4), 998-1008.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *The Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12–22.
- DeVoe, E.R. Judith Cohen, Anthony Mannarino, and Esther Deblinger (2009). Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. *Child Adolesc Soc Work J* 26, 283–286.
- Diamond, L.M., Hicks, A. M. ve Otter-Henderson, K.D. (2008) Every time you go away: Changes in affect, behavior, and physiology associated with travel-related separations from romantic partners. *J Pers Soc Psychol*. 95:385–403.
- Doğan, S. (1999). *Türkiye’de psikolojik danışma ve rehberliğin durumu ve geleceğe ilişkin yönelimler*. V. Ulusal PDR Kongresi’nde sunulmuş bildiri, Ankara.
- Doka, K. J. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books/D. C. Heath and Com.

- Domhoff, G. W. (2000). The Repetition Principle in Dreams: Is It a Possible Clue to a Function of Dreams? Retrieved November, 6.
- Donges US, Kugel H, Stuhmann A, Grotegerd D, Redlich R, Lichev V., vd.,(2012) Adult attachment anxiety is associated with enhanced automatic neural response to positive facial expression. *Neuroscience*, 220: 149-157.
- Doorn, C. V., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C. ve Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-573.
- Drake, L. E. (1946). A social I-E scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 51-54.
- Drummond, RJ (1992). Appraisal procedures for counselors and helping professionals (2nd ed.). New York: Merrill. Duckworth,
- Duggan, C., Milton, J., Egan, V., McCarthy, L., Palmer, B. ve Lee, A. (2003). Theories of general personality and mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(S44), s19-s23.
- Dyregrov, K. (2004). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *Omega-Journal of Death and Dying*, 48(1), 23-44.
- Dyregrov K, Dyregrov A, Kristensen P.(2014). Traumatic bereavement and terror: the psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *J Loss Trauma*.
- Eagly, A. H., Wood, W. ve Diekmann, A. B. (2000). Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal. (T. Eckes & H. M. Trautner, Eds.). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Elder, G. H. (2018). Children of the great depression. Routledge.
- Erdem Atak, İ., Beyazıt, U., Subay, N., Sarı, B. ve Reyhan, B. (2012). *Karmaşık yas envanteri (revize edilmiş formu)'nin Türkçe'ye çevirisi: geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Poster Bildiri, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi 25-28 Nisan 2012, İstanbul.
- Erikson, E. (1954). The Dream Specimen Of Psychoanalysis. *Journal Of American Psychoanalytic Association*, 2, 5-56.
- Erikson, E. H. (1946). Ego development and historical change: Clinical notes. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 359-396
- Eth, S. ve Pynoos, R. S. (1994). Children who witness the homicide of a parent. *Psychiatry*, 57(4), 287-306.
- Exner, J. E. (1976). Projective techniques. In I. B. Weiner (Ed.) *Clinical methods in psychology* (ss. 61-121) New York: Wiley.
- Evans, R.W., Ruff, R. M., Braff, D.L. ve Ainsworth, T.L. (1984) MMPI characteristics of borderline personality inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1984;172:742-8.
- Eysenck, H. J. ve Eysenck, M. W. (1985). Personality and individual differences: A natural science approach. New York: Plenum Press.

- Fadiman, J. ve Frager, R. (2012). *Personality and personal growth*. New York: Harper & Row. Fairbairn, W. R. D. (1954). An object-relations theory of the personality.
- Fairbairn, W.R.D. (1944). Endopsychic structure considered in terms of object-relationships. In psychoanalytic studies of the personality. Boston: Routledge and Kegan Paul, 82-136
- Feigelman, W., Gorman, B.S ve Jordan, J.R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Stud.* 2009;33:591-608.
- Ferenczi, S. ve Portakal, H. (2018) Psikolojik Travma, Cem Yayınevi
- Flanagan, L.M. (2002). Object relations theory. In J. Berzoff, L.M. Flanagan & P. Hertz (Eds.), Inside out and outside in (pp. 127-171). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Flanagan, O. (2000). *Dreaming souls: Sleep, dreams, and the evolution of the conscious mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Follette, V. M., ve Ruzek, J. I. (Eds.). (2007). *Cognitive behavioral therapies for trauma*. Guilford Press
- Foster, T. L., Gilmer, M. J., Davies, B., Dietrich, M. S., Barrera, M., Fairclough, D. L., Vannatta, K. ve Gerhardt, C.A. (2011). Comparison of Continuing Bonds Reported by Parents and Siblings After a Child's Death from Cancer. *Death Studies*, 35 (5).
- Fosshage, J. (1983). The Psychological Function Of Dream: A Revised Psychoanalytic Perspective. *Psychoanalysis And Contemporary Thought*, 6, 641-669
- Fosshage, J. L. (1997). The organizing functions of dream mentation. *Contemporary Psychoanalysis*, 33(3), 429-458.
- Fosshage, J. L. (2007). The organizing functions of dreaming: Pivotal issues in understanding and working with dreams. In *International Forum of Psychoanalysis* (Vol. 16, No. 4, pp. 213-221). Taylor and Francis Group
- Fowler, K. E. (2006). Relationship Between Self Reported Trauma, Complicated Grief, and Depression Among College Students.
- Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 8, 389–413
- Franklin, M.S. ve Zypur, M.J. (2005). The role of dreams in the evolution of the human mind. *Evolutionary Psychology*, 3, 59-78.
- French, T. ve Fromm, E. (1964). *Dream interpretation , a new approach*. New York: Basic Book
- Freud, S.(1900). The Interpretation of Dreams, in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vols 4 and 5, translated and edited by Strachey J. London,
- Freud, S. (1915). Repression. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914–1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, 141 – 158.

- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.
- Freud, S. (1924). Mourning and melancholia. The Psychoanalytic Review (1913-1957), 11, 77.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 3-66). London: Hogarth Press. (Original work published 1923).
- Freud, S. (1946). *Civilization and its discontents* (3rd ed.). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1955). Medusa's head. In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): *Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works* (pp. 273-274).
- Freud, S. (1968). The ego and the id. The standard edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud. J. Strachey (Ed. ve Çev.). London: Hogarth. (Orjinal eser 1923'de basılmıştır), Cilt. 19. s. 19-28.
- Freud, A. (1974). *The writings of Anna Freud: I. Introduction to psychoanalysis: Lectures for child analysts and teachers, 1922-1935*. International Universities Press.
- Freud A. (2004). Ben ve savunma mekanizmaları. (Çev. Yeşim Erim), İstanbul: Metis Yayınları.
- Freud, A., ve Erim, Y. (2004). Ben ve savunma mekanizmaları. Metis.
- Freud, S. ve Dikmen, F. (2018). *Psikanaliz üzerine: Psikoloji serisi*. Tutku yayınları
- Fried, E., van Borkulo, C., Cramer, A., Boschloo, L., Schoevers, R., ve Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 52, 1–10.
- Fromm, E. (1951). *The forgotten language*. New York: Grove Press
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S. ve ark. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. Journal of Affective Disorders, 127 (13), 352–358.
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Pub.
- Gana, K. ve K'Delant, P. (2011). The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of affective disorders*, 128(1-2), 128-134.
- Garland, C.B. (2002), *Understanding trauma: A psychoanalytic Approach*, 2. Baskı, Londra, Karnac
- Garret Henry, E.(1967). *Psikolojiye Giriş*, Çev. Fevzi Ertem, Remzi Öncül, İstanbul: Milli Eğitim Basımevi
- Geçtan, E. (2002). *Psikanaliz ve sonrası* (4. Baskı). İstanbul: Metis.

- Geçtan, E. (2005). *Psikanaliz ve sonrası* (11. baskı). İstanbul: Metis Yayınları
- Geert E. Smid, Rolf J. Kleber, Simone M. de la Rie, Jannetta B. A. Bos, Berthold P. R. Gersons & Paul A. Boelen (2015) Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss, *European Journal of Psychotraumatology*, 6:1, 27-324,
- Gerardot, D. D. (2002). Traumatic grief in the chemically abusing/dependent adolescent in treatment. Seattle Pacific University Department of Graduate Psychology
- Germain, A., Shear, K. M., Walsh, C., Buysse, D. J., Monk, T. H., Reynolds III, C. F., ... & Silowash, R. (2013). Dream content in complicated grief: A window into loss-related cognitive schemas. *Death Studies*, 37(3), 269-284.
- Gillies, J. ve Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65.
- Gire, J. (2014). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Readings in Psychology and culture*, 6(2), 3.
- Glucksman, M. L. (2001). The dream: A psychodynamically informative instrument. *The journal of psychotherapy practice and research*, 10(4), 223.
- Graham JR. (1998). *The MMPI: A Practical Guide*. 2nd ed. New York: Oxford University Press
- Green, B. L. (2000). Traumatic loss: conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 5, 1-17.
- Greenberg R ve Pearlman C. (1993). An integrated approach to dream theory: contributions from sleep research and clinical practice, in *The Functions of Dreaming*. (edited by Moffitt A, Kramer M, Hoffman R. Albany, NY) State University of New York Press, pp 363-380
- Greenberg, L., Alberg, N. ve Tompkins, M. (2020). *Psikodinamik Bilişsel Davranışçı ve Duygu Odaklı Psikoterapide Duygularla Çalışma psikoterapi enstitüsü yayınları*
- Gregory, R. J. (1994) Grief and loss among Eskimos attempting suicide in western Alaska. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1815-1816.
- Grinberg, L. (1964). Two kinds of guilt: Their relationship with normal/ pathological aspects of mourning. *International Journal of Psycho- Analysis*, 45, 366-372.
- Gross, R. (2018). *The psychology of grief*. Routledge.
- Golden, A. M. J., ve Dalglish, T. (2012). Facets of pejorative self-processing in complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 51
- Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death studies*, 32(4), 352-365.

- Goldstein, E.G. (1995). *Ego psychology and social work practice* (2nd ed.). New York: The Free Press
- Greenberg, L., Alberg, N. ve Tompkins, M. (2020). *Psikodinamik Bilişsel Davranışçı ve Duygu Odaklı Psikoterapide Duygularla Çalışma*, Psikoterapi enstitüsü yayınları
- Greenberg, L.S., Malberg, N.T. ve Tompkins, M.A. (2019). *Working With Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons
- Gustin, Q.L, Goodpaster, W.A, Sajadi, C., Pitts, W.M. Jr, et al.(1983) MMPI characteristics of the DSM-III borderline personality disorder. *J Pers Assess*, 47:50–9.
- Güven, E. ve Bilim, G. (2018). Rahatsız edici rüya temalarının altında yatan mekanizmalar hakkında bütünleştirici bir model önerisi: Savunma stilleri, işlevsiz tutumlar, kişilerarası stiller ve rüya temaları. *Rüya Görmek*, 28 (3), 261–277
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7-12.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal justice and behavior*, 23(1), 25-54.
- Harkness, K. L., M. K. Shear, et al. (2002). "Traumatic grief treatment: case histories of 4 patients." *J Clin Psychiatry* 63(12): 1113-20.
- Hartmann, H. (1939). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 74–96.
- Hartmann, E. (1984). *The nightmare*. New York, NY: Basic Books.
- Hartmann, E. (2010). The dream always makes new connections: the dream is a creation, not a replay. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 241-248.
- Hartmann, E. (2010). The Underlying Emotion and The Dream: Relating Dream Imagery To The Dreamer ‘S Underlying Emotion Can Help Elucidate The Nature Of Dreaming. *International review of neurobiology*, 92, 197-214.
- Hathaway, S. R., & Monachesi, E. D. (1963). *Adolescent personality and behavior: MMPI patterns of normal, delinquent, dropout, and other outcomes*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q. ve Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatr Res*. 219(2).

- Heller, N. ve Northcut, T. (2011). The integration of psychodynamic and cognitive behavior. In J. Berzoff, L. M. Flanagan, & P. Hertz (Eds.), *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology* (pp. 208–221). Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc
- Hendrickson, K.C. (2009) Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature of the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliat Support Care*.7:109–19.
- Herdi, O., Akaslan, D. S., Ertan, E. A., Alptekin, G., ve Cankorur, V. Ş. (2019). Dinamik Yönelimli Etkileşim Grup Psikoterapisinde İyileşmenin Beier Cümle Tamamlama Testi İle Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 27(3), 101-113.
- Heron, M. (2012). Deaths: Leading causes for 2009. *National Vital Statistics Reports*, 61(7).
- Hibberd, R., Elwood, L. S., & Galovski, T. E. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. *Journal of Loss and Trauma*, 15(5), 426-447.
- Hobson, J. A., & McCarley, R. W. (1977). The brain as a dream state generator: An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1335–1348.
- Hobson, J.A. (1988). *The Dreaming Brain*. New York, Basic Books
- Holland, J. M. ve Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254-263.
- Hollifield, M. ve Finlay, L. (2013). The Boundary between Hypochondriasis, Personality Dysfunction, and Trauma. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 37-46.
- Holmes, T.H. ve Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11: 213-218.
- Horowitz, M.J., Krupnick, J., Kaltreider, N., Wilner, N., Leong, A. ve Marmar, C. (1981)Initial psychological response to parental death. *Archives of General Psychiatry* 38: 316-323.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C. ve Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154: 904-10.
- Horowitz, M. J. (Ed.). (1999). *Essential papers on post traumatic stress disorder* (Vol. 14). NYU Press.
- Horowitz, R. (2002). Psychotherapy and schizophrenia: The mirror of countertransference. *Clinical Social Work Journal*, 30, 235–244.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K. ve Chae, J. H. (2020). Attachment Style, Complicated Grief and Post-Traumatic Growth in Traumatic Loss: The Role of Intrusive and Deliberate Rumination. *Psychiatry investigation*, 17(7), 636
- Humphrey, K. M. (2009). *Counseling strategies for loss and grief*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Hunsley, J., Hanson, R. K. ve Parker, K. C. (1988). A summary of the reliability and stability of MMPI scales. *Journal of clinical psychology*, 44(1), 44-46.

- Hurt SW, Clarkin JF, Frances A, Abrams R, et al. Discriminant validity of the MMPI for borderline personality disorder. *J Pers Assess* 1985;49:56–61.
- Hyphantis vd., (2006). Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary study. *Rheumatology International*, 26,828–836.
- Hyphantis vd., (2008) Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 307–327.
- İkiz, T. (2013). *Psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler*. İstanbul: Bağlam yayıncılık.
- İkiz, T. (2015). *Psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler*. Bağlam Ders Kitapları.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention*. New York: Brunner/ Mazel.
- Jacobs, S., Mazure, C. ve Prigerson, H. (2000). Diagnostic Criteria for Traumatic Grief. *Death Studies*, 24(3),185-199.
- Jacobs, S. ve Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of Traumatic grief: A Review of Evidence for Psychotherapeutic Treatments. *Death Studies*, 24(6), 479-495.
- Jacobs, S., Mazure, C. ve Prigerson, H. (2000). Diagnostic Criteria for Traumatic Grief. *Death Studies*, 24(3),185-199.
- Jacobs, S.C., Mason J.W, Kosten, T.R. ve Wahby, V. (1986) Bereavement and catecholamines. *J Psychosom Res.*30:489–496.
- Jacobs, S.C., Mason, J.W., Kosten, T.R., Wahby, V., Kasl, S.V. ve Ostfeld, A.M. (1986). Bereavement and catecholamines. *J Psychosom Res.* 30(4):489–96.
- James, J. W. ve Friedman, R. (2009). *The grief recovery handbook, 20th anniversary expanded edition: The action program for moving beyond death, divorce, and other losses including health, career, and faith*. Harper Collins.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenkins, C. ve Merry, J. (2005). *Relative Grief: Parents and children, sisters and brothers, husbands, wives and partners, grandparents and grandchildren talk about their experience of death and grieving*. Jessica Kingsley Publishers.
- Johnson, S. L., Ballister, C. ve Joiner, T. E. (2005) Hypomanic vulnerability, terror management, and materialism. *Pers Individ Dif* (2005) 38:287–96.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. ve Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Johnson SL. (2005) Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clin Psychol Rev.*, 25(8):1008–27.
- Johnson, S.L., Cuellar, A.K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White R., et al. (2008) Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *J Abnormal Psychol*, 117(2):268–77.

- Jung, C. (1953). Two essays on analytical psychology. London: Routledge & Kegan Paul. P. 190
- Kalaycı, Ş. v.d. (2006), SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara.
- Kaltman, S. ve Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131–147
- Kaplow, J. B., Howell, K. H. ve Layne, D. M. (2014). Do circumstances of the death matter?: Identifying socioenvironmental risks for griefrelated psychopathology in bereaved youth. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 43–49.
- Karagöz Yalçın (2019). SPSS ve AMOS Uygulamalı Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Kartal, M. (2006). Bilimsel Araştırmalarda Hipotez Testleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., Prescott, C.A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry* 158, 587–593.
- Kernberg, O. F. (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1988). Psychic structure and structural change: An ego psychology-object relations theory viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 315-337.
- Kernberg, O. F. ve Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major theories of personality disorder*, 2, 114-156.
- Kernberg, O. (2016). Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. Çev. Mustafa Atalay. İstanbul: Metis Yayınları.
- Kersting, A. Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B.T., Arolt, V., Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *J Affect Disord*, 118, (1–3), 201–204
- Keyes K. M., Pratt C, Galea S, McLaughlin K.A., Koenen K.C., Shear M. K. (2014) The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*, 171(8):864–71.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99
- Krech, D. ve Crutchfield, R. S. (1948). Theory and problems of social psychology. New York, NY: McGraw-Hill.
- Kocabıyık, O. O. (2016). Olgubilim ve gömülü kuram: Bazı özellikler açısından karşılaştırma. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 55–66.

- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1998). *Kendiliğin çözümlemesi*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Korchin, S. J., & Schulberg, D. (1981). The future of clinical assessment. *American Psychologist*, 36(10), 1147.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A., & Phares, V. (2014). *Klinik psikolojiye giriş*. Metis Yayıncılık.
- Kreicbergs vd., (2004) Anxiety and depression in parents 4–9 years after the loss of a child owing to a malignancy: a population-based follow-up. *Psychol Med.*, 34:1431–41.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G., & Neale, J. (2015). *Anormal Psikolojisi* (Çeviri Ed M Şahin). Ankara, Nobel.
- Kristensen, P., Weisaerth, L. ve Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76–97.
- Krupnick, J. L. (2002). Brief psychodynamic treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 919-932
- Kubacki, A. (1986) Male and female mania. *Can J Psychiatry*, 31(1):70–2.
- Kuiken, D. ve Sikora, S. (1993). The impact of dreams on waking thoughts and feelings. In A. Moffitt, M. Kramer, & R. Hoffmann (Eds.), *The functions of dreaming*. Albany
- Kulaksızoğlu ve diğ., (2009). *Psikiyatri*, İstanbul Üniversitesi basım ve yayınevi-İstanbul s,96-97
- Kübler-Ross, E. (2011). *Questions and Answers on Death and Dying: a companion volume to On death and dying*. Simon and Schuster.
- Kramer, M. (1993). The selective mood regulatory function of dreaming: an update and revision, in *The Functions of Dreaming*, edited by Moffitt A, Kramer M, Hoffman R. Albany, NY, State University of New York Press, pp 139–195
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage publications.
- Koulack, D. (1993). Dreams and adaptation to contemporary stress, in *The Functions of Dreaming*. (edited by Moffitt A, Kramer M, Hoffman R. Albany, NY) State University of New York Press, pp 321–340
- Langner, R. ve Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235–242.
- Lansing, A., Plante, W., Golshan, S., Fennema-Notestine, C. ve Thuret, S. (2017). Emotion regulation mediates the relationship between verbal learning and internalizing, trauma-related and externalizing symptoms among early-onset, persistently delinquent adolescents. *Learning and Individual Differences*.
- Larsen, R., & Buss, D. M. (2017). *Personality psychology*. McGraw-Hill Publishing.

- Lazarus, R.S ve Cohen, J.B.(1978). Environmental stress. In: Altman I, Wohlwill JF, editors. Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research. Vol. 1. New York: Plenum; pp. 89–127
- Leszczynski, J. P. (2009). A state conceptualization: Are individuals' masculine and feminine personality traits situationally influenced?. *Personality and Individual Differences*, 47(3), 157-162.
- Levav, I., Friedlander, Y., Kark, J.D., M.D., Peritz, E. (1988). An Epidemiologic Study of Mortality among Bereaved Parents. *N Engl J Med*, 319, 457-461.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. North Atlantic Books.
- Levitan, H. L. (1981). Failure of the defensive functions of the ego in dreams of psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 36(1), 1-7.
- Lewis, L. (2004). Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(3), 231-244.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Lingiardi, V. ve McWilliams, N. (2020). Introduction to the Special Issue on the Psychodynamic Diagnostic Manual, (Pdm-2): The Pdm: Yesterday, Today, Tomorrow. *Main Issues Of Pedagogy And Psychology*, 18(2), 23-32.
- Lingiardi, V. ve McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F. ve Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94.
- Liu Y, Ding Y, Lu L, Chen X. (2017) Attention bias of avoidant individuals to attachment emotion pictures. *Sci Rep.*, 7:41631.
- Maciejewski, P., Maercker, A., Boelen, P. ve Prigerson, H. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity. *World Psychiatry*, 15, 266–275.
- Maddi, S. R. (1996). *Personality theories: A comparative analysis*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Mahler, M. S. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. *Infantile Psychosis*, Volume 1.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333-338.
- Magnavita, JJ (2002). Kişilik kuramları: Kişilik bilimine çağdaş yaklaşımlar . John Wiley ve Oğulları A.Ş.Malberg, N. T. (2019). *Psychodynamic Psychotherapy and Emotion*.

- Malinowski, J. ve Horton, C. L. (2014). Evidence for the preferential incorporation of emotional waking-life experiences into dreams. *Dreaming*, 24(1), 18.
- Malkinson, R. ve Ellis, A. (2000). The application of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) in traumatic and nontraumatic loss. *Traumatic and nontraumatic bereavement: Clinical theory and applications*, 173-195.
- Malone, J. C., Westen, D. ve Levendosky, A. A. (2011). Personalities of adults with traumatic childhood separations. *Journal of clinical psychology*, 67(12), 1259-1282.
- Mallon, B. (2008). *Dying, death and grief: Working with adult bereavement*. Sage.
- Mancini, A.D ve Bonanno, G.A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. *J Pers.* 77: 1805–1832
- Martin, T. ve Doka, K. J. (2000). *Men don't cry, women do: Transcending gender stereotypes of grief*. Philadelphia, PA: Brunner Mazel
- Marshall, T.C., Bejanyan, K. ve Ferenczi, N. (2013) Attachment styles and personal growth following romantic breakups: the mediating roles of distress, rumination, and tendency to rebound. *PLoS One*.
- Martikainen, P. ve Valkonen, T. (1996) Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am J Public Health*, 86(8):1087–93.
- Martin, H., ve Frackowiak, M. (2017). The value of projective/performance-based techniques in therapeutic assessment. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 24(2), 91-95.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 563-568.
- Masferrer, L., Mancini, A. D. ve Caparrós, B. (2020). Understanding the Relationship Between Complicated Grief Symptoms and Patterns of Personality Disorders in a Substance Users' Sample: A Network Analysis Approach. *Frontiers in psychology*, 11.
- Math, S. B., Nirmala, M. C., Moirangthem, S., & Kumar, N. C. (2015). Disaster management: mental health perspective. *Indian journal of psychological medicine*, 37(3), 261
- Matos, M. ve Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(4), 299-312
- Matthews, L. T. ve Marwit, S. J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28(9), 849-863.
- Masterson, J. F. ve Liberman, A. R. (2012). *Terapistler için Kişilik Bozulukları Rehberi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Masterson, J. ve Klein, R. (2014). *Kendilik bozuluklarının psikoterapisi; Masterson yaklaşımı* (M. Benveniste, P. Özdemir, çev.). Kocaeli: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

- Mauritz, M. ve Van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251-260.
- McClelland, D.C. , Koestner, R. , Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690–702.
- McGuire, E. (1968). *The Maoris of New Zealand*. New York: Macmillan.
- McKnight, P. E. ve Najab, J. (2010). Kruskal-wallis test. *The corsini encyclopedia of psychology*, 1-1.
- McKinley, J. C., Hathaway, S. R. ve Meehl, P. E. (1956). The K scale. In *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine* (pp. 112-125). University of Minnesota Press Minneapolis.
- McNally, R. J., Robinaugh, D., Wu, G., Wang, L., Deserno, M., and Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems. *Clin. Psychol. Sci.* 3, 836–849
- McWilliams, N. ve Kalem, E. (2010). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- McWilliams, N. (2010). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak* (E. Kalem, Çev). *İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal çalışma 1994 yılında yayımlanmıştır)*.
- Mechanic, D. (1972) Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine* 286: 1132-1139.
- Meddis, R. (1977). *The sleep instinct*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W. ve Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 911-919.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K. ve Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 493-499
- Meredith, P., Strong, J., Feeney, J.A. (2006) Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain* 2006;123: 146-154.
- Merikangas, K. R. (2007). *Ölüm, Ölmek ve Yas*. Comprehensive Textbook Of Psychiatry 8 edition: Benjamin Sadock (Türkçe Çev: Hamdullah Aydın) Güneş Yayınevi, Ankara.
- Meuser, T. M., Davies, R. M. ve Marwit, S. J. (1995). Personality and conjugal bereavement in older widow(er)s. *Omega*, 30, 223–235.
- Meuser, T. M., ve Marwit, S. J. (2000). An integrative model of personality, coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 40(2), 375-393.

- Middleton, W., Franzp, M. D., Raphael, B., Burnett, P. ve Martinek, N. (1997). Psychological distress and bereavement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 447–453.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Pers Relatsh* 2005; 12: 149-168.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. ve Avihou-Kanza, N. (2011). Individual differences in adult attachment are systematically related to dream narratives. *Attachment & Human Development*, 13(2), 105-123.
- Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
- Mikulincer, M., Gillath, O. ve Shaver, P.R. (2002) Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83:881-895.
- Miniño, A. M., Arias, E., Kochanek, K. D., Murphy, S. L. ve Smith, B. L. (2002). Deaths: Final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 50(15), 1–120
- Mitchell, S. A. ve Black, M. J. (2016). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Hachette UK.
- Morewedge, C. K. ve Norton, M. I. (2009). When dreaming is believing: The (motivated) interpretation of dreams. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(2), 249.
- Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G. ve Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 288-297.
- Murdock, N. L. (2012). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları* (F. Akkoyun, Çev.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Murphy, B. ve Bates, G.W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Pers Individ Dif*. 22: 835-844.
- Murray, L. K., Cohen, J. A., Ellis, B. H. ve Mannarino, A. (2008). Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 585-604.
- Myers, L. ve Sirois, M. J. (2004). Spearman correlation coefficients, differences between. *Encyclopedia of statistical sciences*, 12.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65-85
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46(2), 235-251.
- Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R. ve Thornton, G. F. (Eds.). (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. Routledge.
- Neria, Y. ve Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87

- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S. ve ark. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 251–262.
- Nerken, I. R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer model of loss resolution and growth. *Death Studies*, 17(1), 1-2
- Neufeld, M. (2021). Dreaming in crisis. *Prospects*, 1-10.
- Nolen-Hoeksema, S.L. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Mahwah
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Ogden, T.H. (2018). *Şu Psikanaliz Sanatı: Görülmemiş Rüyaları Görmek, Kesintiye Uğramış Çılgınlıkları Duymak*, İstanbul Bilgi Üniversitesi yayınları
- Olgun, T. Ö. (1999). Travmatik kayıpların ardından gelişen yas sürecini belirleyen etmenler. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J. ve Brilman, E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry* 158, 885–891.
- Oster, G. D. ve Gould, P. (1987). *Using drawings in assessment and therapy: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner.
- Osterweis, M., Solomon, F. ve Green, M. (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ott, C.H., Lueger, R. J., Kelber, S. T. ve Prigerson, H. G. (2007). Spousal Bereavement in Older Adults: Common, Resilient, and Chronic Grief With Defining Characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (4), 332-341.
- Özbey, S. ve Alisinanoğlu, F. (2009). A study on problem behavior of 60-72 months children who attending public early childhood education institution. *The Journal of International Social Research*, 2(6), 493-517.
- Özerkan, K.N., (2004), *Spor psikolojisine giriş*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Özakkaş, T. (2009). *Ego psikolojisi yaklaşımları 7. BDT Ders Notları*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları
- Özakkaş, T. (2015). *Bütüncül psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özakkaş, T. (2017). *Rüyaların uygulamalı yorumu: Kuramlara göre*. Darıca: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Özgüven, İ. E. (2014). *Psikolojik testler*. Nobel yayınları. Ankara

- Özyürek, R. (2009). Okullarda psikolojik danışma ve rehberlik uygulamaları ve öğrencilere sağlanan süpervizyon uygulamaları: Ulusal bir tarama çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(32), 54-63.
- Palombo, S.(1978). *Dreaming and Memory*. New York, Basic Books.
- Palombo, J., Bendicsen, H.K. ve Koch, B.J. (2009). *Psikanalitik gelişim kuramları için rehber* . New York, NY: Springer.
- Parekh, M. A, Majeed, H., Khan, T.R, Khan, A.B., Khalid, S., Khwaja, N. M., Khalid, R., Khan, M. A., Rizqui, I. M. ve Jehan, I. (2010). Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. *BMC psychiatry*. 2010 Jan 29
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement, studies in adult grief*. London: Tavistock Publishing.
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Patton, M. Q. (2014). Nitel araştırma ve değerlendirme Yöntemleri (M. Bütün ve S. B. Demir, çev.). Ankara: Pegem Akademi.
- Pearlman, L. A., Wortman, C. B., Feuer, C. A., Farber, C. H. ve Rando, T. A. (2014). *Treating traumatic bereavement: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Petraglia, J., Bhatia, M., De Roten, Y., Despland, J. N. ve Drapeau, M. (2015). An empirical investigation of defense interpretation depth, defensive functioning, and alliance strength in psychodynamic psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 69(1), 1-17.
- Piotrowski, Z. (1972) Psychological testing of intelligence and personality. In A. M. Freedman & H. I. Kaplan (Ed.), *Diagnosing mental illness: Evaluation in psychiatry and chology* (ss.41-85), New York : Atheneum.
- Prigerson, H. O.,ve Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L.,Hall, M., et al. (1997). Case histories of traumatic grief. *Omega*, 35, 9–24
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., ... & Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1994-1995.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Wolfson, L., Ehrenpreis, L. ve Reynolds, C. F. (1997b). Case Histories of Complicated Grief. *Omega*, 35, 9–24.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G.S., Houck, P. R., George, C. J. ve Kupfer, D. J. (1995). Complicated Griefand Bereavement-Related Depression as Distinct Disorders: Preliminary Empirical Validation in Elderly Bereaved Spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. ve Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged Grief Disorder: A case for Inclusion in DSM–V. In M. S. Stroebe, R.O. Hansson, H Schut, W., *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*, s.165–86. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M.(1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 59: 65-79
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L.C., Newsom, J. T., and Jacobs, S. C. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., Bierhals, A. J., Kupfer, D. J., and Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156(12).
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Newsom, J. T., Frank, E., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., ... & Kupfer, D. J. (1996). Anxiety among widowed elders: Is it distinct from depression and grief?. *Anxiety*, 2(1), 1-12.
- Prigerson H.G., Jacobs S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test, in *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Edited by Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut HAW. Washington, DC, American Psychological Association, pp 613–647
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., & Jacobs, S. C. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 154, 1003–1009
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L., Hall, M., et al. (1997). Case histories of traumatic grief. *Omega*, 35, 9–24.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related Indeed there is no sharp dichotomy between complicated and uncomplicated grief, it is largely a matter of degree depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson H.G. ve diğerleri (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. 6(8)
- Prigerson, H.G. ve Slimack, M. (1999) Gender differences in risk factors for suicidality. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:23–31Crossref, Medline, Google Scholar
- Prigerson, H.G., Ahmed, I., Silverman, G.K., (2002). Rates And Risks Of Complicated Grief among Psychiatric Clinic Patients In Karachi, Pakistan, *Death Studies*, 26, 7817-792.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. (2006). Analysing qualitative data. In: Pope C, Mays N (eds). *Qualitative Research in Health Care* (3rd edn). Oxford: Blackwell Publishing, 63–81.
- Powers, B. A., Knapp, T., & Knapp, T. R. (2010). *Dictionary of nursing theory and research*. Springer Publishing Company.
- Raphael, B. (1977) Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry* 34: 1450-1454.

- Raphael, B. (1999). Trauma and grief. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 2(2), 22.
- Raphael, B. ve Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder.
- Reiser, M.F. (2001) The dream in contemporary psychiatry. *Am J Psychiatry*, 158:351–359
- Resick, P.A. ve Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60,748-7756
- Reynolds, F. (1996). Laying mother to rest: Working with grief-related nightmares through exposure therapy and imagery. *Counselling Psychology Quarterly*, 9,229-7233.
- Rheingold, A. A., Smith, D. W., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (2004). Loss, trauma exposure, and mental health in a representative sample of 12–17-year-old youth: Data from the national survey of adolescents. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 1-19
- Riches, G. ve Dawson, P. (1998). Spoiled memories: Problems of grief resolution in families bereaved through murder. *Mortality*, 3(2), 143–159.
- Rickarby, G.A. (1977) Four cases of mania associated with bereavement. *J Nervous Ment Dis*. 165(4):255–62.
- Robinaugh, D., LeBlanc, N., Vuletich, H., and McNally, R. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *J. Abnorm. Psychol.* 123, 510–522.
- Robinaugh, D. J., McNally, R. J., LeBlanc, N. J., Pentel, K. Z., Schwarz, N. R., Shah, R. M., ... & Simon, N. M. (2014). Anxiety sensitivity in bereaved adults with and without complicated grief. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(8), 620.
- Robinson, T. ve Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death studies*, 30(7), 677-696.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., Borkovec, T. D. ve Litz, B. T. (1998). Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 123–130.
- Rosenfeld, D. (2018). *The psychotic: Aspects of the personality*. Routledge.
- Rosen, E. J. (1989). Family therapy in cases of interminable grief for the loss of a child. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19(3), 187-202.
- Rosen, G., Kleinman, A., and Katon, W. (1982) Somatization and family practice: a biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice* 14: 493-502.
- Rosenblatt, P.C., Walsh, R.P., and Jackson, D.A. (1977) *Grief and Mourning in Cross-Cultural Perspective* . Washington, D.C.: HRAF Press.

- Rosengard, C. ve Folkman, S. (1997). Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with AIDS. *AIDS Care*, 9:373–384.
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M. ve Hagl, M. (2014) Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial. *J Affect Disord.* 167:56–63.
- Röder, C. H., Overbeck, G. ve Müller, T. (1995), Psychoanalytic theories of hypochondria, *Psyche* (Stuttg), 49 (11):1068-98.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (2014). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood. Psychology Press.
- Rubin, S. S., Malkinson, R. ve Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement: conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies*, 27, 667–690.
- Ruble, D. N. ve Martin, C. L. (1998). Gender development. In: W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 933–1016). New York: Wiley.
- Ruppert, F. (2014). Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları. *Çeviren: Fatma Zengin*(1. Basım) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Ruppert, F. (2014). *Ruhtaki bölünmeler: Aile diziminden travma konstelasyonlarına*. Kaknüs.
- Ryneerson, E. K. ve McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 258–261.
- Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N., & Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 39–48.
- Saltalı, N. D., & Arslan, E. (2012). Parent's Attitudes as a Predictor of Preschoolers' Social Competence and Introverted Behavior. *Elementary Education Online*, 11(3)
- Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega*, 10, 303–322
- Shah, A. (2004). Ethnicity and the common mental disorders. In: Melzer D, Fryers T, Jenkins R (eds). *Social inequalities and the distribution of the common mental disorders*. East Sussex: Psychology Press Ltd, 171-223.
- Savaşır, I. (1981). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı*. Ankara: Sevinç Matbaası
- Schames, G. (2002). Ego psychology. In J. Berzoff, L.M. Flanagan, & P. Hertz (Eds.), *Inside out and outside in* (pp. 67-101). Lanham, MD: Jason Aronson
- Schenck, L. K., Eberle, K. M., & Rings, J. A. (2016). Insecure attachment styles and complicated grief severity: Applying what we know to inform future directions. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 73(3), 231-249.
- Schut, H. A. W., de Keijser, J. ve van den Bout, J. (1991). A controlled efficacy study into short-term individual counselling: Client variables. Paper read at the Third International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Sydney, Australia, 30 June to 4 July.

- Schreuder, B. J., van Egmond, M., Kleijn, W. C., & Visser, A. T. (1998). Daily reports of posttraumatic nightmares and anxiety dreams in Dutch war victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 511–524.
- Segal H (1973). Introduction to the work of Melanie Klein. London: Hogarth.
- Servaty-Seib, H. L. ve Taub, D. J. (2010). Bereavement and college students: The role of counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 947-975.
- Shamir, M. ve Travis, J. (2002). Introduction. In Shamir, M., & Travis, J. (Eds.), *Boys don't cry? Rethinking narratives of masculinity and emotion in the US* (pp. 1-23). New York: Columbia University Press.
- Shapiro, D. (1999) *Neurotic Styles*. Basic Books: New York,
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. ve Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Bilt, J. V., ...Masters, S. (2001). Traumatic Grief Treatment: A Pilot Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. & Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and anxiety. *Current psychiatry reports*, 14(3), 169-175.
- Spear, R. K. (2020). *Feminine Identity After Losing Relationship With Living Children: The Ambiguous Loss of Maternal Prolonged Grief* (Doctoral dissertation, Pacifica Graduate Institute).
- Shives, L. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric–Mental Health Nursing* (Eighth edi).
- Silowash, R. (2013). Dream content in complicated grief: A window into loss-related cognitive schemas. *Death studies*, 37(3), 269-284.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., MaCiejewski, P. K., Noaghiul, F. S. ve Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857–862
- Silverman, G. K., Johnson, J. G. ve Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 202–215
- Silverman, P. R. (1987). The impact of parental death on college-age women. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 387-404.
- Silverman, G. K., J. G. Johnson, et al. (2001). "Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people." *Isr J Psychiatry Relat Sci* 38(3-4): 202-15.

- Simon, N.M., Pollack, M.H., Fischmann, D., Perlman, C.A., Muriel, A.C. ve Moore, C. W. (2005): Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:1105-1110.
- Simon, N.M, Shear K., Thompson, E.H., Zalta, A.K., Perlman, C., Reynolds, C.F., Frank, E., Melhem, N.M. ve Silowash, R. (2007) The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007, 48:395-399.
- Soffer-Dudek, N., Shalev, H., Shiber, A. ve Shahar, G. (2011). Role of severe psychopathology in sleep-related experiences: A pilot study. *Dreaming*, 21(2), 148.
- Solano, J. P. C. (2011). Traumatic and complicated grief?. *Ciencia & saude coletiva*, 16, 4337-4338.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6), 843-850.
- Sommer-Flanagan, J. ve Sommer-Flanagan, R. (2015). Klinik Görüşme Psikolojik Değerlendirme Esasları. *Akbaş G, Korkmaz L, çeviri*, 5, 57-285.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E. ve Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 88-99.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. ve Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 11(1), 1-13.
- Spence, J. T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624-635
- Spermon, D., Darlington, Y. ve Gibney, P. (2010). Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications, and outcomes. *Psychology research and behavior management*, 3, 119
- Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B. ve Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric case formulations*. American Psychiatric Association.
- Stelzer, E. M., Atkinson, C., O'Connor, M. F., & Croft, A. (2019). Gender differences in grief narrative construction: a myth or reality?. *European journal of psychotraumatology*, 10(1),
- Stern, E. M. (1989). Psychotherapy and the grandiose patient (Vol. 5, No. 3-4). Psychology Press.
- Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H. ve Stroebe, W. (Editors). (2008) *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: APA Books.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W. ve Hansson, R. O. (2008). Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge University Press.

- Stroebe, M., Stroebe, W. ve Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180.
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G. ve Li, J. (2014), Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PLos One*, 9(5): 96-606
- Stroebe, M. S., Schut, H. A. W. ve Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel journal of psychiatry and related sciences*, 38(3-4), 185-201.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Stroebe, W. (2005) Attachment in coping with bereavement: a theoretical integration. *Rev Gen Psychol* 2005;9:48-66.
- Storey, R., Gapen, M., & Sacco, J. S. (2014). Projective techniques and psychological assessment in disadvantaged communities. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 11(2), 114-129.
- Stubenbort, K., Donnelly, G. R. ve Cohen, J. A. (2001). *Cognitive-behavioral group therapy for bereaved adults and children following an air disaster* (Vol. 5, No. 4, p. 261). Educational Publishing Foundation.
- Tang, Y. ve Li, Y. (2019). Parental Death, Grief and Bereavement: A Qualitative Study of College Students Who Have a Parent with Cancer. *Asian Social Science*, 15(8).
- Tashakkori, A. ve Creswell, J. W. (2007). Exploring the nature of research questions in mixed methods research.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD a Cognitive Behavioral Approach*. New York: Guilford Press.
- Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
- Thompson, N., Cox, G. R. ve Stevenson, R. G. (Eds.). (2017). *Handbook of traumatic loss: A guide to theory and practice*. Taylor & Francis.
- Thompson, N. (2011). *Grief and its challenges*. Macmillan International Higher Education
- Tomarken, A., Roth, A., Holland, J., Ganz, O., Schachter, S., Kose, G., ... ve Nelson, C. J. (2012). Examining the role of trauma, personality, and meaning in young prolonged grievers. *Psycho-Oncology*, 21(7), 771-777.
- Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA ve diğerleri (2015). *JAMA Psikiyatri* 2015; 72: 1135-
- Vachon, M. L. S. (1986). A comparison of tel impact of breast cancer and bereavement: Personality, social support, and adaptation. In Stevan E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support, and women*. The series in clinical and community psychology (pp. 187–204). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Vaillant, G.E., 1994. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 44–50.

- Valdimarsdottir, U., Helgason, Á. R., Fürst, C. J., Adolfsson, J. ve Steineck, G. (2004). Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: A nationwide follow-up. *Palliative Medicine*, 18, 432-443.
- Valli, K., Strandholm, T., Sillanmäki, L. ve Revonsuo, A. (2008). Dreams are more negative than real life: Implications for the function of dreaming. *Cognition and Emotion*, 22(5), 833-861.
- van der Gaag, M., Eurelings-Bontekoe, L., Ising, H. ve van den Berg, D. (2019). Ultrahigh risk for developing psychosis and psychotic personality organization. *Early intervention in psychiatry*, 13(3), 673-676.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. ve Van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social science & medicine*, 71(9), 1669-1676.
- van der Gaag, M., van den Berg, D. ve Ising, H. (2019). CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: A review and proposed next steps. *Schizophrenia research*, 203, 88-93.
- Van Manen, M. (2001). Professional practice and 'doing phenomenology'. In *Handbook of phenomenology and medicine* (pp. 457-474). Springer, Dordrecht.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Vasa, R. A., Roberson-Nay, R., Klein, R. G., Mannuzza, S., Moulton III, J. L., Guardino, M., ... ve Pine, D. S. (2007). Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 24(2), 85-94.
- Versalle, A., ve McDowell, E. (2005). The attitudes of men and women concerning gender differences in grief. *Journal of Death and Dying*, 50(1), 53-67
- Volkan, V. (1970). Typical findings in pathological grief. *The Psychiatric Quarterly*, 44(1), 231-250.
- Volkan, V. D. (1984). Complicated mourning. *Annual of Psychoanalysis*, 12, 323-348.
- Volkan V (1997) Psikanaliz yazıları. Çev. Çevik A, Ceyhun B. Hekimler Yayın Birliği, s.63-67
- Volkan, V. D. ve Zintl, E. (1999). Kayıptan Sonra Yaşam (Çev. Vahip I, Kocadere M). Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları, (1), 14-24.
- Volkan, V. ve Zintl, E. (2010). Gidenin Ardından. (I. Vahip ve M. Kocadere, Çev.). İstanbul: Oa yayınları.
- Yeomans, F. E. (2014). Kernberg günleri III - aktarım odaklı psikoterapi: atölye çalışması metinleri. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient. Jason Aronson.

- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2006). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2008). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (6. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara
- Yıldırım, T. (2006). Sosyal kaygısı yüksek üniversite öğrencilerine uygulanan kısa-yoğun-acil psikoterapinin etkililiği. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yıldırım, T. (2013). A process of short-term dynamics oriented and individual counseling: A case of stuttering. *International Journal of Psychology and Counselling*, 5(6), 104–113.
- Yılmaz, N., Gençöz, T. ve Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testi'nin psikometrik özellikleri: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177.
- Zeanah, C.H, Benoit, D., Barton, M. ve ark. (1993) Representations of attachment in mothers and their one year old infants. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 32 (2): 278-286
- Zisook, S., Devand, R.A. ve Click, M.A. (1982) Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry* 139: 1590-1593.
- Zvizdic, S. ve Butollo, W. (2001). War-related loss of one's father and persistent depressive reactions in early adolescents. *European Psychologist*, 6(3), 204.
- Wahl, C. W. (1959); The Fear of Death, in *The Meanin of Death*, Ed.: Herman Feifel, Mc. Graw-Hill, pp.16-29, New York.
- Wallace, E. R. (2008). Dinamik psikiyatri: kuramı ve uygulaması. (Çev. H. Atalay). Okuyan Us Yayınları.
- Walsh, F. ve McGoldrick, M. (Eds.). (2004). *Living beyond loss: Death in the family*. WW Norton & Company
- Watson DC. Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire 40. *International Journal of Stress Management* 2002; 9: 275–287.
- Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B. ve Vogel, D.L. (2007) The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*, 88:187-204.
- Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A. and Egeland, B. 2000. Attachment from infancy to early adulthood in high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71: 695–702.
- Weinberg, N. (1995) Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement. *Health Soc Work* 20: 294–294.

- Wickie, S. K. ve Marwit, S. J. (2000). Assumptive world views and the grief reactions of parents of murdered children. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42(2), 101–113.
- Widiger, T.A., Trull, T.J. (1992) Personality and psychopathology: an application of the five-factor model. *Journal of Personality* 60, 363–393.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M. , Schut, H. , Stroebe, W. , Van den Bout, J. , Van der Heijden, P. , et al. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623
- Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Langstrom, N., Brent, D. A. ve Runeson, B. (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 514–523.
- Wilson, J. (2013). *Supporting people through loss and grief: An introduction for counsellors and other caring practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. W. (1931). *Clinical Notes on Disorders of Childhood: Practitioner's Aid Series*. William Heinemann (Medical Books) Limited.
- Winnicott, D. W. (1998). *Oyun ve Gerçeklik*. Tuncay Birkan (Çev.) İstanbul: Metis
- Wittmann, D. ve Keshavan, M. (2007). Grief and mourning in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(2), 154-166.
- Wolfenstein, Martha (1966.) How Mourning is Possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21:93-123
- Wong, P. T. (2008). Transformation of grief through meaning: Meaning-centered counseling for bereavement. *Existential and spiritual issues in death attitudes*, 375-396.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- World Health Organization (1992). World Health Organization. Psychosocial consequences of disasters: Prevention and management.
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. A systematic overview of the global epidemiology of suicide and suicide attempts, including country-specific data and an assessment of key prevention strategies.

EKLER

EK - 1: ETİK KURUL İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/02/2021-E.15010

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE ETİK KURULU Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma Etik Kurulu		
Oturum Tarihi : 11.02.2021	Oturum Sayısı : 4	Karar Sayısı : 2021/4-27
Etik Açısından Uygun		
Çalışma Adı	OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER BAĞLAMINDA TRAVMATİK YAS YAŞAYAN İLE YAŞAMAYAN GENÇ YETİŞKİNLERİN RUHSAL SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ	
Araştırmacılar	Doktora Öğrencisi Mahsum AVCI (Yürütücü)	
Başkan Kurul Üyesi Prof.Dr. Hüseyin Suphi ERDEM Başkan Yardımcısı Kurul Üyesi Prof.Dr. Mustafa ARSLAN Kurul Üyesi Prof.Dr. Mehmet GÜNGÖR Kurul Üyesi Prof.Dr. Süleyman ÇALDAK Kurul Üyesi Prof.Dr. Nesrin SİS Kurul Üyesi Prof.Dr. Mehmet ÜSTÜNER Kurul Üyesi Prof.Dr. Lütüye ÖZDEMİR Sekreter Hatice CİHAN		

E-İmzalıdır.
Etik Kurul Başkanı
Hüseyin Suphi ERDEM

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://www.turkiye.gov.tr/inonu-universitesi-ebys?V=BENFKZKFZ> adresinden yapılabilir. (PIN:80542)

EK-2: KULLANILAN ÖLÇME ARAÇLARI

M.M.P.I (Çok Yönlü Kişilik Envanteri)

Bu kitapçıkta sıra ile numaralanmış bir takım sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak *KENDİ DURUMUNUZA GÖRE EVET YA DA HAYIR* olarak cevaplayınız. **MÜMKÜNSE her soruyu cevaplandırmaya çalışınız. Bu test üzerine hiçbir şey yazmayınız.**

1. Teknik yazılardan hoşlanırım.
2. İştahım iyidir.
3. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.
4. Kütüpnacci olarak çalışmayı seveceğimi sanıyorum.
5. Gürültüden kolayca uyanırım.
6. Cinayet haberlerini okumaktan hoşlanırım.
7. Çoğu zaman el ve ayaklarımın sıcaklığı iyidir.
8. Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur.
9. Bugünde hemen hemen eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
10. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.
11. İnsan rüyalarını anlamaya çalışmalı ve kendini onlara göre ayarlamalıdır.
12. Polis romanlarından ya da esrarengiz yazılardan hoşlanırım.
13. Büyük bir sinir gerginliği içinde çalışırım.
14. Ayda bir iki defa ishal olurum.
15. Arasına söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm.
16. Hayatta kötülükler hep beni bulur.
17. Babam iyi bir adamdır.
18. Pek seyrek kabız olurum.
19. Yeni bir işe girince kimin gözüne girmem gerektiğini öğrenmek isterim.
20. Cinsel yaşamımdan memnunum.
21. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir.
22. Arasına kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum.
23. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.
24. Kimse beni anlamıyor.
25. Şarkıcı olmayı isterim.
26. Başım derde girince susmayı tercih ederim.
27. Bazen kötü ruhların eni etkileri altına aldığını hisseder.
28. Kötülüğe kötülükle karşılık vermek prensibimdir.
29. Çoğu kez midem ekşir.
30. Bazen canım küfretmek ister.
31. Sık sık geceleri kabus geçiririm.
32. Zihnimi bir iş üzerinde toplamada güçlük çekerim.
33. Başımdan çok garip ve tuhaf şeyler geçtim.
34. Çoğu zaman öksürüğüm vardır.
35. Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurum.

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş ölçek üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunun olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma).

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste rastlanabilecek problem ve şikâyetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her maddeyi dikkatle okuyunuz. Sözü edilen problem veya şikâyetlerin, son bir ay içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini göz önünde tutarak, size en doğru gelen sayıyı daire içine alınız. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizi düşünürseniz ilk işaretlediğinizi karalayarak doğru seçeneğinizi belirleyiniz. **Hiçbir maddeyi atlamayınız.** Başlangıçtaki örneği dikkatle okuyunuz. Anlamadığınız olursa lütfen danışınız.

Örnek:

Son iki hafta içerisinde **sırt ağrısı** problemini hiç yaşamadıysanız 0 'ı, biraz yaşadysanız 1 'i, orta derecede yaşadysanız 2 'yi, fazla yaşadysanız 3 'ü, çok fazla yaşadysanız 4 'ü, işaretleyiniz.

SON BİR AY İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN VE YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?

		HIÇ	BİRAZ	ORTA	DERECEDE	FAZLA	ÇOK FAZLA
1-	Baş ağrısı	0	1	2	3	4	
2-	Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4	
3-	Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünceler.....	0	1	2	3	4	
4-	Baygınlık ya da baş dönmesi	0	1	2	3	4	
5-	Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4	
6-	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	0	1	2	3	4	
7-	Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4	
8-	Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4	
9-	Olayları anımsamada güçlük	0	1	2	3	4	
10-	Dikkatsizlik,ihmal ya da sakarlığın sizi rahatsız etmesi.....	0	1	2	3	4	
11-	Kolayca sinirlenme, rahatsız olma hissi.....	0	1	2	3	4	
12-	Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar.....	0	1	2	3	4	
13-	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi.....	0	1	2	3	4	
14-	Enerjinizde azalma veya hareket ve düşüncede yavaşlama hali.....	0	1	2	3	4	
15-	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri.....	0	1	2	3	4	
16-	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma.....	0	1	2	3	4	
17-	Titreme.....	0	1	2	3	4	
18-	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi.....	0	1	2	3	4	
19-	İştah azalması.....	0	1	2	3	4	
20-	Kolayca ağlama.....	0	1	2	3	4	

TRAVMATİK YAS ENVANTERİ

Geçen ay kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkında en yakın olan şıkkı işaretleyin.

		Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Onun hakkında o kadar çok düşünüyorum ki normalde yaptığım şeyleri yapmak benim için zor olabiliyor.					
2	Onun anıları beni üzer.					
3	Onun ölümünü kabullenmekte zorlandığımı hissediyorum.					
4	Onun için kendimi arzu ve özlem dolu hissediyorum.					
5	Onun ile ilgili olan yerlerden ve eşyalardan kopamadığımı hissediyorum.					
6	Onun ölümü hakkında kendimi kızgın hissetmekten alıkoyamıyorum.					
7	Onun ölümüne inanamıyorum.					
8	Onun ölümü ile kendimi sersemlemiş, şaşkına dönmüş ya da şok olmuş hissediyorum.					
9	O öldüğünden beri, benim için insanlara güvenmek zor.					
10	O öldüğünden beri, başka insanları önemseme yeteneğimi kaybettiğimi hissediyorum veya önemsedığım insanlardan uzaklaştığımı hissediyorum.					
11	Vücudumun hep aynı bölgesinde ağrım var bazıları onunki ile aynı belirtiler, onun davranışları veya özellikleri.					
12	Onun hatıralarından kaçınmak için uğraşıyorum.					
13	O olmadan hayatı boş veya anlamsız hissediyorum.					
14	Onun sesini benimle konuşurken duyuyorum.					
15	Onun önümde durduğunu görüyorum.					
16	O ölmüşken benim yaşamamın adil olmadığını hissediyorum.					
17	Onun ölümü üzerine şiddetli acı duyuyorum.					
18	Yakın birini kaybetmemiş insanlara imreniyorum.					
19	O öldüğünden beri yalnız hissediyorum.					

BEİER CÜMLE TAMAMLAMA TESTİ

1-	Gelecek bana.....
2-	Çocukken.....
3-	Annelerin iyisi.....
4-	İşim.....
5-	En büyük kabahat.....
6-	Evde olduğum zaman.....
7-	Amirlerim.....
8-	Babam.....
9-	Problemlerim.....
10-	Ben.....
11-	Hayat.....
12-	Erkekler.....
13-	Annem.....
14-	Ben daha gençken.....
15-	Arkadaşlar.....
16-	İlerideki işim.....
17-	En ayıp şey.....
18-	Nefret ettiğim.....
19-	Babamı severim fakat.....
20-	Emelim ve isteğim.....
21-	Yalnızken.....

ANAMNEZ (KİŞİYE ÖZEL DEĞERLENDİRME FORMU)

Aşağıda sizi ve sorununuzu anlamak ve en etkili destek hizmeti sunabilmek için öğrenmek zorunda olduğum size ait bilgilere ilişkin soruları bulacaksınız. Lütfen dikkatle her soruyu okuyup, o sorunun yaşam alanınızdaki karşılığı ile ilgili yazabileceğiniz uzunluk ve açıklıkta cevabınızı sorunun altındaki boşluğa yazın. Belki sorularımı okurken ve cevaplarırken bazılarının cevaplanması size zor gelebilir. Sizden beklenen tüm sorularımı değerlendirmeniz ve verebileceğiniz kadar ayrıntıda bilgi vermenizdir. Eğer cevaplayamıyorsanız gerekçesiyle o soruya yanıt veremeyeceğinizi not edin. Bu formu yalnız başınıza kalabildiğiniz yer ve saatte ve imkân dâhilinde ise bir oturumda doldurup bitirin.

Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır.

✓ **Tanıttıcı Bilgiler**

Adınız-Soyadınız?

Doğum Tarihiniz? (Gün, Ay, Yıl olarak). / /

Cinsiyetiniz?

Eğitiminiz? (Öğrenci iseniz Okul? Bölüm? Sınıf?- Bitirdiyseniz Hangi okul? Hangi yıl?)

İşiniz? (süresi? Pozisyonunuz?).

Medeni Durumunuz? (Evli değilseniz söz, nişan var mı? Evli iseniz kaç yıllık evlisiniz?)

Ailenizin Adresi?.....

Bana Geliş Biçiminizi Anlatın (Bu sizin fikriniz miydi? Kimden duydunuz? Ne dedi(ler)?)

✓ **Yakınmalar**

*Bana sorunuzdan bahseder misiniz? Nereden başlamak istersiniz? Sizi buraya getiren nedenleri, sorunları sorsam nasıl yanıtlarsınız?.....

*Bu şikâyetiniz ne kadar zaman önce başladı?.....

Bu sorun hangi koşullarda ortaya çıktı? Yaşamınızın tam o döneminde olup bitenler nelerdi? Her zamankinden farklı görünen bir şey var mıydı?

*Yakınmanın şiddeti nedir? (Yaşamınızda neyi nasıl etkiledi? Nelere engel oldu? Neleri kolaylaştırdı?)

.....

*Şu ana kadar bu probleminizi çözmek için neler yaptınız? Ne tür önlemler aldınız?.....

*Bu aldığınız önlemler şikâyetinizin gidişini ve şiddetini nasıl etkiledi?.....

*Yakınmanızın/burada benimle çözmek için çalışacağınız sorununuzun devam süresi nedir?(Ne zamandır bu sorundan şikâyetçisiniz?).....

Bunun dışında başka ne tür şikâyetleriniz/sorunlarınız var? Bunları tıpkı yukarıdaki gibi ayrıntılı yazın.

✓ **Özgörüş**

Bana ayrıntılı şekilde kendinizden bahseder misiniz? Sizce siz nasıl birisiniz?

RÜYA İÇERİĞİ TEMALARI

Son zamanlarda gördüğünüz rüyalarınızı hatırlıyor musun? Hatırlıyorsanız, 3 tane rüyanızı ayrıntılı biçimde yazınız



EK – 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı merhaba,

Ben Uzman Psikolojik Danışman Mahsum AVCI, İnönü Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalında doktora öğrencisiyim. Doç. Dr. Taşkın Yıldırım'ın danışmanlığında ' Travmatik yas yaşayan ile yaşamayan bireylerin ruhsal Süreçlerini incelemeyi amaçlayan bir araştırma yapmaktayım. **Travmatik Yas**, kaybın aniden ve beklenmedik bir şekilde yaşamasıyla (*örnek: intihar, kaza, kalp krizi*), kayba sürekli maruz kalmasıyla (*örnek: yakının kronik bir hastalık olayı*) veya kayıp şeklini travmatik olarak algılamasıyla oluşan kayıptır. Bu çalışmada travmatik yasin psikodinamik yapısının anlaşılması amaçlanmaktadır. Bu nedenle sorulara vereceğiniz cevaplar son derece önem arz etmekle birlikte katkılarınızdan ötürü travmatik yas yaşayanlara daha etkili ve bilimsel çerçevede yardım sunulmuş olacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyorum.

Nasıl bir işlem yolu izlenecektir?

Katılımcıların gönüllü olarak araştırmaya katılmaları durumunda yaklaşık 3 saat sürecek iki oturum yapılması planlanmaktadır. İlk oturumda katılımcıların anamnestic görüşmeleri yoluyla rüyalarının anlatılması ve kaydedilmesi, ikinci oturumda ise katılımcılara objektif ve projektif testlerin uygulanması şeklinde planlanmaktadır.

Katılımcı sayısı ve katılım süresi ne kadardır?

Araştırmanın yürütülmesi için 20 gönüllü katılımcıya ulaşması hedeflenmiştir. Araştırmanın her bir katılımcı için tamamlanma süresi yaklaşık 3 saat olarak öngörülmektedir.

Araştırmanın olası yararları ve riskleri nelerdir?

Bu çalışmanın katılımcıları için doğrudan tıbbi ya da psikolojik destek yönünden bir fayda gözetilmesi amaçlanmamaktadır. Bununla birlikte travmatik yasin ortaya çıkış nedenleri ve ilerleyiş sürecinin tespiti amaçlanmakta ve sayede bilimsel bir metot ile araştırma bulgularının diğer travmatik yas yaşayan bireylerin yararına kullanılabilmesi amaçlanmaktadır. Öte yandan araştırmanın yönteminde belirtilen prosedürlerin uygulanmasında herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

Gönüllü olarak katılmamanın herhangi bir karşılığı olacak mı?

Araştırmaya katılımınızdan dolayı sizden herhangi bir ücret alınmamakla birlikte katılımcılara bir ödeme de yapılmayacaktır.

Görüşmemize geçmeden önce, görüşmemizin gizli olduğunu ve görüşmede konuşulanları yalnızca benim ve bu çalışmayı yürüten birkaç araştırmacının bileceğini belirtmek isterim. Bunun yanı sıra araştırma raporunda isimleriniz kesinlikle yer almayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya belirtmek istediğiniz bir düşünceniz var mı? Konuşmalarımızı not alacağımı veya kayıt cihazına kaydedeceğimi bildirmek istiyorum. Görüşme sonunda istemediğiniz bazı bilgileri söylebiliriz. İzin vererseniz görüşmeye başlamak istiyorum.

Bilgilendirilmiş Onay Formu'nda ifade edilenleri okudum, çalışmaya katılıp katılmama konusundaki kararım için bana yeterli zaman tanıdı. Aklıma takılan soruları danışmana sordum aldığım cevaplar ile düşüncelerime netlik kazandırdım. **Formu onaylıyorum.**

DANIŞANIN İMZASI:

TARİH:

Bilgilendirilmiş Onay formunda yer alan bilgileri danışan ile paylaştım ve sorularını yanıtladım.

PSİKOLOJİK DANIŞMANIN İMZASI:

TARİH:

EK - 4: İNTİHAL RAPORU

