



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

**MOD YÖNELİMLİ GRUP ŞEMA TERAPİNİN MADDE  
KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP ANNELER  
VE ONLARIN ÇOCUKLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN  
KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ**

**Muhammed ARIKAN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL**

**İSTANBUL-2023**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

**MOD YÖNELİMLİ GRUP ŞEMA TERAPİNİN MADDE  
KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP ANNELER  
VE ONLARIN ÇOCUKLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN  
KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ**

**Muhammed ARIKAN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL**

**İSTANBUL-2023**

## BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

**17.01.2023**

**Muhammed Arıkan**

## ÖNSÖZ

Bağımlılık günümüz dünyasının en önemli sorunlarından birisidir. Pek çok ülke bağımlılığın sosyolojik, ekonomik, psikolojik, tıbbi ve güvenliği ilgilendiren boyutlarıyla mücadele etmektedir. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılıklarının dışında teknoloji, alışveriş, kumar ve cinsel bağımlılıklarda içinde yaşadığımız çağda toplumların uğraşmak zorunda oldukları meseleler olarak karşımızda durmaktadırlar.

Alkol ve madde bağımlılığı hem kullanıcı bireye hem de onun etrafında bulunanlara pek çok açıdan zarar vermektedir. Madde kullanan kişi iş kaybı yaşamakta, evlilik ve diğer kişilerarası ilişkileri sürdürmekte zorlanmakta, pek çok tıbbi ve psikiyatrik hastalığa ve bozukluğa yakalanmaktadır. Alkol ve maddenin kullanıcı üzerindeki zararlarının ve olumsuz etkilerinin yanında kullanıcının periferisinde yer alanlar üzerindeki etkileri de azımsanamayacak denli çoktur. Bir madde kullanıcısı yakın çevresindeki 4-6 kişinin hayatını ciddi şekilde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar madde kullanıcılarının önemli bir kısmının ya ebeveynleriyle beraber yaşadıklarını ya da onlarla sık sık görüşebilecekleri bir uzamda bulduklarını göstermektedir.

Alkol ve madde bağımlılığının, kullanıcının çevresi üzerindeki zararlı etkileri uzun bir süre boyunca görmezden gelinmiştir. Sadece bağımlı bireyin tedavi edilmeye çalışılıp bağımlılığın neşvü nema bulduğu konteksin ve bağımlılık sorununun doğrudan etkilediği yakın çevrenin ihmal edilmesinin yanlışlığı zamanla anlaşılmış ve bu paradigma değişiminden sonra aile ve yakın çevreyi de bağımlılık tedavilerine dahil etmeyi salık veren pek çok müdahale yöntemi geliştirilmiştir. Bağımlılıktan etkilenen aile üyeleri için geliştirilen modellerin bir kısmı bağımlı bireyi tedavi etmek için aileyi bir sıçrama tahtası olarak görmekte diğer bir kısmı madde kullanıcısının tedavisinde aileyi yardımcı bir unsur olarak konumlandırmakta bir diğeri de aile üyelerini kullanıcı bireyden bağımsız kümeler olarak değerlendirip bağımlılıktan etkilenen aile üyelerine müdahale etmeye çalışmaktadır. Bu üç anlayıştan hiçbiri saf bir amaç taşımamaktadır. Aileyi transparan olarak kullanan bir model kullanıcı olmayan aile üyesinin refahını ve psikolojik sağlığını yok saymaz. Etkilenen aile üyesini merkeze alan bir yaklaşımda aile üyesinin kullanıcı olan çocuğunu ve eşini görmezlikten gelmez. Bu modellerden her biri ya etkilenen aile üyesine ya da kullanıcı bireye daha fazla ağırlık vermektedirler. Bu modellerden kimisi alkol ve madde kullanıcısını tedaviye dahil etmekte daha başarılı olurken kimisi bağımlılık tedavilerinin başarı ihtimalini artırmakta

kimisi de bağımlılıktan etkilenen aile üyelerinin psikolojik işlevselliği üzerinde daha fazla etkili olmaktadır.

Şema terapi bağımlılıktan etkilenen aile üyelerinin sorunlarını kavramsallaştırmak açısından etkileyici kavram setleri sunar. Bu anlamda daha önce şema terapi madde bağımlılarının aileleri üzerinde birkaç araştırmanın dışında kullanılmamıştır.

Bu çalışmada modlar üzerine odaklanan grup şema terapi ikincil bir deney grubu ve birde kontrol grubuyla karşılaştırılacaktır. Bu çalışmada grup şema terapinin annelerin psikolojik semptomları, yaşam doyumları, çözüm odaklılıkları ve bağımlı bireyle olan ilişkisel sorunlar üzerindeki etkililiği incelenecektir. Ayrıca bu çalışmada grup şema terapinin herhangi bir müdahalede bulunulmayan madde kullanıcılarının madde kullanım paternleri üzerindeki etkisi araştırılacaktır.

Literatürde bağımlılıktan etkilenen aile üyelerine dönük spesifik müdahale yöntemlerinin ve şema terapi ile ilgili çalışmaların kısıtlılığı dikkate alındığında bu çalışmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda yapacağımız çalışma hem dünyada hem de ülkemizde bağımlılık sorunundan etkilenen aile üyeleri için kullanılan çeşitli psikoeğitim programlarına bir alternatif sunacak ve bağımlılık sahasında çalışan profesyonellere yeni bir bakış açısı kazandıracaktır.

Şema terapiyi bu anlamda bağımlılık ve aile çalışmalarına dahil etmeye çalıştığım için mutluluk duyuyorum.

## ÖZET

### **Mod Yönelimli Grup Şema Terapinin Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Anneler ve Onların Çocukları Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi**

Araştırmanın amacı; madde kullanan çocuğu olan anneler üzerinde Grup Şema Terapisinin etkililiğinin incelenmesidir. Tez bu doğrultuda literatüre katkı sunmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın örneklemini madde kullanan çocuğu olan 36 anne ve onların madde kullanan çocukları oluşturmaktadır. Bipolar ve psikotik bozukluğu olan, ağır bir depresyonun akut evresinde bulunan, çocuğu 18 yaşından küçük olan, çocuğu bir psikiyatrist tarafından madde kullanım bozukluğuna ilişkin bir tanı almayan, çocuğu son üç aydır madde kullanmayan, madde kullanan çocuğu ön test ve son test ölçümlerine katılamayacak olan ve okuma yazma bilmeyen anneler araştırmanın dışında tutulmuşlardır. Katılımcılar her grupta 12 kişi olarak üç gruba bölünmüş ve gruplar eşleştirilmiştir. Araştırmada iki deney ve bir tane de kontrol grubu bulunmaktadır. İlk grup şema terapi alacak olan birinci deney grubu, ikinci grup 6 seans psikoeğitim, 3 seans kişilerarası ilişki becerileri eğitimi ve 6 seans bibliyoterapi alacak olan ikinci deney grubu ve üçüncü grupta herhangi bir müdahale almayıp sadece ön ve son test işlemine tabi tutulacak olan kontrol grubudur. Bu çalışmada birinci deney grubu Grup Şema Terapi olarak, ikinci deney grubu ise Psikoeğitim Grubu olarak isimlendirilmiştir. İkinci deney grubu İki deney grubuna da 15'er seans grup müdahalesinde bulunulmuştur. Bu araştırmada madde kullanan çocuklarına herhangi bir müdahalede bulunulmamış sadece ön ve son test işlemine tabi tutulmuşlardır.

Katılımcılara “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Kısa Semptom Envanteri”, Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği”, Çözüm Odaklı Envanter”, BAPİ-Aile Formu” ve “BAPİ-Kısa Ölçeği” uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25 programı kullanılmıştır. Demografik verilerin analizinde Kruskal Wallis ve Ki Kare Bağımsızlık Testi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı düşük olduğundan dolayı non parametrik testler kullanılmıştır. Ön test ve son test puanlarının grup içi karşılaştırması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bulgularında Grup Şema Terapiye katılan annelerin ikinci deney grubuna ve kontrol grubuna katılan annelere göre depresyon, anksiyete ve somatizasyon skorlarında anlamlı bir düşüş görülmüştür. Şema terapiye katılan annelerin diğer gruplardaki annelere göre genel yaşam doyumlarında ve kaynakları harekete geçirme skorlarında anlamlı bir artış olmuştur. Bunun yanında Şema Terapiye katılan annelerin madde kullanıcısı çocuklarında diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Şema terapi kendi içinde ön ve son test skorlarına göre değerlendirildiğinde ise Kısa Semptom Envanterinin tüm alt boyutlarında, Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin iş doyumunu hariç tüm alt boyutlarında, Çözüm Odaklı Envanterin tüm alt boyutlarında olumlu yönde anlamlı değişiklikler oluşturmuştur. Ayrıca Grup Şema Terapi Aile Bağımlılık Profili İndeksinin ilişkisel beceriler ve aile içi bağlar alt boyutlarında, BAPİ-Kısa Formunun ise sadece yaşam üzerine etki alt boyutunda olumlu yönde anlamlı değişiklikler oluşturmuştur. İkinci deney grubunda ise ön test ve son test ölçümlerine göre sosyal çevre doyumunu ve problemden ayrılma alt boyutları açısından anlamlı bir değişim olmuştur. Pek çok alt boyut açısından ikinci deney grubunda kontrol grubuna göre olumlu bir değişim görülse de bu anlamlı bir seviyeye ulaşamamıştır.

Araştırmanın sonuçları çocuğu madde kullanan annelerde, psikolojik belirtileri azaltmada, yaşam doyumunu yükseltmede, çözüm odaklılığı artırmada ve madde kullanan bireyle olan ilişkide pozitif değişimler oluşturmada Grup Şema Terapinin etkili olduğunu göstermektedir. Bu anlamda Grup Şema Terapinin bağımlılık sorunundan etkilenen annelerin sağaltımında kullanılabilir bir yaklaşım olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Grup Şema Terapi, Madde Kullanıcılarının Anneleri, Madde Kullanım Bozukluğu

## ABSTRACT

### **A Comparative Investigation of the Effects of Mode-Oriented Group Schema Therapy on Mothers of Children with Substance Use Disorder and Their Substance-Using Children**

Purpose of the research; The aim of this study is to examine the effectiveness of Group Schema Therapy on mothers with a child who uses drugs. The thesis aims to contribute to the literature in this direction. The sample of the study consists of 36 mothers with a substance-using child and their substance-using children. Those who have bipolar and psychotic disorder, are in the acute phase of severe depression, have a child younger than 18 years old, have not been diagnosed with a substance use disorder by a psychiatrist, have not used substance in the last three months, have a substance abuser child who cannot participate in the pre-test and post-test measurements, and illiterate mothers were excluded from the study. Participants were divided into three groups, 12 people in each group, and the groups were matched. There are two experimental and one control group in the study. The first group is the first experimental group, which will receive schema therapy, the second group is the second experimental group, which will receive 6 sessions of psychoeducation, 3 sessions of interpersonal relationship skills training and 6 sessions of bibliotherapy, and the third group is the control group, which will not receive any intervention and will only be subjected to the pre- and post-test process. In this study, the first experimental group was named as Group Schema Therapy, and the second experimental group was named as the Psychoeducation Group. Two experimental group 15 sessions of group intervention were made to both experimental groups. In this study, no intervention was made on the children who used substances, they were only subjected to the pre- and post-test process.

“Sociodemographic Information Form”, “Brief Symptom Inventory”, Adult Life Satisfaction Scale”, Solution Focused Inventory”, API-Family Form” and “BAPI-Short Scale” were applied to the participants. SPSS 25 program was used for data analysis. Kruskal Wallis and Chi-Square Independence Test were used in the analysis of demographic data. Since the number of participants was low, non-parametric tests were used. Wilcoxon Signed Rank Test was used to compare the pre-test and post-test scores within the group. Kruskal Wallis Test was used for comparison between groups.

In the findings of the study, a significant decrease was observed in the depression, anxiety and somatization scores of the mothers participating in Group Schema Therapy compared to the mothers participating in the second experimental group and the control group. There was a significant increase in general life satisfaction and resource mobilization scores of mothers participating in schema therapy compared to mothers in other groups. In addition, there was no significant change in substance user children of mothers who participated in Schema Therapy compared to other groups. When schema therapy was evaluated in itself according to the pre-test and post-test scores, it created positive and significant changes in all sub-dimensions of the Brief Symptom Inventory, in all sub-dimensions of the Adult Life Satisfaction Scale except job satisfaction, and in all sub-dimensions of the Solution-Oriented Inventory. In addition, Group Schema Therapy created significant changes in the relational skills and family ties sub-dimensions of the Family Addiction Profile Index, and only in the sub-dimension of the effect on life of the BAPI-Short Form. In the second experimental group, there was a significant change in terms of social environment satisfaction and problem separation sub-dimensions according to pre-test and post-test measurements. Although a positive change was observed in the second experimental group compared to the control group in terms of many sub-dimensions, this did not reach a significant level.

The results of the study show that Group Schema Therapy is effective in reducing psychological symptoms, increasing life satisfaction, increasing solution-orientation and creating positive changes in the relationship with the individual who drug users mothers. In this sense, it can be said that Group Schema Therapy is an approach that can be used in the treatment of mothers affected by addiction.

**Keywords:** Group Schema Therapy, Mothers of Substance Users, Substance Use Disorder

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xvii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xviii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xx</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. Şema Terapi .....	8
2.1.1. Şema kavramı ve özellikleri.....	9
2.1.2. Uyum bozucu baş etme biçimleri.....	10
2.1.2.1. Teslim olma.....	10
2.1.2.2. Kaçınma .....	10
2.1.2.3. Aşırı telafi.....	11
2.1.3. Şemaların gelişimini etkileyen faktörler .....	11
2.1.3.1. Mizaç ve genetik .....	11
2.1.3.2. Erken dönemde karşılanmayan ihtiyaçlar .....	12
2.1.3.2.A. Güvenli bağlanma ihtiyacı .....	12
2.1.3.2.B. Özerklik ihtiyacı .....	13
2.1.3.2.C. Duygu ve ihtiyaçlarını ifade etme özgürlüğü .....	13
2.1.3.2.D. Kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacı .....	13
2.1.3.2.E. Gerçekçi sınırlar ve özdenetim .....	14
2.1.3.3. Ebeveynlik uygulamaları .....	14
2.1.3.4. Erken dönem yaşam deneyimleri .....	14
2.1.4. Erken dönem uyumsuz şema alanları.....	15
2.1.4.1. Ayrılma ve reddedilme alanı .....	15
2.1.4.1.A. Terk edilme şeması.....	15
2.1.4.1.B. Duygusal yoksunluk şeması .....	16
2.1.4.1.C. Kusurluluk/utanç şeması .....	17
2.1.4.1.D. Güvensizlik şeması.....	18

2.1.4.1.E. Sosyal izolasyon şeması .....	18
2.1.4.2. Özerklik ve performans alanı .....	19
2.1.4.2.A. Başarısızlık şeması .....	19
2.1.4.2.B. Bağımlılık/yetersizlik şeması .....	20
2.1.4.2.C. Dayanısızlık şeması .....	20
2.1.4.2.D. İç içe geçmişlik/olgunlaşmamış benlik şeması .....	21
2.1.4.3. Diğerlerine yönelimlilik alanı .....	21
2.1.4.3.A. Boyun eğicilik şeması .....	21
2.1.4.3.B. Kendini feda etme şeması.....	22
2.1.4.3.C. Onay arama şeması.....	22
2.1.4.4. Zedelenmiş sınırlar alanı .....	22
2.1.4.4.A. Yetersiz özdenetim şeması .....	23
2.1.4.4.B. Haklılık/ayrıcalıklılık şeması .....	23
2.1.4.5. Kendiliğindenlik ve oyun alanı .....	24
2.1.4.5.A. Yüksek standartlar şeması .....	24
2.1.4.5.B. Karamsarlık şeması .....	24
2.1.4.5.C. Duyguları bastırma şeması .....	24
2.1.4.5.D. Cezalandırılma şeması .....	25
2.1.5. Şema terapi süreci .....	25
2.1.5.1. Değerlendirme .....	25
2.1.5.2. Psikoeğitim.....	26
2.1.5.3. Terapotik ilişki .....	26
2.1.5.3.A. Sınırlı yeniden ebeveynlik.....	26
2.1.5.3.B. Empatik yüzleştirme .....	27
2.1.5.4. Bilişsel teknikler .....	28
2.1.5.5. Yaşantısal/duygusal/deneyimsel teknikler .....	28
2.1.5.5.A. Sandalye çalışmaları.....	28
2.1.5.5.B. İmgeleme ve yeniden senaryolaştırma .....	29
2.1.5.6. Davranışsal teknikler.....	30
2.2. Mod Yönelimli Şema Terapi.....	30
2.2.1. Mod kavramı .....	31
2.2.1.1. Uyum bozucu ebeveyn modları .....	32
2.2.1.1.A. Cezalandırıcı ebeveyn modu (CEM).....	32

2.2.1.1.B Talepkar ebeveyn modları .....	33
2.2.1.1.B.1. Başarı odaklı/beklentili talepkar ebeveyn modu .....	33
2.2.1.1.B.2. Duygu odaklı talepkar ebeveyn modu .....	34
2.2.1.2. İşlev bozucu baş etme modları .....	34
2.2.1.2.A. Teslim/boyun eğme modu .....	35
2.2.1.2.B. Kaçınma modu .....	35
2.2.1.2.B.1. Kaçınan korungan .....	35
2.2.1.2.B.2. Kopuk korungan .....	36
2.2.1.2.B.3. Kopuk kendini uyuşturan mod .....	36
2.2.1.2.B.4. Kopuk kendini uyaran mod .....	37
2.2.1.2.B.5. Öfkeli/kızgın korungan .....	37
2.2.1.2.C. Aşırı telafi modu .....	37
2.2.1.2.C.1. Büyüklenmeci kendilik .....	38
2.2.1.2.C.2. Zorba ve saldırgan .....	38
2.2.1.2.C.3. Entrikacı ve manipülatif kontrolcü .....	39
2.2.1.2.C.4. Paranoid kontrolcü .....	40
2.2.1.2.C.5. Kurnaz ve avcı .....	40
2.2.1.2.C.6. İlgi bekleyen tiyatral mod .....	40
2.2.1.2.C.7. Mükemmeliyetçi kontrolcü .....	40
2.2.1.3. Çocuk modları .....	41
2.2.1.3.A. İncinmiş/kırılgan/yaralı çocuk modu (İÇM) .....	41
2.2.1.3.B. Öfkeli çocuk modu (ÖÇM) .....	41
2.2.1.3.C. İnatçı çocuk modu .....	42
2.2.1.3.D. Dürtüsel çocuk modu (DÇM) .....	42
2.2.1.3.E. Şımarık çocuk modu .....	42
2.2.1.4. Sağlıklı modlar .....	43
2.2.1.4.A. Mutlu çocuk modu (MÇM) .....	43
2.2.1.4.B. Sağlıklı yetişkin/erişkin modu (SYM) .....	43
2.2.2. Mod yönelimli şema terapi süreci ve müdahaleler .....	45
2.2.2.1. Anamnez alma ve mod modeline göre kavramsallaştırma yapma .....	45
2.2.2.2. Modlara yönelik müdahaleler .....	46
2.2.2.2.A. İşlev bozucu baş etme modları .....	46
2.2.2.2.B. Çocuk modları .....	48

2.2.2.2.B.1. İncinmiş çocuk modu (İÇM) .....	48
2.2.2.2.B.2. Öfkeli çocuk modu (ÖÇM) .....	50
2.2.2.2.B.3 Dürtüsel çocuk modu (DÇM).....	51
2.2.2.2.C. Uyum bozucu ebeveyn modları.....	52
2.2.2.2.C.1 Cezalandırıcı ebeveyn modu (CEM).....	52
2.2.2.2.C.2. Talepkar/beklentili ebeveyn modları .....	54
2.2.2.2.D. Sağlıklı ya da işlevsel modlar.....	54
2.2.2.2.D.1. Sağlıklı yetişkin/erişkin modu (SYM) .....	55
2.2.2.2.D.2. Mutlu çocuk modu (MÇM).....	55
2.2.3. Grup şema terapi .....	56
2.3. Psiko eğitim.....	62
2.3.1. Grup çalışmaları .....	63
2.3.1.1. İş/görev grupları .....	63
2.3.1.2. Grupla psikolojik danışma .....	63
2.3.1.3. Grup terapileri .....	64
2.3.1.4. Grup psiko eğitimi .....	64
2.3.2. Grup psiko eğitiminin evreleri .....	64
2.3.2.1. Başlangıç evresi .....	65
2.3.2.2. Çalışma evresi .....	65
2.3.2.3. Sonlandırma evresi.....	65
2.4. Diyalektik davranışçı terapi ve kişilerarası ilişki becerileri.....	65
2.4.1. Diyalektik davranışçı terapisinin felsefi ya da teorik temelleri .....	66
2.4.2. Diyalektik davranışçı terapi ve psikopatoloji.....	66
2.4.3. Diyalektik davranışçı terapi süreci.....	66
2.4.4. Grup beceri eğitimi .....	68
2.4.5. Diyalektik davranışçı terapide yer alan beceri eğitimleri .....	68
2.4.5.1. Kişilerarası etkin olma becerileri .....	68
2.4.5.1.A. Kişilerarası temel etkin olma becerileri .....	68
2.4.5.1.A.1. Amaçlar Etkinliği .....	69
2.4.5.1.A.2. İlişki etkinliği .....	69
2.4.5.1.A.3. Özsaygı etkinliği .....	69
2.4.5.1.B. İlişki kurma, ilişkileri iyi şekilde sürdürme ve zarar verici ilişkileri sonlandırma becerileri.....	69
2.4.5.1.B.1. Yeni arkadaşlıklar ya da ilişkiler geliştirmek.....	70

2.4.5.1.B.2. Ötekinin farkında olmak.....	70
2.4.5.1.B.3. Zarar verici ya da yıkıcı ilişkileri sonlandırma .....	70
2.4.5.1.C. Orta yolda yürüme becerileri.....	70
2.4.5.1.C.1. Diyalektik .....	70
2.4.5.1.C.2. Onaylamak.....	70
2.4.5.1.C.3. Davranış değiştirme stratejileri.....	71
2.5. Bibliyoterapi.....	71
2.5.1. Bibliyoterapinin kullanım amaçları .....	71
2.5.2. Bibliyoterapi türleri.....	72
2.5.2.1. Klinik bibliyoterapi .....	72
2.5.2.2. Özgün bibliyoterapi.....	72
2.5.2.3. Gelişimsel bibliyoterapi .....	72
2.5.3. Bibliyoterapinin aşamaları .....	73
2.5.3.1. Özdeşim kurma .....	73
2.5.3.2. Katarsis.....	73
2.5.3.3. İçgörü .....	73
2.5.4. Bibliyoterapinin uygulandığı sorun alanları .....	74
2.6. Bağımlılık.....	74
2.6.1. Bağımlılık döngüsü .....	74
2.6.2. DSM-5 ve madde kullanım bozukluğu .....	75
2.6.3. Bağımlılıkla ilgili çeşitli kavramlar .....	76
2.6.3.1. Yoksunluk .....	76
2.6.3.2. Tolerans.....	76
2.6.3.3. Erken remisyon .....	76
2.6.3.4. Kalıcı remisyon .....	76
2.6.4. Çeşitli maddeler ve özellikleri .....	76
2.6.4.1. Esrar .....	76
2.6.4.2. Eroin.....	77
2.6.4.3. Uyarıcılar.....	78
2.7. Alkol ve Madde Kullanıcıların Aileleri .....	78
2.7.1. Bağımlılığın aileye etkileri.....	80
2.7.2 Alkol ve madde kullanıcılarının ailelerinde görülen tutumlar .....	82
2.7.3. Alkol ve madde kullanıcılarının ailelerinde rol dağılımları.....	83

2.7.4. Alkol ve madde kullanıcılarının aileleri için müdahale yöntemleri.....	84
2.7.4.1. Aileyi alkol ve madde kullanıcısını tedavi edebilmek için yardımcı bir araç olarak gören yaklaşımlar .....	86
2.7.4.2. Alkol ve madde kullanıcısı bireyle yakınlarının beraber katılım sağladıkları aile terapisi yaklaşımları .....	88
2.7.4.3. Bağımlı olmayan aile üyelerini merkeze alan yaklaşımlar .....	89
2.7.5. Madde kullanıcılarının ebeveynleri ve anneleri .....	94
2.7.6. Madde kullanıcılarının anneleriyle ilgili yapılan çeşitli araştırmalar .....	96
2.8. Madde Kullanıcılarında ve Annelerinde İncelenen Değişkenler .....	96
2.8.1. Psikolojik belirtiler .....	97
2.8.1.1. Depresyon .....	97
2.8.1.2. Anksiyete .....	97
2.8.1.3. Somatizasyon .....	98
2.8.1.4. Hostilite .....	99
2.8.1.5. Olumsuz benlik .....	99
2.8.2. Yaşam doyumu .....	99
2.8.2.1. Genel yaşam doyumu .....	100
2.8.2.2. İlişki doyumu .....	100
2.8.2.3. Benlik doyumu .....	100
2.8.2.4. Sosyal çevre doyumu .....	100
2.8.2.5. İş doyumu .....	101
2.8.3. Çözüm odaklılık .....	101
2.8.3.1. Problemden ayırma .....	101
2.8.3.2. Hedefe yönelim .....	102
2.8.3.3. Kaynakları harekete geçirme .....	102
2.8.4. Aile bağımlılık profili .....	102
2.8.4.1. İlişkisel beceriler .....	102
2.8.4.2. Aile içi bağlar .....	103
2.8.4.3. Bağımlıya karşı tutum .....	103
2.8.5. Bağımlılık profili .....	103
2.8.5.1. Madde kullanım sıklığı .....	103
2.8.5.2. Tanı .....	103
2.8.5.3. Yaşam üzerine etkileri .....	104
2.8.5.4. Şiddetli istek .....	104

2.8.5.5. Motivasyon.....	104
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>105</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	105
3.2. Araştırmanın Modeli.....	105
3.2.1. Araştırmanın hipotezleri.....	105
3.3. Çalışma Grubu.....	106
3.4. Veri Toplama Araçları.....	106
3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu.....	107
3.4.2. Kısa Semptom Envanteri.....	107
3.4.3. Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği.....	107
3.4.4. Çözüm Odaklı Envanter.....	108
3.4.5. Aile Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ-A).....	108
3.4.6. BAPİ Kısa Formu.....	108
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	108
3.6. Verilerin Toplanması.....	108
3.7. İşlem.....	110
3.7.1. Grup şema terapi seanslarının hazırlanması ve uygulanması.....	110
3.7.2. Grup psikoeğitimi, DDT ve bibliyoterapi seanslarının hazırlanması ve uygulanması.....	118
3.7.2.1. Psikoeğitim seansları.....	118
3.7.2.2. Diyalektik davranışçı terapi temelli kişilerarası beceri eğitimi seansları....	119
3.7.2.3. Bibliyoterapi seansları.....	120
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>123</b>
4.1. Sosyodemografik Forma İlişkin İstatistikler.....	123
4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler.....	123
4.1.2. Katılımcıların çocuklarının madde kullanım durumlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	126
4.2. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Grup İçi ve Gruplar Arası Analizleri.....	129
4.2.1. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların kısa semptom envanteri puanlarının grup içi ve gruplar arası analizleri.....	129
4.2.2. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların yetişkin yaşam doyumu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analizler.....	133
4.2.3. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının çözüm odaklı envanter skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları.....	137

4.2.4. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının aile bağımlılık profili indeksi skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları .....	140
4.2.5. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların BAPİ-Kısa Formu puanlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analizleri.....	144
<b>5. TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>149</b>
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine İlişkin Betimsel İstatistikler .....	149
5.1.1. Katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırılması .....	149
5.1.2. Katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması .....	149
5.1.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırılması .....	150
5.1.4. Katılımcıların çalışma durumuna göre karşılaştırılması .....	151
5.1.5. Katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırılması .....	151
5.1.6. Katılımcıların psikiyatrik tanı durumuna göre karşılaştırılması .....	152
5.1.7. Katılımcıların psikoterapi geçmişleri açısından karşılaştırılmaları.....	153
5.2. Katılımcıların Çocuklarını Madde Kullanım Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistikler.....	153
5.2.1. Katılımcıların madde kullanan çocuklarının yaşları açısından karşılaştırılması	153
5.2.2. Katılımcıların çocuklarının madde kullanım süresine göre karşılaştırılmaları	154
5.2.3. Katılımcıların çocuklarının kullandıkları maddelere göre karşılaştırılmaları.....	154
5.2.4. Katılımcıların çocuklarıyla aynı evde yaşama durumuna göre karşılaştırılmaları	155
5.2.5. Katılımcıların eşlerinin ya da eski eşlerinin yardımcı olmaları durumuna göre karşılaştırılmaları.....	155
5.2.6. Katılımcıların çevrelerinin yardımcı olmaları durumuna göre karşılaştırılmaları	156
5.2.7. Katılımcıların çocuklarının tanı aldığı kişilik bozuklukları açısından karşılaştırılması .....	156
5.3. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanterinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması .....	157
5.4. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması .....	159
5.5. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Çözüm Odaklı Envanterinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması .....	161

5.6. Şema Terapi, Psikoğitim ve Kontrol Gruplarının Aile Bağımlılık Profil İndeksi Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması	162
5.7. Şema Terapi, Psikoğitim ve Kontrol Gruplarının Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu Alt Ölçekleri Açısından Gruplara Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması .....	164
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>165</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>166</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>202</b>



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler..	123
<b>Tablo 2:</b> Katılımcıların çocuklarını madde kullanım durumlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	126
<b>Tablo 3:</b> Şema terapi ve psikoeğitim ve kontrol gruplarının kısa semptom envanteri skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları .....	129
<b>Tablo 4:</b> Şema terapi ve psikoeğitim ve kontrol gruplarının yetişkin yaşam doyumu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası sonuçları.....	133
<b>Tablo 5:</b> Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının çözüm odaklı envanter skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları .....	137
<b>Tablo 6:</b> Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının aile bağımlılık profili indeksi skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları .....	140
<b>Tablo 7:</b> Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının BAPİ-Kısa Formu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları .....	144

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının depresyon puanlarına ilişkin dağılımlar .....	130
<b>Şekil 2:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının anksiyete puanlarına ilişkin dağılımlar .....	131
<b>Şekil 3:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının olumsuz benlik puanlarına ilişkin dağılımlar .....	131
<b>Şekil 4:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının somatizasyon puanlarına ilişkin dağılımlar .....	132
<b>Şekil 5:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının hostilete puanlarına ilişkin dağılımlar .....	132
<b>Şekil 6:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının genel yaşam doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	134
<b>Şekil 7:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının ilişki doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	135
<b>Şekil 8:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının benlik doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	135
<b>Şekil 9:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının sosyal çevre doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	136
<b>Şekil 10:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının iş doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	136
<b>Şekil 11:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının problem ayırma puanlarına ilişkin dağılımlar .....	138
<b>Şekil 12:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının hedefe yönelim puanlarına ilişkin dağılımlar .....	139
<b>Şekil 13:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının kaynakları harekete geçirme puanlarına ilişkin dağılımlar.....	139
<b>Şekil 14:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının ilişki beceriler puanlarına ilişkin dağılımlar .....	141
<b>Şekil 15:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının aile içi bağlar puanlarına ilişkin dağılımlar .....	142
<b>Şekil 16:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının bağımlıya karşı tutum puanlarına ilişkin dağılımlar .....	142

<b>Şekil 17:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının BAPİ-A toplam puanlarına ilişkin dağılımlar .....	143
<b>Şekil 18:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının madde kullanım sıklığı puanlarına ilişkin dağılımlar .....	145
<b>Şekil 19:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının tanı puanlarına ilişkin dağılımlar .....	146
<b>Şekil 20:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının yaşam üstüne etkileri puanlarına ilişkin dağılımlar .....	146
<b>Şekil 21:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının şiddetli istek puanlarına ilişkin dağılımlar .....	147
<b>Şekil 22:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının motivasyon boyutu puanlarına ilişkin dağılımlar .....	147
<b>Şekil 23:</b> Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının BAPİ toplam puanlarına ilişkin dağılımlar .....	148

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>KSE</b>	: Kısa Semptom Envanteri
<b>YYDÖ</b>	: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği
<b>ÇOE</b>	: Çözüm Odaklı Envanter
<b>BAPİ</b>	: Bağımlılık Profili İndeksi
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>CEM</b>	: Cezalandırıcı Ebeveyn Modu
<b>İÇM</b>	: İncinmiş Çocuk Modu
<b>ÖÇM</b>	: Öfkeli Çocuk Modu
<b>DÇM</b>	: Dürtüsel Çocuk Modu
<b>BOTEM</b>	: Başarı Odaklı Talepkar Ebeveyn Modu
<b>DOTEM</b>	: Duygu Odaklı Talepkar Ebeveyn Modu
<b>MÇM</b>	: Mutlu Çocuk Modu
<b>SYM</b>	: Sağlıklı Yetişkin Modu
<b>SKB</b>	: Sınır Kişilik Bozukluğu
<b>DDT</b>	: Diyalektik Davranışçı Terapi
<b>ACT</b>	: Kabul ve Kararlılık Terapisi

# 1. GİRİŞ

Bağımlılık, bir maddeye, nesneye, eyleme ya da insana saplantılı şekilde arzu duyma ve o madde, nesne, eylem ya da insan olmadığında rahatsızlık ve huzursuzluk hissetmeyle karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur (Tarhan ve Nurmedov, 2012). İnsanlığın erken evrelerinden itibaren insanoğlu rahatlamak, sakinleşmek veya keyif almak için çeşitli maddeleri kullanagelmiştir. Bağımlılık günümüzde milyonlarca insanı etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş bulunmaktadır (Evren ve ark., 2012).

Alkol ve madde bağımlılığı kullanıcı bireyin hayatını pek çok açıdan negatif şekilde etkilemesinin yanında kullanıcının dışında yer alan pek çok kişiyi ve sistemi de olumsuz olarak etkilemektedir. Bağımlılığın negatif etkilerine en çok maruz kalan sistemlerin başında ise aile kurumu gelmektedir. Literatür incelendiğinde bugün bağımlılıktan etkilenen aile üyesi sayısının minimum 90-100 milyon kişi arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bunun yanında gerçekte bağımlılıktan etkilenen aile üyesi sayısının bu rakamın çok üstünde olduğu ifade edilmektedir (Copello ve ark., 2010; Orford ve ark., 2013). Bir madde kullanıcısı yakın çevresinden 4-6 kişinin hayatını ciddi şekilde etkilemektedir. Özellikle ailevi ve toplumsal bağların güçlü olduğu kollektivist kültürlerde madde bağımlılarının önemli bir kısmı ya halen ebeveynleriyle yaşamaya devam etmektedirler ya da çekirdek aile fertleriyle sık sık ilişkiye geçebilecekleri bir ortamda yaşamlarını sürdürmektedirler (Baharudin ve ark., 2013). Bu durum ise aile fertlerinin özellikle de ebeveynlerin kullanıcının olumsuz etkilerine sık sık maruz kalmalarına yol açmaktadır.

Daha önce bağımlılık problemiyle karşılaşmayan aile, bağımlılık gibi zor ve kronik bir durum karşısında ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilememektedir (Ögel, 2015). Kollektivist kültürlerde bağımlılık gibi bir sorun büyük bir utanç ve onursuzluk olarak algılandığı için aile bu sorunu uzunca bir süre ev duvarlarının ötesine sızdırmamaya gayret göstermektedir (Nadkarni ve ark., 2019).

Madde kullanıcısının olduğu bir ailede ebeveynler pek çok duyguyu uzunca bir süre deneyimlemek zorunda kalmaktadırlar. Bu duygular utanç, suçluluk, öfke, üzüntü, kaygı ve ümitsizlik gibi duygulardır. Çocuklarıyla ilgili geleceğe dair planları ve ümitleri olan ebeveynler çocuklarının madde kullanıcısı olmasından dolayı utanç duyabilmektedirler. Suçluluk duygusu gereksiz ve zararlı fedakarlıkların yapılmasına

ve uygun olmayan telafi çabalarına sebep olabilmektedir. Bunun yanında kullanıcı bireyin yalan söylemesi, hilekarlık yapması ve bıraktıktan sonra tekrar tekrar maddeye başlaması aile üyelerinde öfkeye sebep olabilmektedir. Bu kızgınlık duygusu ise kullanıcı bireyle olan ilişkilerde sık sık kendini göstererek üretken olmayan tartışmalara yol açabilmektedir. Ayrıca pek çok kez netice vermeyen tedavi girişimlerinin olması ailenin çaresizlik ve ümitsizlik duygularını artırmaktadır. Ailenin uzunca bir süre yoğun duygulara maruz kalması başta ebeveynler olmak üzere aile üyelerinin psikolojik sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir. Psikolojik açıdan yeterince sağlıklı olmayan ve duygularını düzenleyemeyen bir ailenin ise bağımlılıkla sağlıklı şekilde baş edebilmesi güçleşmektedir (Gövebakan ve Duyan, 2021; Ögel, 2015).

Bağımlılık tedavilerinde uzun yıllar boyunca kullanıcı birey merkeze alınarak sağaltım çalışmaları yürütülmeye çalışılmıştır. Yakın zamana gelinceye kadar bağımlılık tedavileri madde kullanıcısının içinde yer aldığı bağlamı ihmal etmişler ve yeterince önemsememişlerdir. Oysaki madde bağımlılığı başta aile olmak üzere pek çok sistemden hem etkilenmekte hem de ailenin de içerisinde yer aldığı pek çok sistemi etkilemektedir (Rane ve ark., 2017). Alkol ve madde bağımlılığının sağaltımında uzun bir dönem boyunca ailenin ihmal edilmesinin ya da görmezden gelinmesinin çeşitli sebepleri vardır. Bağımlılıkla ilgili literatür incelendiğinde bağımlılığın gelişmesindeki sebeplerin çoğunlukla erken dönem ebeveyn çocuk ilişkileri üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Her ne kadar bağımlılığın gelişmesinde ebeveynlerin rolünün ve etkisinin olduğu inkar edilmese de bu noktaya yapılan aşırı vurgu ebeveynlerde yoğun bir suçluluğa yol açabilmektedir. Bu anlamda bağımlılık sağaltımında ailenin özellikle de ebeveynlerin ihmal edilmesinin sebeplerinden biri ebeveynlerin suçlu olarak görülmüş olması olabilir. İkinci sebep ise daha çok ekonomiktir. Yakın zamana kadar kıt ve sınırlı olan kaynaklar kullanıcı bireyin sağaltımı için ayrılmışlar ve kullanılmışlardır. Sağaltımda aileye yeterince yer verilmemesi sınırlı imkanları ve kaynakları en doğru şekilde kullanma gereksiniminden kaynaklanıyor olabilir (Orford ve ark., 2010b).

Bağımlılık literatürü incelendiğinde bağımlılıktan etkilenen aile üyelerine dönük olarak üç farklı sağaltım kategorisinin öne çıktığı görülmektedir (Copello ve ark., 2005).

Bağımlılık sağaltımında öne çıkan birinci kategori aile üyelerini, kullanıcı bireyin tedavisinin başarısı için tedaviye dahil eden yaklaşımlardan oluşmaktadır. Bu kategori içerisinde yer alan yaklaşımlar Johnson Modeli, ARISE Yaklaşımı, CRAFT Modeli (Topluluk Güçlendirme ve Aile Eğitimi) ve Galanter'in Ağ Terapisi gibi yaklaşımlardır (Archer ve ark., 2020; Galanter ve ark., 2004; Johnson, 1976, 1986; Landau ve ark., 2004; Meyers, 2004).

Bağımlılık ve aile konusunda ön plana çıkan diğer bir yaklaşım tarzı ise aile terapileridir. Bowen Aile Terapisi, Sistemik Yaklaşım ve Yapısal-Stratejik Aile terapileri en çok öne çıkan yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar bağımlılık sorununu kullanıcı bireyin etrafındaki bağlam ile beraber değerlendirmekte veya ele almaktadırlar (Copello ve ark., 2005; Epstein ve McCrady, 2002; Gladding, 2012). Bu yaklaşımlarda birinci kategoride yer alan yaklaşımlar gibi alkol ve madde kullanıcısını merkeze alırlar ve aile unsurunu yardımcı bir kaynak olarak görürler.

Bağımlılık sağaltımında bir diğer yaklaşım tarzı ise kullanıcı bireyin sağaltımının yanında aile üyelerinin de sağaltımlarını merkeze alan yaklaşım tarzıdır. Aile üyeleri geçmişlerinden getirdikleri psikolojik yükler ve sorunlar dolayısıyla işlevsel ve adaptif baş etme yöntemlerini uygulamakta güçlük çekebilmektedirler. Ayrıca uzun yıllar boyunca devam eden bağımlılık aile üyelerinin psikolojik sağlıklarını olumsuz şekilde etkilediği için aile bazı duyguların ve baş etme biçimlerinin içine hapsolabilmekte ya da sıkışıp kalabilmektedir. Bu anlamda aile üyelerinin kullanıcıdan bağımsız şekilde sağaltıma dahil edilmeleri önemlidir. Stres-gerilim-baş etme-destek modeli olarak bilinen SSCS Modeli ve bu modele dayalı olarak geliştirilen 5 Adımlı Model aile üyelerinin ihtiyaçlarını merkeze alan sağaltım yaklaşımlarıdır. Bu modellerle yürütülen pek çok çalışmada bu modellerin aile üyelerinin streslerinin azalmasında, yeni baş etme becerileri geliştirmelerinde ve sosyal destek kaynaklarının gelişmesinde etkili oldukları görülmektedir (Orford ve ark., 2010a; Orford ve ark., 2013).

Aile üyeleri içerisinde anneler önemli bir konumda bulunmaktadır. Ebeveynleriyle beraber yaşayan pek çok kullanıcı anneleriyle sık ilişki içerisinde girmektedirler. Bu anlamda anneler kullanıcılara para temin etme, oğlunun borçlarını ödeme ve onun adına pek çok sorumluluk alma gibi pek çok sağlıksız davranış sergileyebilmektedirler. Annelerin bağımlılığa ilişkin farkındalıklarının artırılması ve onlara yeni baş etme becerilerinin kazandırılması sağlıksız annelik davranışlarının

değiştirilmesi açısından önemlidir. Annenin psikolojik sağlığı çocuğun maddeye başlaması açısından önemli bir faktördür. Annelerin psikolojik sağlıklarında meydana gelen değişmeler ve iyileşmeler çocukların iyileşmesi açısından etkili olmaktadır. Anneler uzun fedakarlıklar sonrasında psikolojik açıdan güçsüz düşebilmektedirler. Bu durum ise hem kendilerine hem de çocuklarıyla olan mücadelelerine olumsuz şekilde yansıyabilmektedir (Herman-Stahl ve ark., 2008; Loon ve ark., 2011). Ayrıca annelerin çocuklarıyla ilgili tedavilere babalara göre daha çok katılmalarının sebebi annelerin babalara nazaran çocuklarla daha güçlü bir duygusal bağa sahip olmaları olabilir. Pek çok çalışmada anneler veya kadınlar erkeklere veya babalara göre daha çok katılım göstermişlerdir (Kelly ve ark., 2017; McCann ve ark., 2017; Orford ve ark., 2013). Bağımlılığın küresel olarak oluşturduğu sorunlar ile baş edilmeye çalışılırken bağımlılığın aileler üzerinde oluşturduğu yüklerle yeterince önem verilmemektedir. Ayrıca bağımlılık yükünü en çok çekenler ve buna katlananlar kadınlar olmaktadır (Orford, 2012).

Şema terapi 90'lı yıllarda Jeffrey Young tarafından geliştirilen bütüncül bir psikoterapi yaklaşımıdır. Şema terapi 18 tane uyum bozucu şema tanımlamıştır ve her şemayla baş etmek için teslim, kaçınma ve aşırı telafi olmak üzere üç farklı baş etme biçimi vardır (Young ve ark., 2016). Şema terapinin kişilik bozukluklarıyla çalışırken yetersiz kalması neticesinde Jeffrey Young şimdi ve burada dinamikleri içerisinde, değişen duygudurumlarıyla çalışmaya daha müsait olan mod modelini geliştirmiştir.

Psikoeğitim şizofreni ve bipolar bozukluk gibi uzun erimli bozukluklarda sıklıkla kullanılan ve bilgi sağlama temeline dayalı olan bir yaklaşımdır. Psikoeğitim hem hastaya hem de hastanın yakınlarına uygulanabilmektedir (Acar ve Buldukoğlu, 2014; Civitçi, 2020).

DDT Marsha Linehan tarafından geliştirilen ve SKB'de, intihar girişimlerinde ve kendine zarar verme davranışlarında etkili olan bir davranışçı terapidir. DDT dört alanda beceri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ana odaklanma egzersizleri, duygu düzenleme becerileri, stres toleransı becerileri ve kişilerarası ilişki becerileri DDT'nin ana becerileridir. DDT'nin dört modülünden biri veya birkaçı sorunun düzeyine göre de ayrı ayrı da uygulanabilmektedir. Ayrıca DDT ebeveynlere çocuklarıyla olan sorunları için kişilerarası beceri eğitimi şeklinde de verilebilmektedir (Linehan, 2020a, 2020b).

Bibliyoterapi okuma yoluyla kişinin kendini eğittiği ve yazılı materyaldeki kahramanla özdeşleşerek sorunlarına farklı bir bakış açısı geliştirdiği bir sağaltım yöntemidir. Okuma yoluyla sağaltım çok eskiden beri terapotik amaçlı olarak kullanılmaktadır (Sevinç, 2019).

Şema terapi bağımlılıktan etkilenen ailelerin sorunlarını kavramsallaştırmada ve sağaltımda uygun bir teorik ve pratik zemin sunmaktadır. Şema mod modeli annelere madde kullanıcısı çocuklarının duygu ve davranışlarını anlatmada uygun kavram setleri barındırmaktadır. Literatüründe madde bağımlıları ve aileleriyle ilgili olan birçok özellik şema terapinin kavramsal konsepti içerisinde kavramsallaştırılabilir.

Madde kullanıcılarının ailelerinde damgalanma yaygın bir korkudur. Damgalanma korkusu ise aile üyelerinin kendilerini izole etmelerine ve kaçınmalarına yol açabilir (McCann ve Lubman, 2018a). Damgalanma korkusundan dolayı aile üyeleri destek almaktan uzak durabilirler (Akt., Usher ve ark., 2005). Ayrıca madde kullanıcılarının anneleri bağımlılık sorunu dolayısıyla hem toplum tarafından suçlanmakta hem de kendi kendilerini suçlama eğilimi taşımaktadırlar (Groenewald ve Bhana, 2017; Nadkarni ve ark., 2019). Bu durum şema terapi kavramları açısından düşünülecek olursa cezalandırıcı ebeveyn modu olarak kavramsallaştırılabilir.

Madde bağımlılarının ailelerinde üzüntü, hüsrân, kaygı ve çaresizlik gibi duygular yoğunlurlar (Daley, 2013; Gövebakan ve Duyan, 2021). Ayrıca madde bağımlılarının davranışları aile üyelerinde güven yitimine sebep olmaktadır. Madde bağımlılarının ailelerinde bağımlılık seyri ilerledikçe duygusal sorunlarda artmaktadır ve aile üyeleri uykusuzluk, depresyon ve endişe bozukluğu gibi zorluklarla mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar (Akt., Dykes ve Casker, 2021). Madde bağımlılarının annelerinde umutsuzluğa, utanca ve depresyona sıklıkla rastlanılmaktadır (Groenewald ve Bhana, 2016). Bu duygular şema terapinin kavramları içerisinde İÇM ile benzerlik taşımaktadır. Ailesinde bağımlılık bulunan kişiler utanç duyarak bu durumu başkalarından saklama ve gizleme eğilimi gösterebilirler (Ögel, 2016). Utanç duygusu şema terapi açısından daha çok CEM ve İÇM ile ilişkilidir.

Aile üyeleri madde kullanıcısı yakınlarının sorumluluklarını alarak ve onların hatalarını telafi etmeye çalışarak bağımlılığın sürmesine yol açabilirler (Köroğlu, 2018; Ögel, 2015). Uyuşturucu kullanan çocukların muhtaçlıkları yüksektir ve

muhtaçlık durumu yükseldikçe annelerin bakım verme güdüsünde bir artma görülmektedir (Jackson ve Mannix, 2003). Bağımlıların annelerinde görülen aşırı sorumluluk alma ve suçluluk duygularından dolayı zarar verici telafi etme çabaları şema terapideki duygu odaklı talepkar ebeveyn modu ile benzerlik taşımaktadır.

Groenewald ve Bhana (2017) yaptıkları çalışmada madde kullanıcılarının annelerinde 5 Adımlı Modelin tanımladığı baş etme tepkilerinin karmaşık formlarının bulunduğunu belirtmişlerdir. 5 Adımlı Model madde bağımlıların yakınlarında üç tür baş etme tepkisinden bahsetmektedir. Bu tepkiler aşırı hoşgörülü olma, kaçınma ve agresiflik/saldırganlık gibi baş etme tepkileridir (Copello ve ark., 2010a, 2010b). Bağımlı ailelerindeki pasif veya edilgen başa çıkma tarzı stresle ilişkili semptomlardaki artışla ilişkilidir (Orford ve ark., 2001). 5 Adımlı Modelin tanımladığı bu özellikler şema terapinin teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi baş etme modlarıyla büyük benzerlik taşımaktadır.

Madde bağımlıların anneleri çocuklarının uyuşturucu kullanma davranışları karşısında ve uyuşturucuyu bırakmamaları durumlarında radikal şiddet eylemleri içeren davranışları uygulamayı tahayyül edebilmektedirler. Annelerdeki bu durum öfke ve umutsuzluktan kaynaklanmaktadır (Groenewald ve Bhana, 2017). Madde bağımlıların aile üyelerinde bağımlı bireyin yalan söylemesi ve sık sık maddeye yeniden dönmesi gibi sebepler dolayısıyla öfke duygusu gelişebilmektedir. Ebeveynlerde ve annelerde görülen öfke ve şiddet içeren düşünce ve davranışlar şema terapinin öfkeli/hiddetli çocuk modu ve aşırı telafi modları olarak kavramsallaştırdığı yapılarla benzerlikler içermektedir.

Modlarla bağımlılıklar arasında ilişki vardır. Kersten (2012) 8 modun madde bağımlılığıyla ilişkili olduğunu söylemiştir. Boog ve ark. (2018) modlarla bağımlılıklar arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Madde kullanıcısı olan bireyler geniş bir spektrumda farklı amaçlar taşıyan çeşitli öfke ve saldırganlık içeren davranışlar sergilemektedirler. Madde bağımlılarında ani öfke patlamaları, eşyalara zarar verme, silahla ve bıçakla göz korkutma, yaralama, küfür etme, bağırma, dövme ve başkalarını suçlama gibi öfkeyle ilişkili davranışlara rastlanmaktadır (Low ve ark., 2017; McCann ve ark., 2017). Madde kullanıcılarında görülen bu davranışlar şema terapi kavramları açısından öfkeli/hiddetli çocuk, zorba ve saldırgan modlarıyla benzeşmektedirler. Saldırganlık, soğuk ve planlı öfkeyle karakterize olan davranışları zorba ve saldırgan mod olarak kavramsallaştırabilirken, kullanıcı bireyin suçlamalardan kurtulmak için

anne ve babayı suçlaması kızgın korungan mod olarak formüle edilebilir. Ayrıca madde bağımlıları çok sık ve kolayca yalan söyleyebilmekte ve başkalarını manipüle edebilmektedirler. Onların bu davranışları ise manipülatif kontrolcü aşırı telafi modu ile örtüşmektedir. Madde kullanıcıların sabırsızca ve düşüncesizce davranışları DÇM, kendilerini sakinleştirmek için alkol ve madde kullanmaları kopuk kendini uyuşturan/uyaran mod olarak kavramsallaştırılabilir.

Bugüne kadar kullanıcı bireyin yanında aile üyelerini de merkeze alan yaklaşımlar geliştirilmiş olsa da bunlar sayıca oldukça azdırlar. Bağımlılık sorunundan etkilenen annelerin hem bireysel sorunlarını çözmelerine yardımcı olacak hem duygu düzenleme becerilerini güçlendirecek hem de kullanıcı çocuklarını daha iyi anlamalarına ve uygun baş etme davranışları geliştirmelerine yardımcı olacak bir modele ihtiyaç vardır. Bu anlamda Grup Şema Terapisi uygun bir kuramsal ve pratik çerçeve sunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, aynı müdahale programı içerisinde hem annelerin psikolojik işlevselliklerini ve refahlarını artırmak hem de annelerin baş etme becerilerini geliştirerek annelerin çocuklarına sınır koymalarını ve bırakma baskısı oluşturmalarını sağlayarak madde kullanan bireylerin madde kullanım davranışlarını şekillendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şema Terapi

Şema terapi seksenli yıllardan itibaren Jeffry Young tarafından geliştirilen bilişsel davranışçı temelli özgün ve kanıt temelli bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bir bilişsel davranışçı terapist olan Young BDT yaklaşımının özellikle kişilikle ilgili sorunlar yaşayan ve daha derin düzeyde ve ileri değişime ihtiyaç duyan danışanlarda çok işe yaramadığını görmüştür. Sonrasında ise bilişsel davranışçılığın sunduğu kuramsal çerçeveyi farklı ekollerin bakış açılarıyla zenginleştirerek ve güçlendirerek genişletmiştir. Şema terapi, içerisinde çok farklı ekollerin teorik ve teknik yönlerini barındıran ancak bunları kendi kuramsal bakış açısı ve paradigması içerisinde sentezleyebilmiş asimilatif entegratif bir terapidir. Bu yaklaşım içerisinde Pskodinamik temelli terapiler, BDT, Geştalt Terapi, Psikodrama ve Transaksiyonel Analiz gibi pek çok yaklaşımı barındırmaktadır. Şema terapi klasik BDT'den farklı olarak bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahaleleri aynı çatı altında birleştirmektedir. Bu ise klinik anlamda oldukça geniş bir spektrumda müdahalede bulunma imkanını uygulayıcılara sunmaktadır. Şema terapi temelde erken dönem uyum bozucu şema kavramına dayanmaktadır. Young tarafından tanımlanan ve zamanla on sekiz ile sınırlandırılan ve beş ihtiyaç alanı ile ilişkilendirilen şemalar bu yaklaşımın ana esasını ve temelini oluşturmaktadır (Young ve ark., 2016). Şema kavramının yanında şema aktivasyonuna bağlı ortaya çıkan davranışlar ise bu yaklaşımda baş etme biçimleri olarak adlandırılmaktadır. Şema terapi özünde şema tetiklenmesine bağlı ortaya çıkan işlev bozucu baş etme biçimlerinin yerine SYM bakış açısını, duruşunu ve davranışlarını yerleştirmeyi amaçlamaktadır. Şema terapi erken dönem psikolojik ihtiyaçların yeterince karşılanmamasının şemaların gelişimine yol açtığını öne sürmektedir (Young ve ark., 2016).

Klinik pratikte şema terapi bilişsel, duygusal/yaşantısal ve davranışsal tekniklerle erken dönem şemaları ve işlev bozucu baş etme biçimlerini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bu süreçte danışan şema aktivasyonunu daha iyi yönetmeyi ve erken dönemde karşılanmamış temel psikolojik ihtiyaçlarını daha işlevsel ve adaptif stratejiler kullanarak karşılamayı deneyimleyerek öğrenmektedir (Roediger, 2015). Şema terapi, şema ve modlara yaptığı müdahale üzerinden duygu regülasyonu

sağlamaya çalışan bir yaklaşımdır (Dadomo ve ark., 2016; Fassbinder ve ark., 2016; Hajikhaniyan ve ark., 2020).

Şema terapi birçok psikiyatrik bozukluğun sağaltımında etkili şekilde kullanılan kanıta dayalı bir tedavi yaklaşımıdır. Şema terapi özellikle de kronik, dirençli ve uzun erimli sorunların sağaltımında etkili olmaktadır. Kronik ve süregelen depresyon, inatçı panik bozukluk, dirençli obsesif kompulsif durumlar ve özellikle derin değişim gerektiren kişilik bozuklukları şema terapi açısından endike durumlardır. Bunun yanında şema terapi akut durumların sağaltımında çok etkili ve tavsiye edilen bir yaklaşım değildir. Psikotik veya manik atak evresinde olanlar, aktif madde kullanıcıları ve depresyonun alevlendiği dönemde olanlar şema terapi açısından kontrendikedirler. (Arntz ve Jacob, 2016; Loose ve ark., 2018).

### **2.1.1. Şema kavramı ve özellikleri**

Şema kavramının serüveni Eski Yunan'a kadar uzanmaktadır fakat bu kavramın psikoloji dünyasında ehemmiyet kazanması daha çok Piaget'in çalışmalarıyla birlikte olmuştur. Şema terim anlamında iskelet, şablon ve yapı gibi manalara gelmektedir. Piaget ise bu kavramı dış dünyanın gerçekliğini anlamak ve tanımlamak için geliştirilen bilişsel yapılar olarak tarif etmiştir. Beck ise bu kavramı otomatik düşüncelerin ve varsayımların daha derininde yer alan ve bunlara da kaynaklık eden temel bilişsel yapılar olarak tanımlamıştır (Türkçapar, 2014). Young ise şema kavramının taşıdığı anlamı daha da açmış, genişletmiş ve zenginleştirmiştir. Young'a göre şema erken dönem ihtiyaçların karşılanmaması, yanlış ebeveynlik pratikleri ve mizaçsal özelliklere bağlı olarak gelişen içerisinde bilişleri, duyguları, anıları ve geçmişin izlerini de barındıran zihinsel yapılar veya şablonlar olarak tanımlanabilir (Young ve ark., 2016).

Erken dönemde gelişen şemalar oldukça katı, inatçı ve değişime dirençli bir yapı taşımaktadırlar. Şemalar ne kadar erken bir dönemde gelişmişlerse o kadar güçlü bir özellik göstermektedirler. Özellikle de dil gelişimi öncesinde gelişen ve güçlü genetik ya da mizaçsal yatkınlıklar taşıyan şemalar değişime karşı oldukça dirençli bir yapı arz etmektedirler. Çocukluğun dil gelişimi sonrasındaki evrelerinde veya ergenlik döneminde gelişen şemalar ise daha bilişsel seviyede faaliyet gösterdikleri için değişime karşı o kadar dirençli, inatçı ve kapalı değildirler. Şemalar her zaman aktif ve canlı konumunda olan yapılar değildirler ancak bir takım içsel ve dışsal uyarılar tarafından tetiklendiklerinde harekete geçen ve belirli şekilde davranmaya dönük

dürtüler ve eğilimler oluşturan yapılardır. Şema aktif hale geldiğinde içerisinde var olan bakış açısına ve taşıdığı duygulara bağlı olarak kişiyi büyük ölçüde ele geçirir ve gönderdiği mesajlar doğrultusunda kişiyi belirli şekillerde davranmaya zorlar. Şemalar, geliştikleri erken dönem çevreye benzer çevrelerle karşılaştıklarında hızlıca ve otomatik şekilde aktive olabilirler. Belirli şemaların sık sık ve uzunca bir süre aktive olmaları ise doygun bir hayat yaşamayı engelleyerek birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimine yatkınlık oluştururlar. Şemalar harekete geçtiklerinde yoğun ve güçlü duyguları da beraberlerinde getirirler (Rafaeli ve ark., 2016).

### **2.1.2. Uyum bozucu baş etme biçimleri**

Düşünceler, duygular, anılar ve fizyolojik duyumlar şemaların parçaları olsa da şema aktivasyonu ile ortaya konulan davranışlar şemaların doğrudan bir parçası, unsuru ya da bileşeni olarak görülmezler. Uyum bozucu baş etme biçimleri şemalarla baş etmek için sergilenen ama çoğunlukla sağlıksız ve maladaptif olan davranışları içerirler. Bu davranışlar çoğunlukla çocukluk döneminde işlevsel ve uyum sağlayıcı olsa da yetişkinlikte artık yeterince işlevsel ya da sağlıklı değildirler. Şemaların tetiklenmesine bağlı olarak üç temel baş etme biçimi ortaya çıkmaktadır. Bu baş etme biçimlerinin her biri çok sayıda davranışsal stratejiyi içermektedir (Young ve ark., 2016). Baş etme biçimleri içerisinde yer alan ve kümelenen davranışlar şema terapide baş etme tepkileri olarak adlandırılmaktadırlar.

#### **2.1.2.1. Teslim olma**

Bu baş etme biçimi şemaya teslim olmayı, onu kabullenmeyi ve doğrulamayı ifade etmektedir. Şemaya teslim olan kişiler şemanın taşıdığı düşünce ve duyguları doğru kabul ederler ve şemayı doğrulayacak kanıtları veya enstrümanları ararlar. Bu baş etme biçimi başkalarıyla aşırı uyumlu olma, kendini yok sayma ve öteleme, şemayı doğrulayacak duygusal partnerler seçme, teslimiyetçi davranışlar ve başkalarıyla iç içe geçmiş bağımlı ve sembiyotik ilişkiler kurma gibi stratejileri içerir (Rafaeli ve ark., 2016).

#### **2.1.2.2. Kaçınma**

Bu baş etme biçiminde kişi şemayı tetikleyecek durum ve insanlardan kaçınmaya çalışır. Kaçınma tepkileri çoğunlukla sağlıksız, afonksiyonel ve kendilik yıkıcıdır. Kişi şema tetiklenmesine mani olmak için çoğu durumdan kaçındığı için gerçeklikle yüzleşememekte ve bundan dolayı da şemaya karşı etkin, sağlıklı ve doğru

bir pozisyon alamamaktadır. Bu ise çoğunlukla şemanın daha da pekişmesine, muhkemleşmesine ya da güçlenmesi yol açmaktadır. Yine bu baş etme biçiminde kişi şema aktivasyonu olduğunda kendini sağlıklı şekilde yatıştırdığı stratejilere başvurabilmektedir. Alkol ve madde kullanımı, aşırı yeme, fobik kaçınmalar ve münzevilik daha çok bu baş etme biçimiyle alakalıdır (Young ve ark., 2016).

### **2.1.2.3. Aşırı telafi**

Aşırı telafi şemayla yoğun bir savaşı ve çatışmayı ifade eder ancak bu savaş stratejileri çoğunlukla aşırılıklar barındırırlar ve uzun vadede zararlıdırlar. Diğer baş etme biçimlerinden farklı olarak aşırı telafici davranışların ikincil kazançları ve auraları daha fazladır. Bundan dolayı kişilerin genellikle bu stratejilerin kendilik yıkıcı, maladaptif ve disfonksiyonel taraflarını fark etmeleri daha uzun bir zaman ve yoğun bir çaba gerektirmektedir. Aşırı kontrol, yoğun dikkat çekme çabaları, büyüklenmecilik, zorbalık ve saldırganlık, manipülasyon, ayak kaydırma ve kurnazlıkla alt etme gibi stratejiler aşırı telafiye örnek olarak verilebilirler (Jacob ve ark., 2015; Roediger, 2020).

### **2.1.3. Şemaların gelişimini etkileyen faktörler**

Şemaların gelişiminde mizaç, erken dönemde temel psikolojik ihtiyaçların yeterince karşılanmaması ve hatalı ebeveynlik uygulamaları etkili olmaktadır.

#### **2.1.3.1. Mizaç ve genetik**

Genetik olarak aktarılan özellikler şemaların ve şemalara bağlı ortaya çıkan baş etme biçimlerinin gelişiminde oldukça etkili olabilmektedirler. Bazı kişiler sorunlu bir çocukluk ortamında büyümeseler bile mizaçsal yatkınlıkları onlarda bazı şemaların ve işlev bozucu baş etme biçimlerinin gelişimine yol açabilmektedir. Özellikle de mizaçsal yatkınlıklar, ihtiyaçların karşılanmadığı çocukluk deneyimleriyle kesişince ve birleşince şemaların gelişimine oldukça müsait bir durum ortaya çıkmaktadır. Özellikle de ürkek bir mizaca sahip olan kişilerde evham alanıyla ilgili şemalar ile kaçınmacı baş etme biçimleri daha çabuk gelişebilmektedir. Dışa dönük ya da agresif bir mizaca sahip olanlarda ise haklılık şeması ile aşırı telafici baş etme biçimleri daha kolay gelişebilmektedir. Doğuştan dürtüsel/hiperaktif özellikler sergileyen bireyler ise yetersiz özdenetim gibi gelişmemiş sınırlar alanıyla ilgili şemaların gelişimine daha yatkın olmaktadır. Mizaç her ne kadar yatkınlaştırıcı bir etmen olarak karşımızda dursa da aynı zamanda koruyucu bir faktör de olabilmektedir. Özellikle de dışa dönük

ve dayanıklı bir mizaç istismar edici bir çevrenin yol açabileceği zararlı etkileri kompanse etme ya da savuşturma konusunda kişiye ekstra koruyucu kaynaklar sunabilmekte ve bu anlamda gelişecek şemaların gelişimine karşı koruyucu bir nitelik taşıyabilmektedir (Rafaeli ve ark., 2016; Young ve Klosko, 2017; Young, 2018).

### **2.1.3.2. Erken dönemde karşılanmayan ihtiyaçlar**

İnsanoğlu bebekliğinden itibaren çeşitli fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlara sahiptir. Bebeklerin bu ihtiyaçları temelde bakım veren kişi ya da maternal nesne tarafından karşılanır. Eğer çocukluk çevresi temel ihtiyaçların karşılanması açısından uygun koşullar barındırıyorsa o zaman kişi sağlıklı bir gelişim sürecinden geçer ve yetişkin yaşamında da çoğunlukla bu temel ihtiyaçlarını daha adaptif ve yetiştirilme yöntemleriyle karşılayacak yollar bulabilir. Bunun yanında temel ihtiyaçların karşılanmadığı erken dönem çevreler ya da bağlanma ilişkileri sağlıklı bir gelişime yol açar ve yetişkin yaşamında da bu karşılanmayan ihtiyaçların zararlı ve toksik etkileri görülmeye devam ederler. Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde karşılanmayan ihtiyaçlar önemli bir rol oynamaktadırlar. İhtiyaçların karşılanmasında ki eksiklikler ve aşırılıklar patolojik örüntülerin gelişmesine sebep olmaktadır. Young ve ark. (2016) beş temel ihtiyaçtan bahsetmişleridir. Bu ihtiyaçlar şu şekildedir:

#### **2.1.3.2.A. Güvenli bağlanma ihtiyacı**

İnsanoğlu dünyaya geldiğinden itibaren kendini güvende hissetmek ister. Bu ise daha çok tutarlı, istikrarlı ve süreğen bir bakım verenle gerçekleşecek güvenli bir bağlanmayla mümkün olur. Özellikle de çocuğun aktive olan duygularını yatıştırarak, adaptif stratejilerle dizginleyecek ve düzenleyecek bir bakım veren, çocuğun güven ihtiyacının karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Erikson, hayatın bu ilk döneminde güven ihtiyacı karşılanan bir çocuğun dünyayı güvenli olarak algıladığını ve temel güven duygusu geliştirdiğini öne sürmektedir (Erikson, 2018). Temel bakım vereniyle güvenli bir bağlanma gerçekleştirilemeyen çocuklarda güvensiz bağlanmanın çeşitli türleri gelişebilmektedir. Bu bağlanma örüntüleri ise bir şablon olarak kodlanmakta ve yetişkin yaşamına aktarılmaktadır. Bu durumda ise kişi erken dönemdeki bağlanma örüntülerini çocukluk çevresindeki temel bakım verene benzer özellikler taşıyan kişilerle tekrar eden ilişkiler kurarak sürdürmektedir (Palombo ve ark., 2018). Hayatın ilk dönemlerinde yeterince güven ihtiyacı karşılanmamış kişiler ilerleyen dönemlerde bağlanma alanıyla ilgili olan duygusal yoksunluk, kusurluluk, terk edilme, güvensizlik ve sosyal izolasyon gibi

şemalar geliştirebilmektedirler. Bu şemalar güvenle ilişkili olan sevgi, aidiyet ve istikrarlı bağlanma gibi ihtiyaçların yeterince karşılanmaması ile ilişkilidir (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.3.2.B. Özerklik ihtiyacı**

Özerklik ihtiyacı kişinin kendi yaşam sınırlarını çizmesi ve otonom olarak hayatını idame ettirmesiyle ilgili olan bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç psikodinamik yaklaşımlarda psikopatoloji gelişimi açısından çok önemli bir rol oynayan bir ihtiyaç olarak görülmüştür. Mahler'in ayrılma ve bireyleşme kuramına göre bir çocuk 18 ve 24. aylar arasında anneden ayrılarak bireyleşme yolunda önemli bir kadraja girmektedir (Mahler ve ark., 2018). Mahler'in psikodinamik temelli gelişim kuramını kliniğe aktaran Masterson ise bu aylar arasında anne tarafından yeterince özerk olmasına izin verilmeyen bir çocuğun ilerleyen süreçte sınır kişilik örgütlenmesi geliştirmeye yatkınlaşabileceğini veya müsait hale gelebileceğini öne sürmektedir (Masterson, 2010). Erikson ise yaşamın ikinci yılından itibaren yeterince özerk olamayan çocuklarda utanç ve şüphe duygularının gelişebileceğine vurgu yapmaktadır (Erikson, 2018). Erken dönemlerden itibaren yaşına uygun şekilde özerklik verilmeyen ve otonomisi tanınmayan çocuklarda bağımlılık, dayanıksızlık, iç içe geçme/yapışkanlık ve başarısızlık gibi şemalar gelişebilmektedir (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.3.2.C. Duygu ve ihtiyaçlarını ifade etme özgürlüğü**

Duygularını, isteklerini ve arzularını ifade edebiliyor olmak oldukça sağlıklıdır. Duygu ve ihtiyaçların ifadesinin engellenmesi veya bastırılması ise sağlıklı bir kişiliğin ortaya çıkmasına yol açabilir. Özellikle erken dönemde duygularını ifade etmesine izin verilmeyen çocuklar yetişkin yaşamında başkaları odaklı bir hayat yaşayabilmektedirler Duygu ve ihtiyaçların ifadesinin engellenmesi boyun eğme, onay arama ve aşırı fedakârlık gibi şemaların gelişmesine sebep olabilmektedir (Young ve ark., 2016; Young ve Klosko, 2017).

#### **2.1.3.2.D. Kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacı**

İnsanlar çalışıp üretmek, sorumluluklar almak ve yükümlülüklerini yerine getirmenin yanında dinlenmeye, mola vermeye ve eğlenmeye de ihtiyaç duyarlar. Bu ihtiyaçlar çocukluk açısından da önemli ve gerekli ihtiyaçlardır (Ak ve ark., 2019). Her çocuk oyun oynamaya ve eğlenmeye ihtiyaç duyar. Ayrıca çocuklar

spontanitelerini ve gerçek kendiliklerini sergileyebildikleri çevrelerde büyütüldüklerinde daha sağlıklı yetişkinler olarak gelişebilirler ve büyüyebilirler. Kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacının karşılanmaması kişide katı, talepkar ve sert bir kişiliğin gelişmesine yol açabilmektedir. Bu ihtiyaçları karşılanmayan insanlarda yüksek standartlar, duyguları bastırma, karamsarlık ve cezalandırılma gibi şemalar gelişebilmektedir (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.3.2.E. Gerçekçi sınırlar ve özdenetim**

İnsanlar her ne kadar özerk olmaya ihtiyaçları varsa da aynı zamanda gerçekçi sınırlara da ihtiyaç duyarlar. Sağlıklı bir kişiliğe sahip olan insanların başkalarına karşı sınırları olduğu gibi aynı zamanda kendi içsel arzu ve dürtülerine karşı da gerçekçi sınırları ve sınırlamaları mevcuttur. Erken çocuklukta diğer ihtiyaçların aşırı şekilde karşılanması eksik şekilde karşılanması kadar tehlikeli neticeler doğurabilmektedir. Özellikle de şımarıkça büyütülen, ihtiyaçları anında karşılanan ve optimal kırılmalar yaşayarak gerçeklikle yüzleşmesine izin verilmeyen çocuklar yetişkin yaşamına geçtiklerinde kendilerini diğerlerinden önemli, üstün ve yüksek olarak görmektedirler. Yine çocukluk çevresinde gerçekçi olarak sınırlar konularak sorumluluk almaları sağlanmayanlarda ise yetişkin yaşamında kendi dürtülerini ve arzularını denetlemekte güçlük çektikleri çeşitli problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu bireyler uzun vadeli amaçlara ulaşmakta güçlük çekmekte ve anlık hazların, arzuların ve zevklerin peşine düşmektedirler. Çocukluk ortamında gerçekçi sınırlar konulmayan ve dürtülerini denetlemesi sağlanmayan çocuklarda haklılık ve yetersiz özdenetim gibi şemalarla şımarık, dürtüsel ve tembel çocuk modu gibi modlar sıklıkla gelişebilmektedir (Ak ve ark., 2019; Gülüm, 2020; Karaosmanoğlu, 2019).

#### **2.1.3.3. Ebeveynlik uygulamaları**

Şemaların gelişiminde karşılanmayan ihtiyaçlar daha çok hatalı, patojenik ya da kusurlu ebeveynlik pratikleriyle alakalıdır. Ebeveynler çocuklarının psikolojik ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldıklarında, çocuklarını istismar ettiklerinde, katı ve sert cezalar verdiklerinde, çocukların spontanitelerini önemsemediklerinde bunlar uyumsuz şemaların gelişmesine yol açabilmektedirler (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.3.4. Erken dönem yaşam deneyimleri**

Şemaların gelişiminde yanlış ya da hatalı ebeveynlik pratiklerinin yanında erken dönemde yaşanan önemli deneyimler de etkili olur. Erken dönemde görülen bir

istismar olayı güvensizlik ve boyun eğicilik gibi şemaların gelişmesine yol açabilir. Bu durum çocuğun hem kendine hem başkalarına hem de dünyaya karşı güven duygularını ciddi manada zedeleyebilir. Şemaların gelişiminde temel bakım vericiler çok önemli olsa da aynı zamanda arkadaş, öğretmen, akraba ve otorite figürleri gibi diğer faktörler de etkili olabilmektedir. Bunlara ek olarak çocuklar önemli ötekileri içselleştirmek suretiyle bazı şemalara ve baş etme biçimlerine sahip olabilirler. Boyun eğici bir ebeveynle büyüyen çocuk annesinin teslimiyetçi davranışlarının ikincil kazançlarını görerek bu şemayı içselleştirebilir. İfrata varacak şekilde fedakarlıkta ebeveynlerden modelleme yoluyla öğrenilebilmektedir (Ak ve ark., 2019; Rafaeli ve ark., 2016).

#### **2.1.4. Erken dönem uyumsuz şema alanları**

Erken dönem uyumsuz şemalar beş şema alanı içerisinde yer alan toplamda on sekiz tane şemadan oluşmaktadır. Bu şemaların bir kısmını koşulsuz şemalar oluştururken diğer bir kısmını ise koşullu şemalar oluşturmaktadır. Koşulsuz şemalar altta daha başka bir şemayı gizlemeyen ve kendi başlarına var olan şemalardır. Koşullu şemalar ise altta yatan başka bir şemaya bağlı sekonder olarak gelişen ve daha çok da temelde yatan şemayla baş etme niteliğine haiz olan şemalardır. Onay arama, kendini feda ve boyun eğme şemaları çoğunlukla koşullu şemalar olup daha çok duygusal yoksunluk ve kusurluluk/utanç şemalarına bağlı olarak gelişmektedirler (Simeone ve ark., 2017). Şemalar beş alana ayrılarak incelenmektedirler.

##### **2.1.4.1. Ayrılma ve reddedilme alanı**

Bu alandaki şemalar daha çok güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanmamasından dolayı ortaya çıkmış bulunan şemalardan oluşmaktadır. Sevgi, ilgi, anlaşılma, aidiyet, değerli hissetme, güven, istikrarlı ilişki, kılavuzluk/rehberlik edilme gibi temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmaması bu alanda yer alan terk edileme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, güvensizlik ve kusurluluk gibi beş şemanın gelişimine yol açabilmektedir. Ayrılma reddedilme alanıyla ilgili şemalar aşağıda detaylı olarak anlatılmaktadır.

##### **2.1.4.1.A. Terk edilme şeması**

Terk edilme şemasının gelişiminde erken dönemde yaşanan ebeveyn kaybı veya terki, yatılı okullara gönderilme, aile içi şiddetli kavgalar gibi çevresel etmenlerle bir takım genetik veya yapısal faktörler etkili olabilmektedir. Erken dönemde istikrarlı

bağlanma ihtiyacının çeşitli sebeplerle yeterince karşılanmaması yetişkin hayatında sevdiği insanlardan ayrılma, onların bir anda terk edip gitmesi ya da ani şekilde ölmeleri gibi endişeleri beraberinde getirmektedir. Bu şema özellikle de kendisini duygusal ilişkilerde gösteren bir şemadır (Young ve ark., 2016). Terk edilme şemasına sahip bireyler her ne kadar terk edilmekten çok korksalar da şema kimyasından dolayı kendilerini terk etmeye meyilli olan istikrarsız, dengeli olmayan ve güven vermeyen insanlara karşı yoğun bir duygusal çekim ya da kimya hissedebilirler. Kendilerini sık sık istikrarsız ve çalkantılı ilişkilerin içerisinde bulup yoğun duygusal savrulmalar yaşayabilirler (Rafaeli ve ark., 2016; Simeone ve ark., 2017). SKB'deki en baskın şemalardan biri de bu şemadır ancak her bu şemaya sahip olanın SKB'si olduğunu iddia etmek ya da öne sürmek güçtür (Arntz ve Genderen, 2013; Ertürk ve Kaynar, 2017). Shorey ve ark.'na (2014) göre madde kullanıcılarında terk edilme şeması baskın bir şema olup bu şemanın güçlülüğü madde bağımlılarındaki erken dönem travmatik yaşantıların yoğunluğuyla ilişkilidir. Mozaffari ve ark.'na göre (2013) hastanede yatan madde kullanıcılarında terk edilme şemasının varlığı nüksü yordayan önemli faktörlerden birisidir.

#### **2.1.4.1.B. Duygusal yoksunluk şeması**

Duygusal yoksunluk şemasının gelişiminde sevgi ve ilgi açısından yoksun bırakıcı ebeveynlik uygulamaları etkili olmaktadır. Bu şema sevgi, ilgi, anlaşılma, korunma, rehberlik ve kılavuzluk edilme gibi ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda gelişmektedir. Duygusal yoksunluğun sevgi-ilgi yoksunluğu, anlaşılma-dinlenme yoksunluğu ve rehberlik-korunma yoksunluğu olmak üzere üç türü mevcuttur. Sevgi ve ilgi yoksunluğu olan kişiler gerçek anlamda sevilmeceklerine, birileri için özel olmayacaklarına ve ilgi görmeyeceklerine dair derin ve güçlü bir inanç duymaktadırlar. Kendilerine sunulan ilgiyi ve sevgiyi sahte olarak görmekte ancak yoğun bir sevgi ve ilgi açlığı ile birlikte yalnızlık hissetmektedirler. Küçükken yeterince sevilmeyen, kucağa alınmayan, eğlenceli oyunlar oynanmayan ve ilgi göremeyen kişilerde duygusal yoksunluğun bu türü gelişebilmektedir. Anlaşılma yoksunluğuna sahip olanlar ise anlaşılmamış olmanın derin üzüntüsüne sahiptirler. Bu durumda ya kendilerini ifade etmekten kaçınmakta ya da anlaşılmak adına aşırı şekilde kendilerini ifade etmeye çalışmaktadırlar. Eğer çocukken kişiler yeterince dinlememişse ve duyguları anlaşılmamışsa o zaman bu durum gelişebilmektedir. Korunma yoksunluğunda ise kişi kendini yarımsız ve yalnız başına bırakılmış şekilde

hissetmektedir ve bu durum daha çok küçükken yeterince tehlikelere karşı korunmamış ve uygun baş etme yöntemleri konusunda rehberlik edilmemiş kimselerde görülebilmektedir (Young ve Klosko, 2017). Duygusal yoksunluk şemasına sahip olanlar bu duruma teslim olarak yoğun yalnızlık çekebilmektedirler. Bunun yanında kaçınmacı bir baş etme yöntemi kullananlar duygusal ihtiyaçlarının karşılanmayacağına dair derin bir ümitsizlik içerisinde olduklarından duygusal ilişkilerden ve kişilerarası konteksten uzak kalmakta ve yalnız bir hayatı tercih etmektedirler. Bunun yanında aşırı telafi yapanlar ise elde etmek istedikleri ihtiyaçlarını elde etmek için yoğun, ısrarcı ve bıktırıcı bir talepkarlık sergileyebilmektedirler (Young ve ark., 2016). Daemi ve Janbozergi'e (2011) göre otoriter ebeveynlik tutumu, duygusal yoksunluk ile duyguları ketleme şemaları çocuklardaki özsaygının en önemli yordayıcılarıdır. Gökçe ve ark. (2017) üniversite öğrencilerindeki depresif belirtilerle erken dönem şemalar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında duygusal yoksunluk şemasının depresyonla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Madde bağımlılığı ve erken dönem şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği pek çok çalışmada duygusal yoksunluk şeması madde bağımlılığıyla ilişkili bulunmuştur (Bojed ve Nikmanesh, 2013; Günaltay, 2017; Razavi ve ark., 2012). Psikosomatik semptomlar duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon, onay arama, kendini feda, terk edilme, duyguları ketleme, dayanıksızlık ve karamsarlık şemalarıyla ilişkilidir (Biçer, 2019).

#### **2.1.4.1.C. Kusurluluk/utanç şeması**

Bu şema yoğun utanç, değersizlik ve öz güven sorunlarıyla ilişkili olan bir şemadır. Kusurluluk şemasının gelişiminde yoğun utanç duyguları hissettirilme, yeterince değer görmediği bir çevrede büyüme, ağır eleştirilere maruz kalma, hakarete uğrama ve alay edilme gibi erken dönem yaşantıları etkili olmaktadır. Kusurluluk şeması baskın olan insanlar kendilerini başkalarından daha aşağı ve değersiz olarak görmekte ve yoğun aşağılık duyguları hissetmektedirler. Bu şemaya sahip olan kişilerde çoğunlukla gerçek bir kusurdan ziyade kendilerini bu şekilde algılama ve değerlendirme durumu söz konusudur. Kusurluluk şemasına teslim olanlar utanç ve değersizliği kabul ederek gerçekten başkalarından daha aşağı ve değersiz olduklarına inanırlar. Kaçınmacı olanlar ise şemanın tetiklendiği kişi ve durumlardan uzak durmaya çalışırlar. Özellikle de eleştirilecekleri, hata yapabilecekleri ve girişken olmaları gereken durumlardan kaçınırlar. Aşırı telafi yapanlar ise şema ile savaşmak

için aşırılık içeren stratejiler kullanmaktadırlar. Algıladıkları kusurluluk duygularını absorbe etmek için kendilerini aşırı önemli birisi gibi sunma, statüsünü ön plana çıkarma, diğerlerini küçümseme, eleştirme ve büyüklenmeci davranışlar gibi narsistik baş etme tepkileri sergileyebilmektedirler (Rafaeli ve ark., 2016; Simeone ve ark., 2017; Young ve Klosko, 2017). Küçümseyici/kusur bulucu ebeveynlik pratikleri madde bağımlılığıyla bağlantılıdır (Günaltay, 2017). Kusurluluk şeması madde bağımlılarında bulunan önemli şemalardan birisidir (Shorey ve ark., 2013).

#### **2.1.4.1.D. Güvensizlik şeması**

Güvensizlik şeması başkalarına karşı yoğun güvensizlik duygularıyla karakterize bir şemadır. Bu şemaya sahip olanlar diğer insanlara güvenememekte ve sürekli onlar tarafından maddi veya duygusal zarara uğratılmaktan endişe duyarak yaşamaya çalışmaktadırlar. Bu şemanın gelişiminde erken dönem istismar olaylarının yanı sıra aşırı güvensiz ebeveynlerin içselleştirilmesi gibi durumlar da etkili olmaktadır. Ayrıca küçükken akran zorbalığına maruz kalmış ve alaya alınmış kişilerde de kusurluluk şemasının yanı sıra bu şema da gelişebilmektedir (Young ve Klosko, 2017). Güvensizlik şemasına teslim olanlar şema tetiklendiğinde gerçekten bu duyguların ve beraberinde gelen düşüncelerin doğru olduğuna inanarak sürekli şemayı pekiştirecek ve şemayı haklı kılacak tek yönlü kanıtların peşine düşebilirler. Şemadan kaçınanlar ise şemayı tetikleyecek durumlardan ve kişilerden uzak durur ve daha münzevi bir hayatı tercih edebilirler. Bunun yanında aşırı telafi yapanlar ise herkese güven duymak, başkalarını istismar etmek ve aşırı kontrol gibi stratejiler kullanabilirler (Young ve ark., 2016). Yiğit ve Erden'e (2015) göre erken dönem istismar yaşantıları güvensizlik şemasının da içinde yer aldığı ayrılma ve reddedilme alanındaki şemaların gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Mansourijalilian ve Yazdanbaksh'a (2015) göre güvensizlik şeması madde bağımlılarındaki en baskın şemalardan birisidir.

#### **2.1.4.1.E. Sosyal izolasyon şeması**

Bu şema kişinin kendini diğerlerinden farklı olarak görmesiyle karakterizedir. Sosyal izolasyon şeması olanlar başkalarıyla olan benzerliklerden ziyade farklılıklara ve aykırılıklara odaklanmaktadırlar. Kendilerini diğerlerinden ayrı bireyler olarak görüp daha marjinal olduklarını düşünmektedirler. Özellikle de toplumun geneline göre farklı bir etnik ya da dini aidiyete sahip olmak, ebeveynlerin azınlık bir gruba mensubiyeti, toplumdan dışlanmış bir bölgede ya da mahallede yaşamak, aşırı zengin

ya da fakir olmak ve sürekli farklılıklarını vurgulayan ebeveynlere sahip olmak gibi durumlar bu şemanın gelişimine yol açabilmektedir (Young ve ark., 2016; Young ve Klosko, 2017). Özellikle de sosyal fobisi olan kişilerde bu şema yoğun olarak görülebilmektedir. Yine şizoid ve antisosyal kişilik bozukluklarında da bu şemaya sıklıkla rastlanılmaktadır (Roediger, 2020). Ayrıca bu şemanın gelişiminde ergenlik döneminde akranlarla olan ilişkiler de önemli bir rol oynamaktadır (Canel, 2021). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda sosyal izolasyon şeması madde bağımlılarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Bojed ve Nikmanesh, 2013; Razavi ve ark., 2012). Ayrıca sosyal izolasyon şeması madde bırakıldıktan sonra yeniden başlamada bir risk faktörüdür (Mozaffari ve ark., 2013).

#### **2.1.4.2. Özerklik ve performans alanı**

Bu alandaki şemalar daha çok özerklik ihtiyacının karşılanmamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle de aşırı korumacı ve evhamlı ebeveynler bu alandaki şemaların gelişimine büyük katkı sunmaktadırlar. Bu alanda başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, dayanıksızlık, iç içe geçme/yapışkanlık şemaları bulunmaktadır.

##### **2.1.4.2.A. Başarısızlık şeması**

Başarısızlık şeması kişinin kendisini çeşitli yaşam alanlarında başarısız hissetmeyle ilgilidir. Özellikle de iş, başarı, eğitim ve aktiviteler alanında kişi kendini başarısız ve yetersiz hissetmektedir. Bu şema beceri eksikliğinden kaynaklanan gerçek başarısızlıkların olduğu bir durumla ilişkili olabilir ancak çoğunlukla sebep gerçek başarısızlıklar değildir. Başarısızlık şeması tetiklendiğinde kişi buna teslim olarak gerçekten şemanın içerisindeki duyguların içine girip bunlara yoğun şekilde inanabilir. Bunun yanında kişi şemanın tetiklenmesini engellemek için başarı ve performans gerektiren durumlardan ya da aktivitelerden uzak kalmaya çalışabilir. Kaçınmayla birlikte kişi daha az başarısız hissetse de şemanın karşı kanıtlarını görme imkanından da mahrum kalmış olur. Aşırı telafi yapan kişi ise sürekli başarı peşinden koşabilir ve yüksek standartlar şeması geliştirmiş olabilir (Young ve ark., 2016, Young ve Klosko, 2017). Jalali ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada madde bağımlılarında başarısızlık şemasını yüksek bulmuşlardır. Kişi kendini başarısız bulduğunda bu durumdan kaçınmak için alkol ve madde alarak kendini yatıştırmaya çalışabilir (Arıkan, 2019).

#### **2.1.4.2.B. Bağımlılık/yetersizlik şeması**

Bağımlılık şeması kişinin kendi hayatını idare ve idame ettirme noktasında kendi yeterliliğine güven duymaması ile karakterizedir. Bu şemaya sahip olan kişiler yeni bir durumla ya da bir sorunla karşılaştıklarında küçük bir çocuğun yaşadığı çaresizliğe benzer bir duygu yaşarlar. Gündelik sorunlar bu kimseler için tek başlarına üstesinden gelemeyecekleri derecede göz korkutucu ve ürkütücüdür. Sorunlarının üstesinden başkalarının yardımı olmadan gelemeyeceklerine dair bir korku içerisindedirler ve çoğunlukla sorunlar karşısında başkalarının yardımına ve desteğine ihtiyaç duyar bir pozisyondadırlar. Bağımlılık şemasına sahip bireyler özellikle teslim olma baş etme biçimini yoğunlukla kullanmaktadırlar. Bu baş etme biçimiyle tamamen şemayı doğrulayacak şekilde çaresiz davranışlar sergileyip başkalarına bağımlı şekilde yaşamlarını devam ettirmeye çalışırlar. Bazı bireyler ise sorumluluk almayı gerektiren durumlardan kaçınarak şemadan kaçınma yoluyla baş etmeye çalışabilirler. Bazı kimselerde bağımlılık şeması ile aşırı telafi yaparak baş etmeye çalışabilirler. Bu kimseler hiç kimseye bağımlı olmak istemezler ve tek başına ayakta kalmaya ve öz yeterliliğe aşırı bir vurgu yaparlar (Young ve Klosko, 2017). Madde bağımlılığının erken dönem şemalarla ilişkisinin incelendiği Türkiye'deki iki çalışmada bağımlılık/iç içe geçme şemaları madde bağımlılarında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşlardır (Alevsaçanlar, 2015; Günaltay, 2017).

#### **2.1.4.2.C. Dayanıksızlık şeması**

Dayanıksızlık şeması tehlikelere karşı zayıf, dayanıksız ve kırılğan hissetmekle ilgili bir şemadır. Bu şemaya sahip kişiler hastalanmaktan, parasız kalmaktan ve zarar görmekten derin bir endişe duyarlar. Dayanıksızlık şemasının kökeninde fobik ve evhamlı ebeveynler yatmaktadır. Evhamlı ebeveynler sık sık çocuklarını tehlikelere karşı uyarırlar ve kendileri de muhtemel tehlikeler karşısında aşırıya kaçan ve gereksiz önlemler alabilirler. Şemaya teslim olanlar şemayı destekleyici şekilde davranırlar. Tehlikeleri ve problemleri abartır, büyütür ve felaketleştirirler. Bu kişiler aynı zamanda endişeleri karşısında her şeyi kontrol altında tutma ve denetleme gibi yorucu baş etme yöntemlerine başvurabilirler. Şemadan kaçınanlar ise tehlikeli olduklarını düşündükleri şeylerden abartılı şekilde kaçınırlar. Aynı zamanda şemanın oluşturduğu endişeye karşı alkol ve madde kullanımı gibi zararlı davranışlara başvurabilirler. Aşırı telafi yapanlar ise hiçbir tehlike yokmuş gibi abartılı bir cesaret duygusuyla davranabilirler. Dayanıksızlık şeması fobik bozukluklar, panik bozukluk ve yaygın

anksiyete bozukluğunun altında yatan temel şemalardan biridir (Karaosmanoğlu, 2016; Roediger, 2015; Young ve Klosko, 2017). Rhein ve Sukawatana (2015) yaptıkları çalışmalarda üniversite öğrencilerinde dayanıksızlık şemasını kaygı seviyesini yordayan en temel şemalardan biri olarak bulmuşlardır.

#### **2.1.4.2.D. İç içe geçmişlik/olgunlaşmamış benlik şeması**

Bu şemaya sahip olanlar başkalarıyla aşırı iç içe geçmiş ve sembiyotik ilişkiler kurarlar. İnsanlar arasında sınırların olmaması gerektiğine inanırlar. Eğer kurdukları ilişkilerde başkaları onlara sınır koyarsa bundan oldukça rahatsızlık duyarlar. Bu kişiler genellikle aile bireyleri arasında sınırların çok gevşek olduğu, bireye ait sınırların silikleştiği ve bütün sınırların paylaşıldığı ailelerde yetişmektedirler. Böyle bir aile ortamında kişi tamamen kendini açmazsa ve tüm özelini diğerleriyle paylaşmazsa o zaman suçlu hissettirilmektedir. Bu şemaya sahip kişilerde bağımsız ve özerk bir benlik yapısı gelişmemektedir. Daha çok başkalarına ve diğerlerinin tercihlerine uyumlanma söz konusudur ve bundan da önemli bir rahatsızlık duyulmamaktadır (Loose ve ark., 2018; Young ve ark., 2016).

#### **2.1.4.3. Diğerlerine yönelimlilik alanı**

Bu alanda yer alan şemalara sahip kişiler diğerleriyle uyumlu ve ötekileri memnun etme odaklı bir hayat yaşarlar. Bu alanda yer alan şemalar başka alanlardaki şemalarla çoğunlukla bir arada bulunurlar ve genellikle de koşullu şemalardır (Simeone ve ark., 2017).

#### **2.1.4.3.A. Boyun eğicilik şeması**

Boyun eğicilik şemasına sahip olan kişiler duygularını ve ihtiyaçlarını başkalarıyla paylaşmakta zorlanırlar. Bu şemaya sahip olan kişiler ihtiyaçlarını, arzularını ve duygularını bastırmaları gerektiğini düşünürler. Özellikle de otorite figürlerinden ve gücü temsil makamında olanlardan çok korkmakta ve onlardan çekinmektedirler. Bu kişiler cezalandırılmaktan, reddedilmekten ve terk edilmekten korktukları için başkalarına hayır demekte ve onları reddetmekte zorlanırlar. Boyun eğicilik şemasının kökeninde duyguları ve ihtiyaçları ifade etmeyi tehlikeli olarak gören ebeveynler veya ebeveyn figürleri yer almaktadır. Şemadan kaçınanlar boyun eğmeleri geren yerlerden ve kişilerden uzak dururlar. Otorite figürlerine karşı mesafeli bir pozisyon alırlar ve başkalarıyla tartışmaktan kaçınırlar. Aşırı telafi yapanlar ise hiç kimseyle uyumlanmak ve uyuşmak istemezler ve otoritelerle rekabete ve yarışa

girerler (Rafaeli ve ark., 2016; Simeone ve ark., 2017; Young ve ark., 2016; Young ve Klosko, 2017).

#### **2.1.4.3.B. Kendini feda etme şeması**

Bu şemaya sahip olanlar kendilerini başkaları için feda ederler. Yoğun suçluluk duygularından ve başkalarına zarar verme endişelerinden dolayı insanlara hayır demekte ve sınır koymakta güçlük çekerler. Başkalarının isteklerini kendi istek ve ihtiyaçlarının önüne koyarlar. Kendini feda şemasının altında çoğunlukla duygusal yoksunluk şeması bulunmaktadır. Bu kişiler her ne kadar başkalarından bir karşılık beklemediklerini ifade etseler de genellikle yardım ettikleri insanlardan karşılık bulamadıklarında çok incinip öfkelenebilirler (Young ve ark., 2016). Shorey ve ark. (2012b) tarafından hem madde kullanıcılarıyla hem de onların ebeveynleriyle yapılan bir çalışmada ebeveynler sadece kendini feda şemasında madde kullanıcısı çocuklarından daha yüksek puan almışlardır. Yaygın anksiyete bozukluğu aşırı fedakârlık ve yüksek standartlar şemalarıyla bağlantılıdır (Koerner ve ark., 2015). Henker ve ark. (2019) ise yaptıkları bir çalışmada somatizasyonla en ilişkili şemaların aşırı fedakârlık, yüksek standartlar ve dayanıksızlık şemaları olduğunu rapor etmişlerdir.

#### **2.1.4.3.C. Onay arama şeması**

Onay arayıcılık şeması olanlar ayıp olur gibi saiklerle başkalarıyla uyumlanmaya ve onların onayını kazanmaya çalışırlar. Bu insanlar kendi değerlerini daha çok başkalarının bakış açısı ve geribildirimleri üzerinden oluştururlar. Başkalarına ters düşmekten ve karşı çıkmaktan uzak durup daha çok insanların takdirini ve onayını kazanmaya çalışırlar. Şemanın kökeninde sevgi ve ilgiyi koşullu olarak veren ve çocuğun takdir edilme ihtiyacını yeterince karşılamayan ebeveynler yatmaktadır. Onay arama özelliği güçlü olanlar gerçek kendiliklerini ortaya koymaktan, doğal ve spontan davranmaktan uzak davranışlar sergilerler çünkü kişilerin amacı başkalarının onayını, beğenisini ve takdirini elde etmektir (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.4.4. Zedelenmiş sınırlar alanı**

Zedelenmiş sınırlar alanı içerisinde yer alan şemalar yetersiz özdenetim/dürtüsellik ve haklılık/ayrıcalıklılık şemalarıdır. Bu şemalar kendi istek ve

dürtülerine sınır koyamama ve başkalarının alanına aşırı şekilde tecavüz etmeyle karakterizedirler.

#### **2.1.4.4.A. Yetersiz özdenetim şeması**

Yetersiz özdenetim şeması olanlarda kendi dürtü ve arzularını denetleyememe sorunu vardır. Zevkler genellikle ertelenememekte ve kısa vadeli doyumların ve kazançların peşinden sürüklenilmektedir. Bu şemaya sahip olanlarda uzun vadeli amaçlar çok önemli değildir zira kişi anında tatmin olmak, isteğine kavuşmak ve doyumuna ulaşmak istemektedir. Şemanın kökeninde güçlü biyolojik ya da genetik sebepler yer alabilmekle birlikte erken dönemlerde yeterince sınır konulmayan ve kendisini denetlemesi öğretilmeyen kişilerde de bu şema bulunabilmektedir. Dürtüsel kişiler uzun vadede bir işi veya ilişkiyi sürdürmekte başarılı olamamaktadırlar çünkü sorumluluk bilinçleri ve özdenetimleri yeterince gelişmemiştir (Roediger, 2015; Rafaeli ve ark., 2016). Bu şema madde bağımlılarında pek çok çalışmada en sık görülen şemalardan birisi olarak bulunmuştur (Hacıömeroğlu ve ark., 2014; Jalali ve ark., 2011; Mansourijalilian ve Yazdanbaksh, 2015; Razavi ve ark., 2012; Shorey ve ark., 2012a; Shorey ve ark., 2013a; Shorey ve ark., 2014).

#### **2.1.4.4.B. Haklılık/ayrıcalıklılık şeması**

Haklılık şeması kendini diğerlerinden üstün, özel ve ayrıcalıklı görme ile karakterizedir. Bu şemaya sahip olanlar kendilerini en önemli ve değerli olarak görmekte, ayrıcalıklı muamele görmeyi hak ettiklerini düşünmekte ve sıradan olmaya asla tahammül gösterememektedirler. Haklılık şeması birincil ve ikincil haklılık olarak iki kısma ayrılmaktadır (Young ve ark., 2016). Birincil haklılığı bulunanlar aşırı özel hissettirilerek ve en önemli olduklarına inandırılarak büyütülmüşlerdir. İkincil haklılık ise daha çok altta yatan kusurluluk ve duygusal yoksunluk şemalarının aşırı telafisidir. Bu kişiler alttaki yoğun duyguları saklamak ve telafi edebilmek için bir haklılık ya da büyüklenmecilik zırhına bürünmüşlerdir. Her ne kadar dış dünyada oldukça kendinden emin ve özgüvenli gözükseler de aslında oldukça kırılabilir, hassas ve yaralı bir kendiliğe sahiptirler. Haklılık şeması kişinin kendine zarar verdiği gibi onunla yaşayan kişilerin hayatlarını da büyük oranda felakete çeviren ve güçleştiren bir şemadır (Young ve Klosko, 2017). Duygusal yoksunluk, kusurluluk ve haklılık şemaları narsistik kişilik bozukluğunun en başat şemalarıdır (Ertürk ve Kaynar, 2017).

#### **2.1.4.5. Kendiliğindenlik ve oyun alanı**

Bu alanda yer alan şemalar spontanlık, eğlence-oyun ve kendiliğindenlik ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ilişkilidir. Kendiliğindenlik ve oyun alanındaki şemalar yüksek standartlar, karamsarlık, duyguları bastırma ve cezalandırılma gibi şemalardır.

##### **2.1.4.5.A. Yüksek standartlar şeması**

Yüksek standartlar şeması kişinin kendine katı standartlar koymas ve bunları gerçekleştirmek için yoğun şekilde çaba sarf etmesiyle karakterize bir şemadır. Yüksek standartları olanlar kendilerinden yüksek beklentilere sahiptirler. Şemanın kökeninde başarısızlık ve kusurluluk gibi şemalar bulunabilir ve bu kişiler bu şemaları kompanse etmek için yüksek standartlar şeması geliştirmiş olabilirler. Şemanın diğer bir kökeni ise yüksek standartlara sahip ebeveynlerin model alınarak içselleştirilmesidir (Young ve ark., 2016). Bu kişiler hem kendilerine hem de çevrelerine hep daha iyi olmaları konusunda baskı yapan ve eleştirel özellikleri güçlü olan kimselerdir (Koroğlu, 2017). Hacıömeroğlu ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada yüksek standartlar şeması madde bağımlılarında daha yüksek bulunmuştur. Yüksek standartlar şeması yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda baskın olan şemalardan biridir (Akt., Kömürcü ve Gör, 2016).

##### **2.1.4.5.B. Karamsarlık şeması**

Karamsarlık şeması olanlar daha çok hayatın negatif, puslu ve kötü taraflarına odaklanmaktadır. Bu şemanın kökeninde iki durum etkili olabilmektedir. Şemaya sahip olanlar ya erken yaşlarda kayıp ve travmatik olaylar gibi deneyimler yaşamışlardır ya da oldukça karamsar olan bir ebeveynlerini içselleştirmek suretiyle şemaya sahip olmuşlardır. Şemayı modelleme yoluyla geliştirenlerin ebeveynleri çocuklarını hayatın tehlikeleri konusunda abartılı ve gereksiz şekilde uyarıyor olabilirler. Bu şemaya sahip kimselerde endişelerini denetlemek için yoğun bir kontrol, denetleme ya da hakimiyet tesis etme mekanizması gelişebilmektedir. (Young ve ark., 2016).

##### **2.1.4.5.C. Duyguları bastırma şeması**

Duyguları bastırma şeması duyguların aşırı denetim altında tutulması çabalarıyla karakterizedir. Bu kişiler duygularından korktukları için onları olabildiğince saklamaya, yok saymaya ve bastırmaya çalışmaktadırlar. Bu şemaya

sahip olanlar duyguları dışı vurmaya gerektiren durumlardan kaçınma gösterebilirler. Şemayla aşırı telafi yaparak baş etmeye çalışınlarsa patavatsızlık derecesinde duygularını açmaya çalışıp her durumda yoğun duygusal reaksiyonlar vermeye çalışabilmektedirler. Bu şemaya sahip insanlar dış dünyada soğuk, kendilerini aşırı kontrol eden ve mekanik kişiler olarak tanınmaktadırlar. (Roediger, 2020; Young ve ark., 2016).

#### **2.1.4.5.D. Cezalandırılma şeması**

Cezalandırılma şeması hatalara, kusurlara ve eksikliklere tahammül gösteremeyip kendini aşırı şekilde eleştirme, yargılama hatta bazen de kendine fiziksel zarar vermeye karakterize bir şemadır. Bu şemanın gelişimsel kökenlerinde sert, yargılayıcı, katı ve cezalandırıcı ebeveynlerle deneyimlenen erken dönem yaşantılar yatmaktadır. Şemaya sahip olanlar geçmişte ebeveynlerinin kendilerine davrandıkları şekilde davranmaktadırlar. Şemaya teslim olma kendiyile aşırı didişime, sert şekilde kendini yargılama, kendi kendini değersizleştirme, kendini affetmeme ve ağır suçluluk duygularının doğruluğuna inanma gibi davranışları içerir. Şemadan kaçınma ise cezalandırılma ihtimali algıladığı durum ve kişilerden kaçınmayı içermektedir. Aşırı telafi yapanlar ise başkalarını cezalandırma, diğerlerinin hatalarını asla affetmeme ve her hataya bir bedel uygulama gibi davranışlar sergileyebilirler (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.5. Şema terapi süreci**

Şema terapi uzun süreli bir tedavi yaklaşımı olduğu için kısa süreli müdahale gerektiren akut durumların sağaltımı açısından uygun ve ekonomik bir model değildir. Şema terapi değerlendirme ve psikoeğitim ile başlar. Sonrasında ise bilişsel, deneyimsel/duygusal ve davranışsal tekniklerin lineer şekilde uygulandığı müdahale seansları gelir (Rafaeli ve ark., 2016).

##### **2.1.5.1. Değerlendirme**

Şema terapide değerlendirme geçerliliği ve güvenilirliği olan şema ölçekleriyle ve terapistin doğrudan sorgula yöntemleriyle yapılır. Bunun dışında danışanın sözel olmayan iletişimleriyle ile terapist-danışan arasındaki etkileşimler de erken dönem şemalar ve baş etme biçimlerine dair çeşitli bilgiler içermektedir. Şema terapi başlangıç sürecinde Young Ebeveynlik Ölçeği, Young Şema Ölçeği Kısa Formu, Aşırı Telafi Ölçeği ve Young Rygh Kaçınma Ölçeği gibi ölçekler kullanılabilir. Bunların yanında erken dönem şemaları tespit etmek için tanısall amaçlı imgeleme tekniği de

kullanılabilmektedir. İmgeleme tekniği şemaların tespitini sağlanma konusunda yardımcı olmanın yanında aynı zamanda sonraları sıklıkla kullanılacak olan bu tekniğe karşı danışanlarda bir alışkanlık da oluşturmuş olur (Young ve ark., 2016).

### **2.1.5.2. Psikoeğitim**

Değerlendirme seanslarından sonra terapist danışana şema terapi ile ilgili psikoeğitim vermeye başlar. Psikoeğitim aslında değerlendirme seanslarından itibaren başlamaktadır. Terapist terapi başladığından itibaren aslında fırsatını bulduğu her an terapinin kavramlarıyla ilgili bilgi paylaşımı ve açıklama yapmaktadır. Psikoeğitim seanslarında ise bu paylaşımlar daha sistematik bir boyut kazanmaktadır. Şema terapi kuramsal açıdan oldukça zengin bir içeriğe sahiptir. Terapi süreci içerisinde danışanların sorunlarını şema terapi terminolojisiyle kavramsallaştırıp sonrasında da müdahale etme becerisi kazanmaları amaçlanmaktadır. Bundan dolayı da psikodinamik temelli terapilerden farklı olarak terapinin kavramlarının bilinmesi son derece önemlidir (Rafaeli ve ark., 2016; Vreeswijk ve ark., 2019).

### **2.1.5.3. Terapotik ilişki**

Bütün psikoterapi yaklaşımlarında danışan terapist ilişkisi çok önemlidir. Şema terapi, erken dönem hasarlı dinamiklerin sınırlı yeniden ebeveynlikle yeniden onarılmasını amaçlamaktadır. Bu anlamda terapi ilişkisi son derece kıymetli hale gelmektedir. Jeffry Young'un şema terapiyi geliştirmeye karar verirken en önemli çıkış noktalarından birisi de bilişsel davranışçı terapinin bu konuda eksik kalmış olduğunu keşfetmiş olmasıdır. Şema terapi, bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahalelerin bütünleyici bir parçası olarak terapi ilişkisini sürecin merkezine yerleştirmekte ve bunu da bir teknik olarak kabul etmektedir. Şema terapinin öne sürdüğü terapotik ilişki içerisinde sınırlı yeniden ebeveynlik ve empatik yüzleştirme kavramları ön plana çıkmaktadır (Young ve ark., 2016). Aşağıda bu iki kavramla ilgili olarak detaylı açıklamalar verilmiştir.

#### **2.1.5.3.A. Sınırlı yeniden ebeveynlik**

Bu kavram şema terapinin özünü ve ana esaslarını oluşturan en önemli ve özgün kavramlardan birisidir. Şema terapi çocukluk dönemi çalışmalarına büyük önem veren ve sorunların ana kaynağının erken dönemlerde olduğunu öne süren bir yaklaşımdır. Sınırlı yeniden ebeveynlikle terapist sağlıklı bir ebeveynin özelliklerine bürünür ve danışanına yeniden ebeveynlik yaparak onu "büyütmeye" çalışır. Buradaki

“sınırlı” ifadesi son derece önemlidir zira terapist gerçek bir ebeveyn değildir ancak gerçek bir ebeveynin yapması gerekip de yapmadıklarını yapmaya çalışan “sınırlı” bir ebeveyn figürüdür. Terapist sınırlı yeniden ebeveynlik yaparak erken dönem uyumsuz şemalara karşı bir anditot sunar. Terapistin sınırlı ebeveynliğini en güzel ortaya koyan kelimelerden biri “itidal ya da ölçülülük” kelimesidir çünkü terapist hangi alanda bir eksiklik sezerse bu alanı sınırlı yeniden ebeveynlikle kapatır. Yine hangi alanda bir aşırılık ya da fazlalık görürse o alanı da sınırlı yeniden ebeveynlik yapmak suretiyle törpülemeye çalışır. Zaman zamanda çalışılan şemalara uygun olarak ortaya çıkan davranışları sınırlı yeniden ebeveynlik yapmak için fırsatlar olarak görür ve bunlara müdahale eder. Terapistin SYM’yi temsilen uyguladığı sınırlı yeniden ebeveynlik danışan tarafından bir süre sonra içselleştirilir ve danışan kendi kendine sınırlı yeniden ebeveynlik yapmaya başlamış olur. Terapist sınırlı yeniden ebeveynlikle danışanın erken dönemde karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya çalışarak aynı zamanda danışana ihtiyaçlarını karşılamamanın adaptif ve işlevsel yollarını göstermiş ve öğretmiş olur (Artntz ve Jacob, 2016; Roediger, 2015).

#### **2.1.5.3.B. Empatik yüzleştirme**

Şema terapisinde sınırlı yeniden ebeveynliğin bir parçası da empatik yüzleştirme ya da sınır koyma kavramlarıdır. Terapist sınırlı yeniden ebeveynlik kapsamında kişiyi davranışlarının olumsuz sonuçlarıyla ilgili olarak yüzleştirir. Nasıl ki olgun bir ebeveyn çocuğunu dış dünyanın tehlikelerine karşı uyarır, gerektiğinde ona sınır koyar ve davranışlarının olası sonuçlarıyla ilgili olarak çocuğunu bilgilendirirse ve yüzleştirirse terapistte danışana bu gaye doğrultusunda yaklaşır. Bu kavram empati ve yüzleştirme kavramlarından oluşur. Empatik bir bakış sunulmadan yapılan yüzleştirme olumsuz sonuçlar doğurur ve istenilen amaca hizmet etmez. Danışan empati olmadığından dolayı yüzleştirme karşısında savunmaya geçebilir (Artnt ve Genderen, 2013). Bu durumda çeşitli işlev bozucu baş etme biçimleri tetiklenir ve buda terapi sürecini olumsuz olarak etkileyebilir. Danışan terapistin yüzleştiği şeylere teslim olur ancak bu başkalarının dediklerini içselleştirmeden uygulamak olduğu için kendini rahatsız hissedebilir. Hatalı yüzleştirme danışanın kaçınmacı tarafını tetikleyebilir. Sonuç olarak danışan terapistten ve terapiden uzaklaşmaya başlayabilir. Ek olarak aşırı telafi tarafları gelişmiş danışanlara empatik yüzleştirme yaparken daha da dikkatli olmak gerekmektedir çünkü bu kimselerde bu durum rekabetçiliği tetikleyebilir. Empatinin yanında eğer yüzleştirme kısmı zayıf

kalırsa ve terapist etkili kelimeleri kullanıp kararlı bir duruş sergileyemezse o zaman da bu teknik işe yaramayabilir. Özetle bu tekniği uygularken kişiye ve konuya göre empati ve yüzleştirme arasındaki dengenin sağlıklı olarak kurulması gerekmektedir (Antz ve Genderen, 2013; Farell ve ark., 2015).

#### **2.1.5.4. Bilişsel teknikler**

Şema terapide ilk müdahaleler genellikle bilişsel tekniklerle yapılır ve bu teknikler terapi sürecinin başından sonuna kadar her aşamada kullanılmaktadırlar. Bilişsel teknikler kullanılarak şemalara dair bir farkındalık kazandırılmaya çalışılır. Bilişsel teknikler kullanılarak şemaların nasıl geliştiğine ve kökenlerinde kimlerin olduğuna dair danışanlar içgörü elde ederler. Bilişsel teknikler sayesinde şemalara karşı belirli bir perspektifin alınması sağlanarak şemalar ego uyumsuz hale getirilmeye çalışılmaktadır. BDT’de kullanılan tüm bilişsel müdahaleler şema terapi sürecinin bu aşamasında kullanılabilir (Young ve ark., 2016).

#### **2.1.5.5. Yaşantısal/duygusal/deneyimsel teknikler**

Şemalar yalnızca bilişlerden meydana gelmediği, aynı zamanda duyguları ve geçmiş deneyimleri de içerdiklerinden bilişsel müdahalelerin ötesine geçecek ve daha derinlere dokunacak müdahale yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Şemalarda duygusal bir değişim sağlanmadan şemaların tam olarak iyileştiklerini ve değiştiklerini iddia etmek zordur. Şema terapinin en iyileştirici kısmını yaşantısal müdahalelerin yapıldığı bu kısım oluşturmaktadır. Yaşantısal müdahalelerle danışan geçmişe tekrar döndürülür ve şemaların oluşumuna kaynaklık eden ilk yaşantılar keşfedilmeye ve değiştirilmeye çalışılır. Bu şekilde şemaların barındırdığı güçlü duygular kırılmış ve dönüştürülmüş olurlar. Danışanlar çocuklukta şemaların oluşumuna kaynaklık eden anıların bir kısmını yeniden deneyimlerler ancak burada çocukluktan farklı olarak açığa çıkartılan ya da aktive edilen duygular sınırlı yeniden ebeveynlikle yatıştırılır ve yeniden yapılandırılırlar (Roediger, 2015, 2020). Şemalara yapılan duygu müdahaleleri iki kısımdan oluşmaktadır;

##### **2.1.5.5.A. Sandalye çalışmaları**

Sandalyelerle çalışma yapmak çocuk terapilerinde rol oyunu çalışması yaparken kullanılmıştır (Carstenson, 1955). Boş sandalye çalışmaları Gestalt terapide önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle bitirilmemiş işler veya yarım kalan işler çalışmalarında sandalyelerle çalışmanın önemli yardımları dokunmaktadır (Perls ve

ark., 1951). Ayrıca Gestalt yaklaşımında kişinin farklı parçalarının ve duygularının iki sandalyeye konularak duyguların bütünleştirilmesinin sağlanmaya çalışıldığı çift sandalye çalışmaları da yapılmaktadır (Daş, 2017). Şema terapide sandalyelerle yapılan çalışmalar Gestalt terapi ve psikodramadan alınmıştır ve bu çalışmalar süreçte etkili olarak fazlaca kullanılmaktadır. Sandalye çalışmalarında tetiklenen şemaların duygusal bileşenleri SYM becerileriyle yeniden işlenir. Daha çok şemayı temsil eden yön ve SYM'yi temsil eden yön arasında karşılıklı diyalogların yürütüldüğü sandalye çalışmaları yapılmaktadır. Aynı sandalye çalışmaları baş etme biçimleri ile SYM arasında da yapılır. Sürecin başlangıcında ve SYM'si yeterince güçlü olmayan kişilerle yapılan çalışmalarda SYM'yi önce terapist canlandırır ve modellemeye çalışır. Süreç ilerleyip danışanın SYM'si geliştikçe sağlıklı yetişkini danışan kendisi oynamaya ve bu rolü bizzat üstlenmeye başlar. Terapist zaman zaman şema tarafını oynar ve şemanın avukatlığına ve savunuculuğuna soyunmaya çalışır. Bu şekilde taraflar arasındaki çatışma kızıştırılmış ve duygusal yoğunluk artırılmış olur (Artnz ve Genderen, 2013; Roediger, 2015).

#### **2.1.5.5.B. İmgeleme ve yeniden senaryolaştırma**

İmgeleme ve yeniden senaryolaştırma tekniği içinde yaşadığımız yüzyılda geliştirilen bir teknik değildir. Pierre Janet'ten Ferenczi ve Jung'a kadar pek çok kişi farklı isimler altında imgeleme ile ilişkili olan ve geçmişe yeniden dönüşü esas alan teknikler tanımlamışlardır (Örnek, 2022). Bu teknik iki kısımdan oluşur. İlk kısmı imgeleme aşamasıdır ve bu aşamada erken dönem uyumsuz şemaların köken yaşantılarına ve ilk anılara ulaşılmaya çalışılır. İmajinasyon genellikle bir güvenli yer egzersiziyle başlar. İmajinasyonda geçmiş anılara ulaşmak için genellikle danışan gözünü kapatır ve güncel bir olaydan başlamak üzere yavaş yavaş imajinasyonel olarak ilk anılara doğru bir geçiş sağlar. Burada amaç olabildiğince ilk hatıralara ulaşmaktır ancak bu her zaman kolay olmamaktadır. En erken anılardan birine ulaşıldığında çağrışımları artırmak ve yoğun duyguları tetiklemek için anıların olabildiğince detaylandırılması gerekmektedir. Terapist bu aşamada sorduğu sorularla sahnenin ayrıntılarını imajinasyonel olarak artırmaya çalışır. Kişinin erken bir hatıranın tüm detaylarını deneyimlemesine gerek yoktur. Kişinin o olayı yaşadığı çevre detaylı olarak hayalde canlandırıldıktan sonra hatıranın tamamının özellikle de travmatik kısmının canlandırılmasına gerek yoktur. Sonrasında yeniden senaryolaştırma aşamasına geçilir. Bu aşamada ya terapist ya da kişinin yetişkin hali

imajınasyona girer ve çocuk halini rahatlatır ve onu yatıştırır. Hayaldeki SYM cezalandırıcı figürle savaşıır ve gerekirse çocuğu kaotik durumdan çıkartarak onu güvenli bir alana götürür. Yeniden senaryolaştırma çocuğun bir ihtiyaçı kalmayıncaıa kadar sürdürülür. Yeniden senaryolaştırma bittikten sonra imajınasyonda olanlarla ilgili kısa bir tartışma yürütülmesinde ve geri bildirim alınmasında fayda vardır. Ardından güncel duruma tekrar dönülür ve bu durumda SYM olarak neler yapılabileceği ve durum karşısında nasıl bir pozisyon alınabileceği konuşulur. İmajınasyon ve yeniden senaryolaştırma çalışması bilişsel aşamada yeterince kalmadan acele ile uygulandığında bazı zararlı sonuçlar doğurabildiğinden oldukça dikkatli olarak kullanılması gereken bir tekniktir (Arntz ve Genderen, 2013; Arntz ve Jacob, 2016; Young ve ark., 2016).

#### **2.1.5.6. Davranışsal teknikler**

Bilişsel ve yaşantısal teknikler şemaların içeriklerini büyük ölçüde değiştirir ancak elde edinilen içsel değişimin davranışa dönüştürülmesi gerekmektedir. Amaç bu iki aşamada kazanılan içgörünün gerçek hayata ve dış dünyadaki ilişkiyel zemine aktarılmasıdır. Zira davranışa dönüştürülmeyen değişimler kısa süre içerisinde etkisini yitirmeye ve silikleşmeye başlamaktadırlar. Bu anlamda şema terapide davranışçı müdahaleler sürecin tamamlayıcı parçasını oluşturmaktadır. Bu aşamada bilişsel davranışçı terapilerde kullanılan tüm davranışsal müdahaleler kullanılabilir. Kişilerin tam anlamda bir dönüşüm sağlamaları için daha önce şema yönelimli olarak ortaya çıkan davranışlarını durdurmaları ve daha işlevsel davranışlar geliştirmeleri gerekmektedir. Şema terapi BDT'den farklı olarak gerçekleştirmesi en kolay davranışları hedef alıp kolaydan zora hareket etme mantığıyla değişimi başlatmaz. Şema terapi şemalarla en bağlantılı ve değişmesi en güç ve zor olan davranışları en başta değiştirmeye çalışır ve zordan kolaya bakış açısını benimser (Rafaeli ve ark., 2016; Young ve ark., 2016).

#### **2.2. Mod Yönelimli Şema Terapi**

Jeffrey Young şema terapinin özellikle de borderline kişilik bozukluğuyla çalışırken yetersiz kaldığını görerek şema modelinin kuramsal çerçevesini genişletmiş ve mod modelini geliştirmiştir. SKB'si olanlarda eş zamanlı olarak pek çok şema aktivasyonu görülebilmektedir. Bu durum klinik düzeyde şemalara müdahale etmeyi zorlaştırdığı için şimdi ve burada dinamikleri içerisinde aktive olan pek çok yapıya kafa karışıklığı oluşturmadan müdahale edecek yeni bir modele ihtiyaç olmuştur.

SKB'si olanların maladaptif davranışları terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk ve kusurluluk gibi pek çok şemayla ilişkili olabilir. Klinik ortamda kısa süre içerisinde pek çok duygudurum değişimi yaşayan SKB'lerin hangi davranışın hangi şemayla ilişkili olduğunu tespit edip müdahale edebilmek ya da meydana gelen şema aktivasyonunu dindirmek güç olmaktadır (Lobbestael ve ark., 2008). Mod terapisi işte tam da bu sorunu çözecek şekilde şema terapinin eksik yönlerini kapatan ve tamamlayan bütünleyici bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda mod terapisi başta SKB ve narsistik kişilik bozukluğu olmak üzere pek çok kişilik bozukluğuyla çalışırken birçok avantaj sunmaktadır (Arntz ve Jacob, 2016).

### **2.2.1. Mod kavramı**

Mod kavramı, duygudurum kavramıyla benzerlikler taşıyan bir kavramdır ve bu kavram farklı içsel yanlarımızı, taraflarımızı ya da parçalarımızı tanımlamak ve açıklamak için geliştirilmiştir. Modlar birkaç şemanın etkinleşmesi sonucunda ortaya çıkan durumları daha iyi tanımlamaya yardımcı olan yapılardır. Modlar bir veya birkaç şemanın ve ilişkili baş etme biçimlerinin birleşimi olan yapılardır (Sempértegui, Karreman, Arntz, Bekker 2013). Psikoterapi sürecinde şemalar yerine modları merkeze almak pek çok açıdan faydalıdır. Özellikle SKB'si olanlarda şemaların tetiklenmesini takip etmek güç olduğundan mod modeli uygun bir çerçeve sunmaktadır (Lobbestael ve ark., 2007; Nadort ve ark., 2009). Önce Jeffry Young'un (2016) tanımladığı sonrasında ise diğer şema terapistlerinin eklemeler yaptıkları ve çeşitlilik kazandırdıkları modlar her insanda bulunmakla birlikte herkeste tedaviyi gerektirecek kadar patolojik değildirler. Sağlıklı insanlarda mod geçişleri daha yumuşak, yavaş ve esnektir ancak SKB'si olanlarda mod geçişleri çok ani, radikal ve hızlıdır. Mod modeli SKB'nin bu ani duygudurum değişimlerini ve geçişlerini açıklamak için oldukça güçlü bir teorik ya da kuramsal alt yapı sunmaktadır. Birçok psikiyatrik durumun altında yatan sebepler ve klinik görünümler mod modeli kullanılarak başarılı şekilde açıklanabilmekte ya da kavramsallaştırılabilmektedir. Modlar kendi aralarında uyum bozucu ebeveyn modları, işlev bozucu baş etme modları, çocuk modları ve sağlıklı modlar olmak üzere dört ana gruba ayrılmaktadırlar (Arntz ve Jacob, 2016). Aşağıda her mod grubu ve alt başlıkları detaylı olarak açıklanmıştır.

### **2.2.1.1. Uyum bozucu ebeveyn modları**

Ebeveyn modları içimizde kendimize bir ebeveyn gibi davrandığımız yanları ifade etmektedirler. Bu modlar harekete geçtiklerinde bir ebeveynin rolüne bürünerek kişi kendisiyle ve başkalarıyla bu pozisyonda ilişki kurmaya başlar. Ebeveyn modlarının kökeninde genetik sebeplerin yanında ebeveynlerin davranış ve söylemleri olabileceği gibi öğretmen, arkadaş ve akraba gibi ebeveyn fonksiyonu yüklenmiş figürlerle olan yaşantılar da etkili olabilmektedir (Jacob ve ark., 2015). Ebeveyn modları değişmeye karşı dirençli yapılardır ve bu modların değişmesi için uzun, zahmetli ve kararlı bir çalışma ile sabırlı olmaya gereksinim vardır (Arntz ve Jacob, 2016). Bu modlar İÇM ile işlev bozucu baş etme modlarının tetiklenmesine yol açarak pek çok psikolojik bozukluğun gelişimine de kökenlik yaparlar. Terapi sürecinde ana amaç bu modlarla savaşmak ve onların gücünü kırmaya çalışarak onları geriletmek ve sınırlandırmaktır. Ebeveyn modları kendi içlerinde cezalandırıcı ve talepkar ebeveyn modları olarak ikiye ayrılırken talepkar ebeveyn modu da BOTEM ve DOTEM olarak iki alt kategoriye ayrılmaktadır (Loose ve ark., 2018; Simeone ve ark., 2017).

#### **2.2.1.1.A. Cezalandırıcı ebeveyn modu (CEM)**

İnsanlar modelleme yoluyla ebeveynlerinin davranışlarını öğrenip benimseyebilirler (Bandura, 1969). İçe atım mekanizması bir nesnenin özümsemeksizin içte yaşatılmaya devam edilmesini ifade etmektedir. İçe atımda bir nesne bütün veya parçasal olarak zihinde yaşatılır. Zihinde yaşatılan içe atımlar olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilmektedirler. İçe atımlar zamanla kişinin kendine zarar vermesine hatta kendini öldürmesine kadar gidecek zararlara yol açabilirler (McWilliams, 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Psikodinamik terminolojideki içe atım savunması ile şema terapide tanımlanan CEM benzerlikler taşımaktadır. Ferud'un tanımladığı cezalandırıcı süper egolar, Klein'in tarif ettiği kötü niyetli içe yansıtımlar ve iç eleştirmenler olarak betimlenen yapılar şema terapideki CEM'e işaret etmektedirler (Rafaeli ve ark., 2014).

CEM katı ve sert ebeveynlerin seslerinin ve davranışlarının içselleştirilip sonrasında onların kendine davrandığı gibi kendine muamele etmeyi ifade eden yapıdır. Bu mod tetiklendiğinde içsel olarak kişi kendine kızar, hakaret eder ve kendini ağır şekilde yargılar. Bu modun kökeninde cezalandırıcı, sert ve katı ebeveynler yatmaktadır ve çocuk ebeveynlerinin bu katı taraflarını alıp içselleştirmektedir. Aynı

zamanda sert, hataya tahammülü olmayan ve fiziksel şiddet uygulayan öğretmenler de CEM'in gelişmesine yol açabilirler. SKB'si olanlar bu moda girdiklerinde kendilerine zarar veren ve yıkıcı eylemlere başvurabilirler çünkü bu mod tetiklendiğinde kişi ağır suçluluk ve cezalandırılma duygularına bürünebilir. Kendini kesme, intihar girişiminde bulunma ve hatalarını bağışlayamama gibi borderline kişilik bozukluğunda görülen davranışların önemli bir kısmından CEM sorumludur. CEM pek çok şemayla bağlantılı olabilir ve bu şemaların birlikte aktive olmasıyla harekete geçebilir. (Jacob ve ark., 2015; Young ve ark., 2016). Yine şiddetli görünümünden biri de kişinin hata yaptığında kendini aç ve uykusuz bırakması, kendini kesmesi ve güzel şeylerden kendini mahrum bırakması şeklinde olabilmektedir. Daha hafif görünümde ise kişi hata yaptığında kendine kızabilir veya hakaretvari sözcüklerle kendini etiketleyebilir. CEM'e teslim olanlar mod tetiklendiğinde modun bakış açısını tamamen doğru olarak kabul edip kendilerini değersizleştirirler. Moddan kaçınanlar ise bu modun eleştirilerinden ve yargılanmalarından uzaklaşmak için alkol ve madde gibi davranışlarla kendilerini teselli etmeye çalışabilirler. Bunun yanında modu tetikleyen kişi ve durumlardan uzakta kalarak CEM ile baş etmeye çalışabilirler. Aşırı telafi yapanlar ise modun iletmiş mesajların tam zıddı doğruymuş gibi aşırılık içeren davranışlar sergileyerek modla baş etmeye çalışabilirler. Büyükleme, başkalarının hatalarına tolerans göstermeme, etrafındakileri sürekli eleştirme ve yargılama bu modla baş etmek için kullanılan çeşitli aşırı telafi davranışlarıdır. Psikoterapi sürecinde ilk çalışılan modlardan birisi CEM'dir. Bu mod önce İÇM'yi ardından da işlev bozucu baş etme modlarını tetikleyebilmektedir. Terapi sürecinde bu modla sert bir savaş yürütülerek modun sesini kısmak ve onu zayıflatmak amaçlanmaktadır (Arntz ve Jacob, 2016; Fassbinder ve ark., 2014).

### **2.2.1.1.B Talepkar ebeveyn modları**

Talepkar ebeveyn modu BOTEM ve DOTEM olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

#### **2.2.1.1.B.1. Başarı odaklı/beklentili talepkar ebeveyn modu**

Bu mod yüksek standartlar şemasıyla bağlantılıdır. Bu moda sahip olanların kendilerinden beklentileri çok fazladır ve kendilerine dayattıkları oldukça katı standartlara sahiptirler. BOTEM kişiden dur durak bilmeksizin çalışmasını ve başarılı olmasını talep etmektedir. Bu modu güçlü olan kişilerin hayatlarında dinlenme ve eğlenmeye neredeyse zaman ve müsaade yok gibidir. Kişi kendisini sürekli ve çok çalışmaya koşutlamış durumda olduğu için hayatı büyük ölçüde işle ilişkili aktiviteler

çerçevesinde şekillenmektedir. Modun kökeninde yüksek standartlara sahip olan ve kendi standartlarını çocuklarına dayatmış bulunan ebeveynler yer almaktadır. Aynı zamanda mükemmeliyetçi ve hırslı öğretmenler ile rekabete dayalı toplumsal sistem de modun önemli gelişimsel kökenleri arasında yer almaktadır (Jacob ve ark., 2015). Moda teslim olanlar modun verdiği mesajlar ve yaptığı baskılar doğrultusunda hareket ederek içsel yüksek standartlarını tutturmak ve karşılamak için yoğun çaba gösterip dururlar. Moddan kaçınanlar ise modun yaptığı mükemmellik baskısından yoruldukları için başarı ve çalışma gerektiren aktivitelerden uzak durmaya çalışabilirler. Modun karşısında aşırı telafiye başvuranlar ise tamamen başarı gerektiren aktivitelere karşı tavır almış olup oldukça dürtüsel ve haz odaklı bir hayata yönelebilirler. Bu moda sahip olanlar aynı zamanda dışarıdan gelen başarı odaklı taleplere hayır demekte zorlanırlar ve bundan dolayı da potansiyellerinin, güçlerinin, limitlerinin ve kapasitelerinin ötesinde sorumluluk alarak yorucu bir hayat sürerler (Ak ve ark., 2019).

#### **2.2.1.1.B.2. Duygu odaklı talepkar ebeveyn modu**

Bu mod kendini feda etme şeması ile yakından ilişkili olan bir ebeveyn modudur. DOTEM iş ve başarı ile ilgili taleplerde bulunmaktan ziyade iyi insan olmak ile ilgili taleplerde bulunmaktadır. Bu mod kendini suçluluk duygularıyla göstermektedir. DOTEM tetiklendiğinde kişi içindeki iyi tarafı korumak için başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya ve onlara yardımcı olmaya odaklanır. Bu modun gelişimsel kökeninde erken dönemde başkalarına bakım verme gibi yaşantıların varlığı etkili olmaktadır. Örnek vermek gerekirse çocukken engelli bir kardeşe bakım verme ya da hasta bir yakın ile beraber yaşama bu moda sahip olanlarda sık karşılaşılan bir öyküdür. Fedakâr tarafları aşırı gelişmiş insanlar başkalarına hayır demekte ve istedikleri bir şeyi diğerlerinden talep etmekte çok güçlük çekerler. Çünkü birine hayır dediklerinde DOTEM tetiklenerek hayır demenin kötü bir insan özelliği olduğunu onlara hatırlatır ve bu kimselerde başkalarını reddedemezler (Ak ve ark., 2019; Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.1.2. İşlev bozucu baş etme modları**

İşlev bozucu baş etme modları etkinleşen ebeveyn modları ile çocuk modlarıyla baş etmek için geliştirilen çeşitli uyum bozucu ve maladaptif davranışları ya da eylemleri içermektedir. Baş etme modları kendi içlerinde teslim/boyun eğme, kaçınma ve aşırı telafi olmak üzere üç gruba ayrılırlar. Bu üç ana grupta kendi içlerinde çeşitli

alt gruplara ayrılabilir. Bu modlar genellikle danışanın semptomlarını yansıtır ancak şema terapi sürecinde bu yüzeydeki yapıların daha derininde yer alan çocuk ve ebeveyn modlarına ulaşılmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte işlev bozucu baş etme modları terapi sürecinde kolay kolay pes etmeyerek altta yatan daha derin yapılara ulaşılmasını engelleyici bir fonksiyon görürler (Arntz ve Jacob, 2016). Aşağıda bu mod grubu içerisinde yer alan modlar detaylı olarak ele alınmaktadır.

#### **2.2.1.2.A. Teslim/boyun eğme modu**

Teslim modu kişiyi çatışmalardan uzak tutmaya çalışan ve başkalarıyla uyumlanmaya çalışan moddur. Bu modda olan kişi özellikle otorite figürlerinin karşısında daha fazla zarar görmemek için teslimiyetçi ve aşırı uyumlu davranışlar sergiler. Teslim modu İÇM'yi zarar görmekten ve cezalandırılmaktan korumaya ve kollamaya çalışmaktadır ancak kullandığı stratejiler yetişkin hayatın gereklilikleriyle uygun değildir. Modun kökeninde otoriter ve cezalandırıcı ebeveynlerle ya da ebeveyn fonksiyonu yüklenmiş kişilerle erken dönemde deneyimlenen olumsuz ve boyun eğmeye zorlayıcı yaşantılar yatmaktadır. Çocuklukta cezalandırıcı ve sert bir ebeveyn karşı boyun eğici davranmak oldukça faydalı ve uyum sağlayıcı olmuştur. Bunun yanında erken dönemde öğrenilen adaptif bir tepkinin genelleştirilerek yetişkin hayatına taşınması ve birçok durumda kullanılması normal değildir (Arntz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.1.2.B. Kaçınma modu**

Kaçınma modu İÇM'yi korumak ve ebeveyn modlarının baskılarından uzaklaşmak için ortaya konulan işlev bozucu baş etme davranışlarını içermektedir. Aynı zamanda kaçınma İÇM'yi tetikleyen kişi ve durumlardan uzak durmayı da içerir. Dış dünyada zarar görme tehlikesinin olduğu durumlar karşısında tetiklenir ve kişiyi tehdit olarak algılanan durumlardan uzakta tutmaya çalışır. Bu mod İÇM'nin tetiklendiği durumlarda kişiyi yatıştırma, teselli etme ve sakinleştirme görevi de yüklenir. Modun gelişimsel kökeninde erken dönem yaşantılar, mizaç ve seçici içselleştirme yoluyla modelleme gibi etmenler yatmaktadır (Jacob ve ark., 2015). Aşağıda çeşitli kaçınma modlarına ilişkin bilgiler paylaşılmıştır.

##### **2.2.1.2.B.1. Kaçınan korungan**

Kaçınan korungan oldukça sık kullanılan bir kaçınma türüdür. Özellikle de içsel incinme ve yaralanma tehlikesi olan durumlara karşı baş etmede kullanılabilir.

İnsanlardan uzak durma, münzevi bir hayat yaşama, çeşitli ortamlara girmeme, duygularını yeterince açmama, duygusal ilişkilerden uzak durma ve utanç duyabileceği durumlara girmeme gibi çeşitli davranışsal stratejileri içerir (Arntt ve Jacob, 2016).

#### **2.2.1.2.B.2. Kopuk korungan**

Kopuk korungan kaçınan korungana benzemekle birlikte daha komplike stratejileri içermektedir. Özellikle de SKB'si olanlarda kopuk korungan mod oldukça etkilidir ve bu mod SKB ile karakterize birçok semptomla ilişkilidir. Sınır kişilikler hayatlarının önemli bir kısmını bu modda geçirirler ancak bu modda uzun süre kalmak yoğun anlamsızlık ve boşluk duygularına yol açabilir. Kopuk korungan modu duygularla ve İÇM ile arasına mesafe koymayı amaçlar. Bu anlamda kişiyi yoğun duyguların doğuracağı risklere karşı korumuş olur. Bu mod duygulardan ve ihtiyaçlardan kopma, mekanik bir görünüm, hissizleşme, yoğun şekilde iç dünyaya dönme, kendini dış dünyaya kapatma, duygularıyla arasına mesafe koyma ve kendine zarar vererek- kendini keserek- duygularıyla baş etme gibi stratejileri içermektedir. Borderline kişilik bozukluğu olanlar bu modu bir hayatta kalma ya da sağkalım stratejisi olarak gördüklerinden kolay kolay bırakmak istemezler (Arntz ve Genderen, 2013; Loose ve ark., 2018). SKB'lerde terk edilmiş çocuk ve CEM tetiklendiğinde ortaya çıkan yoğun duyguları kesmek ve dizginleyebilmek için kopuk korungan mod aktifleşmektedir (Young ve ark., 2016). Lobbestael ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada terk edilmiş ve kızgın çocuk modlarıyla birlikte kopuk korungan mod sınır kişiliklerde antisosyallere göre daha yüksek bulunmuştur. Arntz ve ark. (2005) tarafından yapılan başka bir çalışmada SKB'si olanlarda C kümesi kişilik bozukluğu olanlara göre kopuk korungan modun daha baskın olduğu tespit edilmiştir. Straver (2017) tarafından yapılan bir çalışmada madde kullanımının hangi modlarla ilişkili olabileceği test edilmiştir. Buna göre mesafeli koruyucu modun esrar ve sedatif kullanımı ile en bağlantılı mod olduğu ortaya konmuştur. Bu araştırma sedatif ve esrar gibi maddeleri kullananların duygularını kesmek ve duygularından kopmak için bu maddeleri kullandıklarını öne sürmektedir.

#### **2.2.1.2.B.3. Kopuk kendini uyuşturan mod**

Bu modda kişi kendisini uyuşturan ve küntleştirilecek aktivitelerle yoğun şekilde uğraşır. Modun amacı kişinin yoğun duygularla bağlantısını kesmektir ancak kullandığı stratejiler uzun vadede ciddi negatif sonuçlar doğurmaktadır. Alkol ve

uyuşturucu madde kullanımı, aşırı yemek yeme, yoğun internet kullanımı, aşırı dizi ve film izleme ve alışveriş bağımlılığı bu modla ilişkili olabilecek çeşitli stratejilerdir (Rafaeli ve ark., 2016). Kopuk kendini uyuşturan mod özellikle merhamet ve empati duygularından yoksun olan psikopatik kişiliklerin daha da fazla bu duygulardan kopmasına yol açabilir (Bernstein ve ark., 2007). Kersten (2012) alkol kullanımının kopuk korungan/mesafeli koruyucu ve kopuk kendini uyuşturan modlarla ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Kopuk kendini uyuşturan mod antisosyal ve narsistik kişilik bozukluklarında etkili olan bir moddur (Dadashzadeh ve ark., 2016).

#### **2.2.1.2.B.4. Kopuk kendini uyaran mod**

Bu mod kopuk kendini uyuşturan moda çok benzemekle birlikte kullandığı stratejilerin niteliği açısından ondan ayrılmaktadır. Bu mod özellikle de uyarıcı ve yoğun adrenalin içeren faaliyetlere yönelerek İÇM'yi teselli etmeye ve yatıştırmaya çalışmaktadır. Özellikle de narsistik kişiliği olanlar İÇM'ye geçtiklerinde bu duygulardan hızla çıkabilmek için bu modun uyarıcı eylemlerine ihtiyaç duyabilmektedirler. Aşırı cinsellik, kokain gibi uyarıcı madde kullanımı, yoğun adrenalin içeren riskli davranışlar, hız, haz ve aşırı eğlence tutkusu kopuk kendini uyaran modun kullandığı çeşitli stratejilerdir (Arntz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.1.2.B.5. Öfkeli/kızgın korungan**

Şema terapi öfkeyle ilgili üç farklı mod tanımlamıştır. Bunlar ÖÇM, öfkeli korungan ve zorba ve saldırgan modlarıdır. Bunların her birinin motivasyonu ve amacı farklıdır. Kızgın korunganın öfkesi, öfkeli çocuğunki gibi çocuksu ve dürtüsel bir öfke değildir. Daha çok kızgınlıkla başkalarını kendinden uzaklaştırıp onları belirli bir mesafede tutarak kişiyi korumaya çalışmaktadır. Özellikle terapilerde istemediği konuları konuşmak istemeyen ve bu anlamda üzerinde bir baskı hisseden kişi bu moda girerek terapisti savuşturmaya çalışabilmektedir fakat bu savuşturma girişimleri çoğunlukla bilinçli değildirler (Arntz ve Jacob, 2016; Simeone ve ark., 2017). Kızgın korungan, kişiyi algılanan bir tehditten korumak için öfkeyi bilinçli olarak kullanır. Bu modun eylemleri ÖÇM'de olduğu gibi herhangi bir adaletsizliğe karşı plansız bir öfke patlamasını içermez. Kızgın korungan öfkeden bir zırh, kale ya da duvar oluşturarak diğerlerini belirli bir mesafede tutmaya çalışır (Bernstein ve ark., 2007).

#### **2.2.1.2.C. Aşırı telafi modu**

Aşırı telafi modları mod sistemi içerisinde en çok zorluk çıkartan ve başkalarına da en çok zarar veren modlardır. Bu modların amacı İÇM'yi zararlardan

ve incinmekten korumaktadır ancak kullanılan stratejiler aşırılık ya da ifrat içerdiğinden uzun vadede İÇM'nin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır. (Jacob ve ark., 2015; Loose ve ark., 2018). Aşırı telafi modlarının diğer işlevsiz baş etme modlarına göre ikincil kazançları daha çok olduğu için kişinin bu modların zararlı taraflarıyla yüzleşmesi ve bu modlara karşı farkındalık kazanması daha geç ve güç olmaktadır. Bundan dolayı da bu modları güçlü olanlar terapi yardımı almaya ve psikoterapi sürecini devam ettirmeye daha isteksiz ve değişme motivasyonları ise daha düşüktür (Artntz ve Jacob, 2016). Aşırı telafinin çeşitli varyasyonlarını temsil eden modlarla ilgili aşağıda detaylı olarak bilgi verilmiştir.

#### **2.2.1.2.C.1. Büyüklenmeci kendilik**

Narsistik kişilik bozukluğun en temel ve ayırt edici modu büyüklenmeci kendiliktir. Özellikle de ikincil haklılık şeması olanlar incitilme ve içsel yaralanma riskini en aza indirmek için sıklıkla bu moda başvururlar. Bu kişiler büyüklenmecilik içeren stratejilerle içsel ve dışsal tehlikeleri ve tehditleri savuşturmaya ve ödünlemeye çalışırlar. Bir narsistin hayatının önemli bir kısmı bu mod içerisinde geçmektedir (Karaosmanoğlu, 2019). Büyüklenmeci kendilik modunun sağladığı ikincil kazançlar oldukça fazla olduğu için bu moda sahip olanlar kolay kolay bundan vazgeçmek istemezler (Arntz ve Jacob, 2016) Bu moddayken kişi başkalarının duygularına ve ihtiyaçlarına karşı oldukça duyarsız ve umursamaz şekilde davranır. Büyüklenmeci yapı oldukça bencil ve empati yoksundur. Övünme, sürekli takdir peşinde koşma, manipülasyon, başkalarıyla alay etme, diğerlerini aşağılama ve küçümseme bu modun kullandığı çeşitli stratejilerdir (Young ve ark., 2016). Kokain kullanımı büyüklenmeci kendilik moduyla bağlantılıdır (Akt., Boog ve ark., 2018).

#### **2.2.1.2.C.2. Zorba ve saldırgan**

Zorba ve saldırgan baş etme modu öfkeyle başkalarını kontrol edip ihtiyaçlarını karşılamayı içerir. ÖÇM'den farklı olarak öfkesi oldukça soğuk, kasti ve planlıdır. Zorba ve saldırgan mod ÖÇM'nin daha ileri ve yetişkinlikte görülen versiyonudur. Kişi öfkesiyle ne yapmak istediğinin farkındadır ve öfkesini diğerlerini kontrol etmek için ustalıklı ve maharetle kullanmaktadır. Bu modu güçlü olanlar başkalarının çok az öfke içeren hareketlerini bile bir göz korkutma, meydan okuma ve saldırganlık olarak algılayıp derhal onları bu yaptıklarına pişman etme yoluna gidebilirler. Ahlaki kaygıları olmayan zorba ve saldırgan taraf, başkalarına zarar vermekte, zalimlik yapmakta ve zorbalıkla ihtiyaçlarını karşılamakta bir beis görmez. Bu mod özellikle

zekâ düzeyi düşük olan ve hemen ihtiyaçlarını karşılamak isteyen anti sosyal kişiliklerde sıklıkla görülür. Bunun yanında oldukça zeki olan anti sosyal kişiliklerde yumuşak manipülasyon stratejileri işe yaramadığında ihtiyaçlarını karşılamak için bu moda başvurabilirler. Göz korkutma, planlı ve soğuk öfke, diğerlerini korkutarak kontrol altında tutma, zorbalıkla başkalarını isteklerini karşılamaya zorlama ve saldırganlık bu modun en çok kullandığı stratejilerden bazılarıdır. Özellikle de çocukken yoğun aşağılanmaya ve fiziksel şiddete maruz kalanlarla tehlikeli bir çevrede yaşayanlarda bu mod gelişebilmektedir (Rafaeli ve ark., 2014; Rafaeli ve ark., 2016). Dunne ve ark. (2018) yaptıkları bir çalışmada ÖÇM, DÇM ile zorba saldırgan modların saldırganlığı önemli ölçüde yordadığı sonucuna ulaşmışlardır. Lobbestael ve ark. (2005) tarafından antisosyal ve borderline hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada SKB'ler normal kontrollerle karşılaştırıldığında zorba ve saldırgan mod ölçümlerinden daha yüksek puan alsa da bu anlamlı bir seviyeye ulaşmamıştır. Aynı çalışmada anti sosyallerin zorba ve saldırgan mod puanları normal kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Antisosyal kişiliklerde zorba ve saldırgan mod klinik olarak daha fazla gözlemlense de bu çalışmada antisosyaller ve SKB'ler arasında bahsi geçen mod açısından anlamlı bir farklılaşma olmamıştır. Bu durum antisosyal kişiliklerin normal ve sağlıklı gözükme ve kendilerini gizleme gereksiniminden kaynaklanıyor olabilir. Straver (2017) tarafından yapılan bir araştırmaya göre zorba ve saldırgan moddaki artış opiyat kullanımını da artırmaktadır ancak opiyat kullanımının dinamiklerinin açıklanmasında başka modların da etkilerini göz önünde bulundurmamak gerekmektedir. Opiyat kullanıcıları incitilmemek ve hâkim duruma gelmek için tehdit ve gözdağını kullanmaktadırlar. Kersten'e (2012) göre zorba ve saldırgan, kokain kullananlarda da baskın bir moddur.

### **2.2.1.2.C.3. Entrikacı ve manipülatif kontrolcü**

Bu mod zorba ve saldırganın aksine yumuşak ve sinsî manipülasyon stratejilerini içerir. Zorba ve saldırganın kaba ve gürültülü stratejilerinden farklı olarak hedefe sinsice, iyi niyet kisvesi altında ve hissettirmeden yaklaşılmaya çalışılır. Modun amacı diğerlerini sömürmek, entrikalar kurarak ve başkalarını kandırarak ihtiyaçlarını karşılamaktır (Arnz ve Jacob, 2016). Özellikle zekâ düzeyi yüksek olan antisosyal ve kriminal kişiliklerin yoğun olarak başvurdukları mod bu moddur. Uzun vadede bu mod başkalarına büyük zararlar verebilir. Büyük dolandırıcılar ve sahtekârlar bu modun görüldüğü önemli kişilerdir (Rafaeli ve ark., 2016).

#### **2.2.1.2.C.4. Paranoid kontrolcü**

Özellikle paranoid ve antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda görülen moddur. Bu moda sahip olanlar aşırı başkalarının niyetleri konusunda aşırı tedirgin ve güvensizdirler. Sürekli zarar görmekten, kandırılmaktan, manipüle edilmekten, aşağılanmaktan ve sömürülmekten endişe duyar haldedirler. Bundan dolayı da aşırı tetikte bulunup algıladıkları tüm riskleri kontrol altında tutmak için yoğun bir çaba sarf ederler. Başkalarının kendileriyle ilgili olmayan eylemlerini kendilerine yönelikmiş gibi algılayarak muhtemel tehlikeleri bertaraf etmeye ya da uzaklaştırmaya çalışırlar (Jacob ve ark., 2015; Rafaeli ve ark., 2016).

#### **2.2.1.2.C.5. Kurnaz ve avcı**

Aşırı telafi modları içerisinde en tehlikeli olan mod bu moddur ve daha çok psikopatik ve ağır kriminal kişiliklerde bulunur. Soğukkanlılıkla ve sinsice cinayetler işlemekten ırza geçmeye kadar aşırı zararlı davranışlarda bulunabilir. Başkalarını öldürmekten, yaralamaktan ve sakat bırakmaktan bir suçluluk duymadığı gibi bu eylemlerinden dolayı büyük bir keyif bile duyabilmektedir (Loose ve ark., 2018; Rafaeli ve ark., 2016). Kurnaz avcı veya yırtıcı mod, ustalıklı ve soğukkanlılıkla rakiplerini bertaraf etmeye ve onların ayaklarını kaydırmaya çalışır. Bu mod üstünlük kurmak ve ihtiyacını karşılamak için göz korkutmayı ve saldırganlığı kullanan zorba ve saldırgan moddan daha farklı bir moddur (Bernstein ve ark., 2007). Bu modun gelişiminde erken çocuklukta diğerlerinin saldırgan davranışlarının model alındığı ve açıkça veya dolaylı şekilde saldırganlığın iletildiği çevreler etkili olmaktadır (Jaffee ve ark., 2004). Kurnaz avcı modu olan psikopatik kişilikler, zamanla suçluluk duygularını duyarsızlaştırarak acımasız eylemlere karşı kendilerini bağışık kılarlar. Antisosyal kişiliklerin duygusal duyarsızlığa genetik olarak yatkın olanlar arasından çıkma olasılığı yüksektir (Taylor ve ark., 2003).

#### **2.2.1.2.C.6. İlgı bekleyen tiyatral mod**

Bu mod daha çok histeryonik kişilik bozukluğu olanlarda görülür. Bu moda sahip olanların çocukluk yaşantılarında taciz gibi olaylar olabilmekle birlikte ilgi ve fiziksel temas ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı bir çocukluk çevresinde yetişmiş olmaları da muhtemeldir (Artntz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.1.2.C.7. Mükemmeliyetçi kontrolcü**

Bu mod özellikle obsesif kompulsif kişiliklerde ve talepkar ebeveyn moduna sahip olanlarda görülebilmektedir. Mükemmeliyetçi ve kontrolcü aşırı telafi modu

düzensizlikten, hata yapmaktan, dağınıklıktan ve boş vermişlikten oldukça rahatsızlık duyup tüm çevreyi denetimi ve hakimiyeti altına almaya çalışır. Amacı; düzeni, nizamı ve tertibi mükemmel surette tesis etmektir. Bunu yaparken ise hem kendini hem de etrafındakileri yoğun bir mükemmel olma baskısı altına almaktadır (Arntz ve Jacob, 2016). Mükemmeliyetçi kontrolcü mod ile talepkar ebeveyn modu arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır (Aalbers ve ark., 2021).

### **2.2.1.3. Çocuk modları**

Çocuk modları mod yönelimli şema terapinin en temelini ya da merkezine aldığı mod grubudur. Çocuk modları tetiklendiğinde yoğun duygusal durumlar oluştururlar. Bu modlara çocuk modu denilme sebebi bu modlar tetiklendiğinde kişinin aynı bir çocuğun girmiş olduğu duygudurumuna benzer bir haleti ruhiye yaşamasıdır. Çocuk modları aktifleştğinde kişi çocuksu duygular yaşayıp reaksiyonlar vermektedir. Çocuk modları incinmiş, öfkeli, dürtüsel ve şımarık çocuk modları olarak çeşitli alt gruplara ayrılmaktadırlar (Farell ve ark., 2015).

#### **2.2.1.3.A. İncinmiş/kırılgan/yaralı çocuk modu (İÇM)**

İÇM literatürde kırılğan ve yaralı çocuk modu gibi çeşitli isimlerle de anılmaktadır. Bu mod içsel olarak ihtiyaçları karşılanmamış ve incitilmiş bir çocuk gibi hisseden tarafı ifade etmektedir. Bazı kişiler günün önemli bir kısmında bu modda bulunabilirken bazılarında ise İÇM'si çok daha hızlı ve düşük tehdit içeren yaşantılarla tetiklenebilmektedir. Bu mod çoğunlukla CEM tarafından tetiklenir. İÇM ise teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi gibi işlev bozucu baş etme modlarını tetikleyebilir (Farell ve Shaw, 2012; Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.1.3.B. Öfkeli çocuk modu (ÖÇM)**

ÖÇM, öfkeli korungan ile zorba ve saldırgan aşırı telafi modu gibi öfkeyle ilişkili olan bir moddur. Diğer iki moddan farklı olarak ÖÇM bir çocuk modudur çünkü öfkesi oldukça sıcak, plansız, dürtüsel ve tıpkı ihtiyaçları karşılanmamış bir çocuğunki gibidir. ÖÇM'nin altında çoğunlukla İÇM'nin karşılanmamış ihtiyaçları yatmaktadır. ÖÇM büyük bir patlamayla aslında İÇM'nin karşılanmamış ya da önemsenmemiş ihtiyaçlarını haykırmaya ve diğerlerine hatırlatmaya çalışmaktadır (Ak ve ark., 2019). Bunun yanında bu haklı başkaldırma dürtüsel ve genellikle yoğun duyguları başkalarına boca etme şeklinde olduğu için incinmiş tarafın ihtiyaçlarını yeterince karşılamamakla birlikte pişmanlık doğurabilecek bazı olumsuz sonuçlara da sebep

olabilmektedir. Bu mod başkalarına vurma ve saldırganlık, eşyalara zarar verme, kapıları yumruklama, sesini yükseltme, surat asma ve bağırma gibi davranışlara sahiptir (Loose ve ark., 2018). Saldırganlıkla en ilintili şemalar ise haklılık, güvensizlik ve yetersiz özdenetim şemalarıdır (Akt., Berna, 2021). Öfkeli çocuğun daha şiddetli, kontrolsüz ve tahripkâr görünüşleri “hiddetli çocuk modu” olarak nitelenmektedir (Edwads, 2019; Jacob ve ark., 2015). ÖÇM ile bağlantılı diğer bir çocuk modu ise “inatçı” çocuk modudur.

#### **2.2.1.3.C. İnatçı çocuk modu**

İnatçı çocuk modu özellikle de özerklik ihtiyacı yeterince karşılanmayanlarda görülmektedir. Bu kişiler aynı ebeveynleriyle inatlaşan bir çocuk gibi diğerleriyle inatlaşmaktadırlar. Amaçları kendi otonomilerini sağlamak ve özerkliklerini korumaktır ancak gerekmeyen durumlarda bile aşırı bir özerklik çabası içerisinde olmaları onların uyumlarını zorlaştırmaktadır. Modun genetik kökenleri olabileceği gibi aynı zamanda küçükken yeterince otonomi kurmasına izin vermeyen ve aşırı kontrolcü ebeveynlerin varlığı da önemli bir etmendir (Arntz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.1.3.D. Dürtüsel çocuk modu (DÇM)**

Bu çocuk modu yetersiz özdenetim şemasıyla bağlantılı olan çocuk modudur. DÇM düşüncesizce hareket etme, ani kararlar verme, sonunu düşünmeme, kısa vadeli zevklerin ve ödüllerin peşinden gitme, plan yapmama, tembellik yapma, sorumluluk almama, düşük engellenme toleransı ve sınırları tanımama gibi özellikler ile karakterizedir. Bu moda sahip olanlar henüz kendini denetleme özelliğini yeterince kazanmamış küçük bir çocuğun sahip olduğu duyguları taşır ve sergilediği davranışları sergilerler (Simeone ve ark., 2017; Young ve ark., 2016).

DÇM'nin bir türevidir de disiplinsiz çocuk modudur. Disiplinsiz çocuk moduna sahip olanlar sorumluluk almakta ve verilen görevleri yerine getirmekte zorlanırlar ve yaptıkları işlerde kolayca sıkılıp işlerini yarıda bırakabilirler. Kendi dürtülerini denetim altına alıp organize olarak yapmaları gerekenleri yapma konusunda zorluk çekerler ve genellikle kısa vadeli hazların peşinden sürüklenirler (Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.1.3.E. Şımarık çocuk modu**

Şımarık çocuk modu haklılık ve yetersiz özdenetim şemalarıyla bağlantılıdır ve bu moda sahip olanlarda çoğunlukla primer haklılık mevcuttur. Bu kişiler aşırı özel hissettirildikleri ve bencilliklerinin pekiştirildiği çevrelerde yetişmiş

olabilmektedirler. Bu moda sahip olanlar şımarık küçük bir çocuk gibi sınırsızca eğlenmek ve ihtiyaçlarını karşılamak isterler. Başkalarıyla empati kuramadıkları için diğerlerinin haklarını kolaylıkla ihlal edip başkalarına zarar verici eylemler sergileyebilirler (Behary, 2014; Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.1.4. Sağlıklı modlar**

Şema terapi mod sistemi içerisinde sağlıklı modları geliştirmeyi, güçlendirmeyi ve bu modlarda geçirilen zamanın süresini ve kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda geliştirilmek istenen iki sağlıklı mod MÇM ve SYM'dir. Kişiler sağlıklı modlar içerisinde olduklarında hayat onlar için oldukça çekici, hoş ve yaşanılabilir bir değer ifade etmektedir. Aşağıda sağlıklı modlarla ilgili detaylı bilgi paylaşımı yapılmıştır.

##### **2.2.1.4.A. Mutlu çocuk modu (MÇM)**

MÇM ihtiyaçları karşılanmış, tatmin edilmiş ve kendini çok iyi hisseden bir çocuğun duygularını yansıtan moddur. Bu moddayken insanlar kendilerini güvende, huzurlu, keyifli ve mutlu olarak addederler. MÇM'si gelişmiş kimseler hayattan daha çok keyif alırlar. İnsanlar her daim mutlu çocuk modunda bulunamazlar ancak sık sık bu modu deneyimleyebilen ya da aktifleştirebilen insanlar şanslıdırlar. MÇM'si kuvvetli olanlarda zaman zaman incinme ve kırılma gibi deneyimler yaşayabilirler fakat bu kişiler daha hızlı şekilde SYM ve MÇM ile bağ kurarak kendilerini onarıp acı veren duygularını düzenleyebilirler. Küçükken mutlu hissettiği çok az deneyimi olan, travmatik yaşantıları daha çok deneyimlemiş ve yoğun suçluluk ve utanç duygularıyla büyütülmüş kimseler kolay kolay MÇM'lerini etkinleştirememektedirler (Jacob ve ark., 2015). MÇM birçok psikiyatrik durumun gelişmemesi açısından önemli bir koruyucu unsurdur (Loose ve ark., 2018). MÇM sağlıklı, istenilen ve geliştirilmesi hedeflenen bir mod olmasına rağmen Dadashzadeh ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada narsisistik ve histeriyonik kişilikler MÇM mod ölçümlerinden daha yüksek puanlar almışlardır.

##### **2.2.1.4.B. Sağlıklı yetişkin/erişkin modu (SYM)**

SYM problem çözme ve işlevsel ebeveynlik yapma uygun yetişkinlik becerilerini içeren moddur. Bu mod bilge zihnin ifadesidir (Edwards, 2019). SYM mod sistemi içerisindeki diğer tüm modları yöneten ve idare eden moddur. Şema terapideki temel amaç SYM'yi diğer modları yönetebilecek bir olgunluğa, erişkinliğe, güce ve

kapasiteye eriştirmektedir. MÇM'nin etkinliği de aynı zamanda SYM'nin gücüne ve kapasitelerine bağlıdır zira CEM ile baş edemeyen ve talepkar ebeveyn moduna sınır koyamayan bir SYM MÇM'ye alan açmakta ve imkanlar sunmakta zorlanabilir. SYM İÇM'nin ihtiyaçlarını işlevsel ve sağlıklı yöntemler kullanarak karşılamaya ya da tedarik etmeye çalışır. Aynı zamanda yaralı çocuğu Şefkatli bir ebeveyn gibi teselli edip yatıştırır. SYM işlev bozucu baş etme modlarını sınırlandırır ve bu işlevsiz hale gelmiş baş etme davranışlarını daha adaptif ve faydalı olanlarla değiştirir. SYM CEM ile savaşarak bu modun gücünü kırmaya ve onu yenilgiye uğratmaya çalışır. Cezalandırıcı tarafın ilettiği mesajları gerçeklik penceresinden değerlendirir ve bu katı mesajları reddeder. Sağlıklı erişkin modu BOTE M'in başarı baskılarına karşı çıkar ve bu modu sınırlandırır. Aynı zamanda dışarıdaki talepkar ebeveynlere de gerçekçi sınırlar koyarak potansiyelinin üstündeki işleri reddeder. Bu anlamda MÇM'yi etkinleştirerek dinlenme ve eğlenme gibi ihtiyaçlarla da ilgilenir. SYM, DOTE M'in aşırı taleplerini reddederek kendi ihtiyaçları ile diğerlerinkiler arasında bir denge ya da muvazene kurmaya çalışır ve gerektiğinde suçluluk duymadan başkalarına hayır diyebilir. SYM ÖÇM'ye ihtiyaçlarını ifade etmenin daha uygun ve doğru yollarını gösterir ve gerektiği zaman yetişkince bir yaklaşımla hoşlanmadığı hususları diğerleriyle paylaşabilir. Bunun yanında dürtüsel/denetimsiz çocuk moduna sınırlar koyar ve onu hayatın gerçekçi limitleriyle yüzleştirir. Gerektiği zaman daha uzun vadeli amaçlar uğruna kısa vadeli doyumları, kazançları ve ödülleri erteleyebilir ya da öteleyebilir. SYM inatçı çocuk modunu sınırlandırır ve yetişkince yöntemler kullanarak özerklik ihtiyacını karşılamaya çalışır. Şımarık çocuk modunu ise dış dünyanın gerçeklikleri ve başkalarının hakları konusunda eğitip törpüleyebilir ya da sınırlandırabilir. SYM gerçekçi ve rasyonel düşünmeyi ifade eder ancak bu rasyonel bakış açısı duyguları yok sayan ve toplumsal hayatın gerekliliği olan olağan fedakarlıkları ihmal eden bir bencillik seviyesinde değildir. SYM ölçülölüğü, dengeyi, uyumu, muvazeneyi, gerçekçi içsel ve dışsal sınırları, ihtiyaçlarını önemsemeyi, ihtiyaçlarını karşılamak için işlevsel yöntemler kullanmayı ve katı olmayan bir özdenetimi ifade eder (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob ve ark., 2015; Rafaeli ve ark., 2016; Simeone ve ark., 2017; Young ve ark., 2016). Lobbestael ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada antisosyaller sınır kişiliklere göre SYM ölçümlerinden daha yüksek puan almışlardır ancak normal kontrollerle SYM ölçümleri açısından önemli bir farklılık gözlemlenmemiştir. Antisosyallerin SYM

ölçümlerinden yüksek puan almaları onların normal gözükme gereksiniminde kaynaklanıyor olabilir.

### **2.2.2. Mod yönelimli şema terapi süreci ve müdahaleler**

Mod terapisi şema terapinin özellikle de kişilik bozukluklarına uyarlanmış versiyonunu ifade etmektedir. Mod modeli özellikle farklı duygudurumlarını hızlıca deneyimleyen kişilerle çalışırken klasik şema terapiye göre birçok avantajlar sağlamaktadır. Bu avantajların başında ise mod modelinin şimdi ve burada ortaya çıkan farklı dinamiklere aynı anda müdahale etme imkânı sunmasıdır (Arntz ve Jacob, 2016). Mod çalışmasının altında yatan deneyimsel teknikler daha çok Gestalt terapisinden alınarak mod modeline entegre edilmişlerdir (Rafaeli ve ark., 2014).

Mod terapisi sürecinde işlevsiz veya sağlıklı modlarda görülen bir gerileme ya da azalma başka işlevsiz modların da zayıflamasına yol açabilmektedir. Bazen de işlev bozucu bir modda meydana gelen bir gerileme başka bir işlevsiz modu kuvvetlendirebilmektedir. Mesela şüpheli kontrolcü/paranoid kontrolcü modundaki bir zayıflama bağımlı çocuk modunu kuvvetlendirebilir. Bu durum kişilik bozukluğu olan hastaların özellikle terapinin ilk dönemlerinde neden bir denge yitimi ya da savrulma yaşadıklarını açıklamada önemli bir varsayımdır. Şema terapi terapinin ilk zamanlarında işlevsel olmayan modları zayıflatmaya ileri aşamalarında ise SYM'yi kuvvetlendirmeye odaklanmaktadır (Aalbers ve ark., 2021; Simeone ve ark., 2017). Mod terapisi süreci ve kullanılan müdahaleler ile ilgili olarak aşağıda detaylı açıklamalar verilmiştir.

#### **2.2.2.1. Anamnez alma ve mod modeline göre kavramsallaştırma yapma**

Mod modeli ile çalışırken diğer pek çok psikoterapi yaklaşımlarında olduğu gibi öncelikle danışanın hayat hikayesi geçmiş ve bugün çizgisinde detaylı olarak dinlenir. Bu esnada terapist danışanın geçmiş ve bugün çizelgesinde anlattıklarını kafasında mod modeli üzerine yerleştirmeye çalışır ve bu veriler yeterli bir düzeye ulaştığında ise mod modeli üzerinden danışanla müzakere ederek ilk vaka kavramsallaştırmasını yapar. Bu esnada terapist aynı zamanda mod modelini danışana anlatır. Danışanın hikayesinin dinlenmesi, danışanla birlikte ilk mod formülasyonunun yapılması ve psikoeğitim iki veya üç seans sürebilir. Mod modeli yönlendirici ve iyi yapılandırılmış bir terapi olmakla birlikte vaka kavramsallaştırmasının her aşamasında terapistin danışanla açıkça müzakere edebilmesi ve uzlaşması önemlidir. Mod

kavramsallaştırmasının yapıldığı ilk seanslarda özellikle aşırı telafi modları sürece müdahale edip terapistin işini zorlaştırabilirler. Fazlaca konuşup terapistin soru sormasına ve açıklama yapmasına izin vermeyen, terapisti denetlemeye ve baskı altına almaya çalışan ve büyüklenmecilikle terapisti aşağılayıp terapistin haklarını ihlal eden aşırı telafi modları, mod modeli kavramlarıyla karşıdaki kişiyle paylaşılıp bu aşırı telafici yönere empatik yüzleştirme yapılması gerekebilmektedir. Mod modeli çerçevesinde kavramsallaştırma yaparken en çok zorlanılan modların başında ebeveyn modları gelmektedir çünkü danışanlar sorunlarının bir kısmının ebeveynlerinden kaynaklandığını gördüklerinde büyük bir suçluluk yaşayabilmektedirler. Bu durumda CEM'in gelişiminde gerçek ebeveynlerin etkisinin olduğu ancak bunun daha çok ebeveynlerin olumsuz taraflarının kişi üzerinde bıraktığı bir iz ya da yansıtma olduğu vurgulanmalıdır. Mod modeliyle çalışırken imgeleme çalışmaları sık kullanılan tekniklerin başında gelmektedir. Özellikle bu teknik kırılğan çocuk modlarına sınırlı yeniden ebeveynlik yapma ve CEM ile savaşma konusunda önemli imkanlar sunmaktadır. Bu anlamda sürecin ilk başından itibaren danışanın imgeleme tekniğiyle tanıştırılması gerekmektedir. Bu teknik sürecin başında hem gelecek için bir alıştırmaya hem de modları daha iyi tespit etme anlamında kullanılabilir (Arntz ve Jacob, 2016; Roediger, 2015).

#### **2.2.2.2. Modlara yönelik müdahaleler**

Aşağıda her bir mod için terapotik ilişki ile birlikte çeşitli bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahale şekilleri detaylı olarak açıklanmıştır.

##### **2.2.2.2.A. İşlev bozucu baş etme modları**

Bu modlara yönelik müdahaleler baş etme modların nasıl geliştiğini ve işleyişini anlama, geçmişteki fonksiyonlarını değerlendirme ve onaylama, uyum bozucu yönleriyle empatik olarak yüzleştirme ve bu modları yerlerini SYM'ye devretmeye ikna etme gibi müdahaleleri içermektedir.

Baş etme modları temel olarak İÇM'yi koruma görevi yüklenmiş yapılardır ancak geçmişte bu vazifelerini iyi yapmış olmalarına rağmen artık kullandıkları yöntemler bunu başarmada yetersiz ve etkisiz kalmaktadır. Bu modlar, özlerinde iyi bir amaç taşımalarından ötürü arkadaşça ele alınmalıdırlar. Yani geçmişteki fonksiyonları ve çabaları onaylanmalıdır. Bu anlamda terapist SYM'yi temsilen bu modlarla daha yumuşak ve iknaya dönük bir dil veya yaklaşım kullanır. SYM, baş

etme modlarını geri çekilmeye ve yerlerini kendisine bırakmaya inandırmaya çalışır. Bunu yaparken arkadaşça bir üslupla yaklaşır ve bu modlara kendi ağzlarından işlev bozucu taraflarını göstermeye çalışır. Bazı durumlarda ise özellikle de güçlü bir aşırı telafi modu ile uğraşılırken terapist daha sert ve kararlı bir yaklaşım tarzı geliştirir çünkü aşırı telafi modları dış dünyada olduğu gibi terapide de ortamın yönetimini ele geçirmeye çalışabilirler. Bu durumda terapist yaklaşımını bir miktar sertleştirerek aşırı telafi moduna gerçekçi sınırlar koyar. Baş etme modları kolay kolay pes edip geri çekilmeyeceğinden onlara karşı sabırlı olunmalıdır. Bu modların geri çekilmesi için SYM'ye güven duymaları veya itimat etmeleri gerekmektedir (Arntz ve Jacob, 2016; Roediger, 2020).

Bilişsel olarak baş etme modlarının hayat öyküsel artalanı araştırılır, bu modların nasıl geliştiği ve arka planında kimlerin olduğu incelenir. Bu modların geçmişteki fonksiyonu anlaşılmalı ve geçmişteki faydalı tarafları onaylanır. Bunun yanında baş etme modlarının bugünkü işlevleri değerlendirilir. Terapist baş etme modlarının avantaj ve dezavantajlarını ele almaya çalışır. Aynı zamanda baş etme modlarının yıkıcı, zarar verici ve sağlıksız yönleriyle empatik yüzleştirmeler yapılır. Bu modlar tetiklendiğinde hatırlatıcı olması ve SYM ile bağlantı kurulması için baş etme kartları geliştirilir (Farell ve Shaw, 2012).

Çift sandalye çalışmasıyla SYM ve baş etme modu arasında diyaloglar yürütülür. Kişinin SYM'si yeterince güçlü değilse ilk başlarda SYM'yi terapist oynayabilir ancak kişinin sağlıklı yanı geliştikçe bu rolü kendisi oynamaya başlamalıdır. SYM, sandalye tekniğiyle bilişsel olarak yapılan hayat öyküsel arka planı tespit etme çalışmasının bir benzerini baş etme modunun sahip olduğu duyguları hedef olarak da yapabilir. Aynı zamanda SYM sandalyede baş etme moduna geçmişteki işlevi için teşekkür eder ancak bu modu kendilik yıkıcı yönleriyle de empatik olarak onu yüzleştirir. Bunun yanında baş etme modu ile İÇM ve CEM'in bir arada çalışıldığı çoklu sandalye çalışmaları da yapılabilir (Kellog, 2004; Roediger, 2015).

Bilişsel ve duygusal seviyede elde edilen kazanımların davranışsal değişimle taçlandırılmaları veya sağlamlaştırılmaları gerekmektedir. Davranışçı terapide kullanılan pek çok müdahale baş etme modlarıyla çalışırken kullanılabilir. Teslim ve kaçınma modlarına karşı ihtiyaçların ifadesinin sağlanması ve sağlıklı sınırlar geliştirilmesi için kişilerarası beceri eğitimi ile iletişim eğitimleri verilebilir. OKB'lerde görülen kopuk korungan mod için maruz bırakma ve tepki önleme

müdahalesi yapılabilir. Bunun yanında kişi baş etme modlarının işlev bozucu davranışları yerine daha fonksiyonel davranışları denemek için planlar yapıp bunları dış dünyada aşamalı olarak deneyebilir ve ardından da kendine ödül verebilir. Özellikle de sosyal dünyadan uzak duran kaçınan mod için girişkenlik ve sorun çözme eğitimleri verilebilir (Arnz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.2.2.B. Çocuk modları**

##### **2.2.2.2.B.1. İncinmiş çocuk modu (İÇM)**

İÇM için bilişsel müdahalelerden ziyade duygusal müdahaleler daha önemlidir çünkü bu modda derin değişimler ancak modun sahip olduğu maladaptif duygu örüntülerinin değişmesiyle gerçekleşmektedir. Psikoeğitimden imajinasyon ve yeniden senaryolaştırmaya kadar pek çok teknik İÇM ile çalışılırken kullanılabilir. Bunun yanında özellikle de İÇM ile yapılan sandalye çalışmaları da modun yatıştırılması, sakinleştirilmesi ve ihtiyaçlarına bakım verilmesi anlamında önemlidir.

İÇM ile terapistin güvene dayalı bir ilişki kurması çok önemlidir. Kırılgan çocuk modunun ihtiyaçlarının onaylanması gereklidir ve terapist bulduğu her fırsatta bu yanın ihtiyaçlarının önemini gündeme getirir. Kırılgan çocuk teselli edilmeye, yatıştırılmaya, anlaşılmaya ve bakıma ihtiyaç duymaktadır. Terapist bu mod ortaya çıktığında karşısında ihtiyaçları karşılanmamış bir çocuk olduğunu düşünerek bu moda karşı incinmiş bir çocuğa gösterilmesi gereken hassasiyetle, özenle ve ihtimamla yaklaşmalıdır. Bu yan ile konuşurken terapist sakinleştirici, rahatlatıcı, güven verici ve teselli edici bir ses tonu ya da üslup kullanılmalıdır (Farell ve Shaw, 2012).

Bazı danışanlar normal bir çocukluğun ve sağlıklı ebeveynlerin nasıl olması gerektiğiyle ilgili bilgi sahibi olmayabilirler. Onlar yaşadıkları çocukluğun olması gereken olduğuna dair güçlü bir inanca sahip olabilirler. Bu durum ise İÇM'nin ihtiyaçlarının karşılanmasını engelleyebilir ya da baltalayabilir. Bunun için terapist normal çocuklukla ilgili olarak çocuğun ihtiyaçlarını ve haklarını gündeme getirerek danışanına eğitim verir. Bu anlamda danışanla birlikte evrensel çocukluk hakları bildirisinin üzerinden geçebilirler. Danışanın içsel çocuk tarafının ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için normal ve temel ihtiyaçların ne olduğuna dair farkındalığının olması gerekmektedir. Normal çocuklukla ilgili psikoeğitim yapılmasının yanında çocuk yanı ile ilgili baş etme kartlarının hazırlanması da önemli bir bilişsel müdahaledir. (Farell ve ark., 2015).

İÇM'nin en çok iyileşmesini sağlayan ve en ileri müdahaleler duyguları hedefleyen yaşantısal müdahalelerdir. Bu moda yönelik müdahaleler iki ana grupta ele alınabilir. İlki imgeleme ve yeniden senaryolaştırma. Bu teknikte terapistin ya da danışanın kendisinin temsil ettiği sağlıklı yetişkin/iyi ebeveyn modu imajinasyondaki sahneye dahil olarak İÇM'ye bakım verir ve onu CEM'in saldırılarından ve tehditlerinden korur (Arntz ve Genderen, 2013).

İÇM'ye bir diğer duygu odaklı müdahalede bu modla sandalye çalışmalarının yapılmasıdır. Bu çalışma farklı şekillerde yapılabilmektedir. SYM ve İÇM arasında çift sandalye çalışmasında İÇM'nin tetiklenen duyguları SYM'nin sınırlı yeniden ebeveynlik yapması ile yatıştırılır ve İÇM'ye duygusal bakım ve destek verilir. Sandalye çalışması İÇM, baş etme modları ve SYM arasında da yapılabilir. Burada baş etme modlarını devre dışı bırakmak için terapist İÇM üzerinden bu modlara etkisizliklerini ve zarar verici taraflarını göstermeye çalışır (Arntz ve Jacob, 2016). Bir başka çoklu sandalye çalışmasında ise SYM sandalyesi en ortaya konur ve iki yanına İÇM ve CEM sandalyeleri konur. Terapist SYM'yi temsilen modlar arasındaki gerilimi ve çatışmayı artırır ve modlar iyice kızıştığında ise İÇM'ye bakım verir ve onu yatıştırır. Bu arada CEM ile savaşarak bu tarafın İÇM'ye daha fazla saldırıda bulunmasına izin vermez ve onu sınırlandırarak gücünü kırmaya çalışır. Bu teknikte SYM'yi süreç ilerledikçe danışanın kendisi oynayıp farklı yanları arasındaki gerilimi ve çatışmayı yönetmeyi becerebilmesi gerekmektedir (Roediger, 2020).

İÇM'nin iyileşebilmesi için dış dünyada sağlıklı ilişkiler kurmasına gereksinimi vardır. Bu anlamda yeni beceriler kazanarak İÇM'nin ihtiyaçlarını karşılanması gerekmektedir. Aynı zamanda dış dünyada daha az zarar görmek için sınır koyma ve hayır deme becerileri de önemlidir. Özellikle de kişinin istismar edildiği ve ihtiyaçlarının yok sayıldığı ilişkileri sonlandırması ve kendine zarar veren insanlarla arasına mesafe koyması gerekmektedir. Bu ise duygusal anlamda kişinin bunları yapmaya hakkının olduğunu hissetmesiyle ve buna inanmasıyla sağlanabilir. Bu anlamda İÇM'nin gereksinimlerinin karşılanması için kişi dış dünyada şefkatli, istikrarlı ve güvenli kişilerarası ilişkiler geliştirmeye teşvik edilir. Bunun yanında kendine bakım vermeyle ilgili tüm aktiviteler İÇM'ye iyi gelir. Köpüklü bir banyo, sıcak bir çikolatalı kahve, hafif bir masaj, nefes egzersizleri, anda kalma çalışmaları, hobiler ve çeşitli neşelendirici aktiviteler İÇM'ye iyi gelebilecek aktivitelerdir (Arntz ve Jacob, 2016).

### 2.2.2.2.B.2. Öfkeli çocuk modu (ÖÇM)

ÖÇM'nin kızgınlığının onaylanması ve altta yatan kırılğan çocuğa ulaşılması gerekmektedir. Öfkeli yanın kızgınlığı onaylanırken aynı zamanda öfkesinin yıkıcı yönlerine sınır konulması ve daha işlevsel olarak öfkesini ifade etmesinin sağlanması gerekmektedir. ÖÇM ile çalışırken bilişsel müdahalelerin etkisi duygusal ve davranışsal müdahalelere göre nispeten daha az ve zayıftır.

ÖÇM ortaya çıktığında terapistin kızgınlığı onaylaması ve bu hissin açığa çıkmasını ve dışa vurulmasını teşvik etmesi ve cesaretlendirmesi gerekmektedir çünkü birçok danışanın geçmişlerinde öfkeleri onaylanmadığı için şu anki hayatlarında öfkeli olduklarından dolayı sekonder olarak suçluluk ve utanç duyguları yaşayabilmektedirler. ÖÇM'nin hislerinin açığa çıkartılmasını teşvik etmek bazı terapistlerde endişeye yol açtığı için bunu yapmaktan geri durabilirler ancak öfke hissinin tamamıyla açığa çıkması önemlidir. Bunun yanında ÖÇM hiddetli çocuğa dönüşüp kendine ve terapistine sözel veya fiziksel olarak zarar vermeye kalkıştığında terapist bu yıkıcı öfke ifadesine sınır koymalı ve öfkeli yana bu şekilde bir duygu dışavurumunun kabul edilemez olduğunu göstermelidir (Arntz ve Genderen, 2013).

Danışanın öfke ifadesi ile ilgili pek çok çarpıtılmış inançları olabilir ve bu hatalı bilişlerin değiştirilmesi gerekmektedir. Kişinin öfkeyi hangi durumlarda ve ne şekilde ifade edeceğini bilmesi çok önemli olduğu için bu konu üzerinde farkındalığı artırıcı çalışmalar yapılabilir. Ayrıca ÖÇM'ye karşı hem kızgınlığının onaylandığının hatırlatıldığı hem de SYM'nin bunu nasıl yapacağıyla ilgili hatırlatıcı bilgilerin olduğu baş etme kartları geliştirilebilir (Arntz ve Jacob, 2016).

Sandalye çalışmaları kızgın çocuk modu ile çalışırken önemli müdahale araçlarının başında gelmektedirler. SYM sandalyede ÖÇM'ye öfkesini ifade etmesi konusunda yardımcı olur ve öfke ifadesinin kabul edilmeyen, maladaptif ve zararlı yönleriyle de onu yüzleştirir. SYM, ÖÇM ve CEM arasında da üçlü sandalye çalışmaları yapılabilir. Bu diyaloglarda SYM ÖÇM'nin kızgınlığını onaylayıp ona kızgınlığın uygun ifade yollarını gösterirken aynı zamanda öfke ifadesine sert şekilde yaklaşan CEM'i sınırlandırır. Bu çalışmada SYM hedefteki kişilere öfkeyi uygun şekilde ifade ederek ÖÇM'ye model ya da örnek olmaya çalışır. Danışana öfkelenildiğinde sakinleşinceye kadar bir yastığı yumruklama veya halat çekme gibi çalışmalarla sağlıklı öfke boşaltma yöntemleri öğretilir (Arntz ve Genderen, 2013; Farrell ve ark., 2015).

Kişinin seans dışında öfkesini ifade etmenin sağlıklı yöntemlerini öğrenmesi gerekmektedir. Bu anlamda nerede ve nasıl kızgınlığını yansıtacağıyla ilgili sosyal beceri eğitimi faydalı olabilir. Seans içerisinde rol oyunları oynanarak danışanın öfke ifadesinin uygun yollarını öğrenmesi ve dış dünyada uygulaması sağlanabilir (Arntz ve Jacob, 2016).

### **2.2.2.2.B.3 Dürtüsel çocuk modu (DÇM)**

DÇM ile çalışırken ki temel amaç bu moda sorumluluk bilinci kazandırmak ve sıkıntıya tahammül etme toleranslarını yükseltmektir. Bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahalelerin hepsi bu moda etkili müdahale imkanları sunmaktadır.

DÇM karşısında terapistin sağlam bir duruş sergileyerek sınırlarını çok net çizmesi gerekmektedir. Bunun yanında DÇM'nin ihtiyaçlarının onaylanması önemli olmakla birlikte terapist bu ihtiyaçların anında ve zararlı yöntemlerle karşılanmaya çalışılmasına karşı çıkmalıdır. Empatik yüzleştirme DÇM'yi eylemlerinin olumsuz yanlarıyla yüzleştirmek için etkili ve önemli bir müdahaledir. Seans süreci boyunca terapist ve danışan ilişkisi içerisinde dürtüsel çocuk modunun aktifleşeceği pek çok durum olacaktır ve terapistin böylesi durumları bir fırsat olarak etkili şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. DÇM geç kalarak, özensiz şekilde davranarak ve terapi sorumluluklarını yerine getirmeyerek terapistin sınırlarını çiğnediğinde terapist davranışsal olarak aşamalı sınırlar koymalıdır. Bunlar empatik yüzleştirmeden seanslara ara vermeye kadar çeşitli derecelerde ya da düzeylerde olabilir. Temel amaç DÇM'yi sınırlandırarak SYM'yi güçlendirmektir (Arntz ve Jacob, 2016).

Danışanlar DÇM'nin uzun vadeli yıkıcı sonuçlarına dair güçlü bir farkındalığa sahip olmayabildikleri için modun danışanın hayatındaki olumsuz sonuçlarının fark ettirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda modun artılarını ve eksilerinin ele alınması ve bu çalışmanın duruma göre mükerreren tekrarlanması gerekmektedir. Baş etme kartları ise DÇM harekete geçip anlık hazlar uğruna uzun vadeli kazanımları heder edeceğinde etkili olabilmektedirler (Roediger, 2015).

DÇM ve SYM arasında sandalye çalışmaları yapılabilir. SYM dürtüsel çocuğu denetimsiz ve düşüncesiz davranışlarıyla yüzleştirip onu değişim konusunda güdüleyebilir. Duygu odaklı müdahaleler özellikle DÇM'yi değiştirmeye ikna etme anlamında güçlü müdahale imkanları sunmaktadırlar. DÇM'nin dış dünyada sorumluluk alması ve engellenmelere tahammül göstermeyi öğrenmesi gerekmektedir. DÇM'nin değişmesinde davranışsal müdahalelerin çok ayrı bir yeri vardır. Ev ödevleri

DÇM'nin değişiminde çok önemlidir fakat bu modu güçlü olanlar ev ödevleri yapmaya kolay kolay yanaşmazlar. Bu durumda aşamalı ev ödevleri verilmesi ve yapılmadığında da DÇM'nin bu davranışıyla empatik olarak yüzleştirilmesi ardından çeşitli yaptırımlar uygulanması gerekmektedir. Edimsel koşullanma prensipleri de dürtüsel çocukla baş etmede etkili yöntemlerdir. Kişi dürtülerine sınır koyduğunda ve sorumluluklarını yerine getirdiğinde kendine ödül verebilir ancak DÇM'ye teslim olduğunda ya da bu mod yönetimi ele aldığıda ise kendini bazı güzel şeylerden mahrum bırakmak suretiyle hafif cezaları kendine verebilirler (Arntz ve Jacob, 2016).

#### **2.2.2.2.C. Uyum bozucu ebeveyn modları**

Ebeveyn modları terapi süreci içerisinde en sert tutumun takınılması gereken yapılarıdır. Bu modlar kolay kolay geri çekilmediklerinden onlarla SYM'nin kararlı bir savaş yürütmesi gerekmektedir. Bu anlamda SYM'nin çocuk yanını bu modların saldırılarından ve baskılarından koruması temel amaçlardan biridir. Bu modlarla savaşta bilişsel ve duygusal müdahaleler çok önemli bir yer tutmaktadırlar. CEM ile talepkar ebeveyn modları yapısal olarak bazı farklılıklar arz ettiklerinden bu modlara farklı farklı müdahalelerde bulunmak gerekebilmektedir.

##### **2.2.2.2.C.1 Cezalandırıcı ebeveyn modu (CEM)**

Bu moda karşı terapist hiç müsamaha ya da tolerans göstermemelidir çünkü modun işlevsel hiçbir yanı yoktur. CEM aktifleştğinde terapist mod etkinleşmesi konusunda danışanı uyarıp ardından bu moda karşı kararlı ve sert bir tavır takınarak onu uzaklaştırmaya çalışır ve İÇM'ye onu koruyacağına dair açık veya örtük olarak güven verir. Özellikle SKB'ler bu moddan çok korkarlar ve CEM harekete geçtiğinde işlev bozucu baş etme modlarına bürünerek ondan korunmaya ve onun tasallutundan kurtulmaya çalışırlar. Terapist böylesi durumlarda danışan adına cezalandırıcı yanla savaşır. Bu savaşımın ise danışana bu modun eziyetinden kurtulabileceğine dair büyük bir motivasyon sağlar. Terapistin CEM ile olan savaşta sabırlı olması gerekmektedir çünkü bu mod defalarca saldırıya ya da atağa geçip danışanı eski negatif örüntülerin içerisine çekebilir. Terapist sağlıklı yanı temsilen bu modla konuşurken kendinden emin, sert, kararlı ve pes etmeyeceğini belli eden güçlü bir yetişkin edası takınır (Arntz ve Genderen, 2013; Arntz ve Jacob, 2016).

CEM ile çalışırken bilişsel müdahaleler önemli bir yer tutarlar. Bu moda sahip birçok kimse modun söylediklerinin dışarıdan söylenenlerin ve yapılanların içe yansıtılması olduğunun farkında değildirler. Onlar bu yapının doğal kendiliklerinin bir

parçası olduğunu zannetmektedirler. Oysa ki ebeveyn modları doğal kendiliğin bir parçası değil ebeveynlerin ya da ebeveynsel figürlerin içindeki uzantıları ya da yansımalarıdır. Bu anlamda bilişsel müdahalelerle kişinin, CEM’i ego-yabancı olarak görmesi sağlanmaya çalışılır. Modla ilgili önemli çalışmalardan biri de modun hayat öyküsel artalanını sorgulamak ve öğrenmektir. Modun nasıl geliştiği, arkasında hangi figürlerin yer aldığı, güncelde nasıl tetiklendiği, hangi mesajları ilettiği ve kişinin bu durumla nasıl baş ettiği öğrenilmesi gereken durumlardır (Farell ve ark., 2015; Farell ve Shaw, 2012). CEM siyah beyaz niteliğinde mesajlar iletir ve bu modun ilettiği mesajlar düşünce hatalarıyla doludur. Dolayısıyla modun ilettiği mesajların içeriğini ele alarak ya da sorgulayarak moda ait düşünceler yeniden çerçevelenebilir. Ebeveyn modları hayatın nasıl algılanıp yaşanmasıyla ilgili çeşitli hayat standartları ya da felsefeleri sundukları için modun dayattığı yaşam prensiplerinin sorgulanıp güncel hayata uygun yeni bir hayat felsefesi geliştirmek gerekmektedir. Bu her ne kadar kısa bir sürede ve az bir çalışmayla başarılmasa da zamanla CEM zayıfladıkça gelişecek bir durumdur. Bu anlamda modun dayattığı eski yaşam felsefesine ait ilkelerin işlevselliğinin sorgulanması sonrasında ise hayata dair geliştirilen yeni ilkelerin dış dünyada sınanması gerekmektedir (Jacob ve ark., 2015).

CEM’e karşı imgeleme ve yeniden senaryolaştırma ile çift ve çoklu sandalye çalışmaları yapılabilir. İmgeleme ve yeniden senaryolaştırmada terapist, kişinin kendisi ya da üçüncü bir STM temsili CEM ile savaşıyor, ona sınır koyar ve onu püskürtür. İmajinatif olarak ebeveyn figürleriyle savaşılmaması danışanın sağlıklı yanını güçlendirmekle birlikte CEM’i de zayıflatır. Sandalye çalışmalarında ise SYM CEM ile savaşıyor ve onun ilettiği mesajları reddeder. Eğer bu mod sandalye çalışmalarında pes etmez ve halen konuşmaya devam ederse o zaman modun temsil ettiği sandalye odanın dışına çıkartılabilir. Bu modla çalışmak sıklıkla İÇM’yi tetikleyebileceği için genellikle SYM, CEM ve İÇM’nin bir arada çalışıldığı çoklu sandalye çalışmaları yapılır (Arntz ve Genderen, 2013; Roediger, 2015).

CEM ile savaşta kişinin kendisini iyi ve mutlu hissedeceği aktiviteler planlaması ve bunları gerçekleştirilmesi önemlidir. Bunun yanında şefkatli ebeveyn figürleriyle (arkadaş, akraba, topluluk) samimi ilişkiler geliştirmesi son derece önemlidir. Bu aşamada bilişsel seviyede belirlenen yeni hayat kurallarının dış dünyada sınanması gerekmektedir. Danışanlar cezalandırıcı taraflarından gelen kurallar ve ilkeler olmadan bir boşluğa düşmüş gibi hissedebilirler ancak zamanla yeni

geliştirdikleri daha işlevsel kurallara ve ilkelere de uyum sağlayacaklardır (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.2.2.C.2. Talepkar/beklentili ebeveyn modları**

Bu başlık altında BOTEM'e ve DOTEM'e yapılacak müdahaleler ele alınacaktır. Bu ebeveyn modlarına yapılan müdahaleler ve sergilenen tutum CEM'e olan tutumla benzeşse de arada bazı farklılıklar da bulunmaktadır.

BOTEM ile SYM arasındaki sandalye çalışmalarında SYM bu modla uzlaşma kurmaya çalışarak modun beklentilerine sınır koyar ve beklentili tarafa daha gerçekçi standartları öğretmeye çalışır. Bu modla dış dünyada daha az mükemmel davranmak, eğlenceli aktiviteler planlamak, mizahi yönü geliştirmek, işleri başkalarına delege etmek ve hatalı davranmaya ve kusurlara tahammül etmeyi öğrenmek gibi davranışçı çalışmalar yapılabilir. Bu modla yapılacak çalışmalar yüksek standartlar şemasıyla yapılan çalışmalarla benzerlikler taşımaktadır (Arntz ve Jacob, 2016; Young ve Klosko, 2017).

Modun gelişimindeki tarihsel arka plan öğrenilerek kişinin modun gelişimine yol açan erken yaşantılara dair farkındalık geliştirmesi sağlanmaya çalışılır. DOTEM ile çalışırken kişinin kendi ihtiyaçlarının önemine ve haklılığına dair bilincinin artırılması gerekmektedir çünkü moda sahip olan kişiler başkaları odaklı olarak yaşadıklarından kendi ihtiyaçlarını görmezden gelme ya da yok sayma eğilimindedirler. Sandalye çalışmalarında ise SYM bu modun suçluluk pompalamasına izin vermeyerek modu sınırlandırır ve moda kendi ihtiyaçlarının da önemli olduğunu hatırlatır. Davranışsal olarak kişinin kendi ihtiyaçlarıyla başkalarınınkini arasında denge oluşturduğu ve alma verme döngüsünde ölçülü olduğu ilişkiler kurması için çalışmalar yapılır. Bu anlamda başkalarının taleplerine hayır deme üzerinde çalışılarak kişiye bununla ilgili beceriler öğretilir. Bunların yanında kişinin kendisine zaman ayırdığı ve iyi geleceğini hissettiği aktivitelere yönelmesi konusunda çalışmalar yapılabilir. DOTEM ile ilgili müdahaleler aşırı fedakârlık şemasına yapılan müdahalelerle benzerlik taşımaktadır (Arntz ve Jacob, 2016; Farrell ve ark., 2015; Young ve ark., 2016).

#### **2.2.2.2.D. Sağlıklı ya da işlevsel modlar**

Bu başlık altında sağlıklı yetişkin ve mutlu çocuk modlarına yapılabilecek müdahaleler ele alınacaktır.

#### **2.2.2.2.D.1. Sağlıklı yetişkin/erişkin modu (SYM)**

SYM diğer modları yöneten mod olduğu için terapi sürecinde amaç bu modu geliştirmek ve güçlendirmektir. SYM, ebeveyn modlarının güçten düşmesiyle, İÇM'nin ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ve işlev bozucu baş etme modlarının geri çekilmesiyle güçlenebilir. Bunun yanında uyumsuz modların güçlerinin azalması tek başına SYM'nin olgun ve güçlü bir hale gelmesinde yeterli değildir. SYM'nin yeterince güçlenebilmesi için bu modun ayrıyeten çalışılması gerekmektedir ve bu mod şema terapide en son çalışılan moddur. Bu modun gelişebilmesi için terapist terapi sürecinin başından itibaren her fırsatta danışanına model olmalıdır. Terapist diğer modlara yaklaşım konusunda SYM'yi modelledikçe danışan seçici içselleştirme yoluyla terapistin bu yanını ödünç alarak zamanla kendi doğal kendiliği içerisinde bunu öğretir ya da özümser. SYM şema terapide çalışılması sürece yayılmış durumdadır (Simeone ve ark., 2017).

Terapistin SYM konusundaki en önemli etkisi etkili bir model olmasıdır. Terapist danışanı duygu odaklı müdahalelere aşamalı olarak dahil ederek zamanla bu rolü kişinin kendisine devir eder. Aynı zamanda danışanla terapist arasındaki sorunların yetişkin bir perspektifle ele alınıp çözülmesi de danışanda çatışmalara karşı nasıl yaklaşması gerektiğiyle ilgili olarak farkındalığı yükseltmektedir. Yine süreç tıkandığında terapist danışana SYM'nin bu durumda ne söyleyip yapabileceğini sorabilir (Arntz ve Jacob, 2016).

SYM geçmişini tamir etmeye ya da onarmaya çalıştığı kadar gelecekle de alakadar olup geleceğe dönük optimal bir iyimserliği yansıtan planlar yapar. Çeşitli hobilerin ve kısa-uzun vadeli boş zaman aktivitelerinin planlanması, güvene dayalı yeni ilişkiler kurulması, mesleki gelişim ve yenilenme ile dengeli bir hayatın inşa edilmesi SYM'nin bakış açısının somut davranışlara dönüştürülmesinin örnekleridir (Jacob ve ark., 2015).

#### **2.2.2.2.D.2. Mutlu çocuk modu (MÇM)**

Birçok uyumsuz mod MÇM'nin aktif ve etkin halde olmasını engelleyebileceğinden SYM geliştikçe ve güçlendikçe mutlu çocuk moduna da alan ve zemin açılacaktır. Bunun yanında MÇM'nin gelişebilmesi için ekstra zaman harcamak, mücadele etmek ve çaba sarf etmek de gerekmektedir. Bunun ise en iyi yolu içsel MÇM'nin en çok nelerden hoşlandığını tespit ederek ya da belirleyerek çeşitli aktivite planlamaları yapmaktır. Aynı zamanda geçmişte mutlu ve huzurlu hissedilen

hatıralarla bağlantı kurulması ve bu hatıralara demir atılması da mutlu çocuğa geçişi kolaylaştırabilir. Bunun yanında mutlu çocuğu geliştirmeye çalışırken ebeveyn modları işe karışabilir ve MÇM'nin aktive edilmesine engel olabilirler. Böylesi bir durumda ebeveyn modlarını uzaklaştırmak ve MÇM'yi onların tasallutundan kurtarmak gerekmektedir. MÇM ek bir çaba harcamadan kendiliğinden çok az gelişeceğinden bu mod üzerine yoğunlaşılması ve çalışılması gereklidir (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob ve ark., 2015).

### **2.2.3. Grup şema terapi**

Şema terapi bireysel uygulamaların yanında grup şeklinde de uygulanabilmektedir. Farell ve Shaw (2015) standart şema mod terapi konseptini grup süreçlerine adapte etmişlerdir. Grup sürecinde katılımcılar sınırlı yeniden aile olmayı deneyimlemektedirler (Straarup ve ark., 2022). Grup terapi grup üyelerinin sıcaklığını ve şefkatini kullanarak İÇM'nin çocukluktan getirdiği yaralarının sarılması açısından farklı imkanlar barındırmaktadır. Güven, ait olma, bağlanma, istikrar, değerli hissetme ve ilgi görme gibi yaralı çocuk yanına ait olan pek çok ihtiyaç terapistin ve diğer katılımcıların şefkatli ebeveyn modları sayesinde karşılanmış olur.

Grup terapilerinde iyileşmeye katkıda bulunan bağlanma, gözlemsel öğrenme, erken dönem aile yaşantılarının düzeltici tekrarı, varoluşçu etmenler, evrensellik gibi pek çok faktör bulunmaktadır (Yalom, 2018b). Grup terapilerindeki bu terapotik etmenler şema terapinin amaç ve uygulamalarına uygun olacak şekilde kullanılır.

Farell ve ark. (2015) ve Farell ve Shaw (2012) grup şema terapinin özellikleriyle ilgili aşağıdaki bilgileri vermektedirler.

Grup şema terapide imkanlar varsa iki terapistin olması çok daha uygun olmaktadır. Zira terapistlerden biri standart grup protokollerini uygularken diğer terapist katılımcılarla bağlanmayı ve kontağı devam ettirerek aile olma deneyimini şimdi ve burada dinamikleri içerisinde devam ettirebilir. Bunun yanında ikinci terapist, o haftanın standart uygulamaları dışında ortaya çıkan bireysel mod etkinleşmeleriyle ilgilenerek grubun ahenginin ve insicamının bozulmasını engellemiş olur.

Grup şema terapi kronik SKB'nin sağaltımı açısından endike bir yaklaşımdır. Kompleks travmaları olan ve zaman zaman disosiyeye olan SKB'ler de grup şema terapisi açısından uygundur. Bunun yanında psikotik bozukluk tanısı bulunan, ilaç

tedavisine yanıt vermeyen DEHB tanısı olan ve IQ seviyesi seksenin altında olanlar grup şema mod terapisi açısından kontrendikedirler.

Grup şema terapide terapist İÇM'ye güven verip bakım sağlar. Katılımcılara istikrarlı bir ebeveyn olduğunu gösterir. Sıcak ve güvenilir bir ortam oluşturarak erken dönem aile yaşantılarının zıddı olacak şekilde İÇM'ye yeniden ebeveynlik yapar. Kızgın çocuk modunu anlar ve onu dinler ancak kızgın çocuk moduna gerektiğinde gerçekçi sınırlar koyar. ÖÇM'nin arkasında yatan ve daha derin duygulara sahip bulunan İÇM'ye ulaşmaya çalışarak ÖÇM'nin duygularının dağılmasını sağlar. Kızgın çocuğa sağlıklı öfke ifade yöntemlerini öğretmek bu modu SYM'nin denetiminde tutmaya çalışır. DÇM'ye sağlıklı sınırlar konur ve bu modun dış dünyanın gerçeklerini anlaması sağlanmaya çalışılır. Grup seanslarında CEM ile savaşılar ve bu mod geri püskürtülür. Talepkar ebeveyn modunun yüksek standartları ise daha makul standartlarla değiştirilmeye çalışılır. Grup şema terapisinde terapistin iyi ebeveyn olması demek sınır konulmayacağı anlamına gelmemelidir. Uyum bozucu baş etme modları sınırlandırılır. Özellikle zorba ve saldırgan ve büyüklenmeci kendilik gibi insanların başını derde sokan aşırı telafi modlarına empatik yüzleştirme yapılır. Terapist iyi ebeveyn olarak İÇM'yi güvende tutarak aşırı telafi modlarının tetiklenmesini engellemeye çalışır. Aşırı telafi modları seansın kontrolünü ele almaya çalıştığında ve kendi gündemlerini dayattıklarında terapist empatik yüzleştirme yapar ve sınır koyar. Kaçınan korungan, kopuk korungan ve boyun eğici teslimiyetçi gibi uyum bozucu baş etme modları yetişkin yaşamına uygun yeni davranışlarla değiştirilmeye çalışılır. Grup seanslarında katılımcıların MÇM'leri geliştirilmeye, aktifleştirilmeye ve güçlendirilmeye çalışılır. MÇM'ye alan açmak ve onu etkin kılabilme için çeşitli yaşantısal egzersizler yapılır.

Grup şema terapi seansları genellikle 60-90 dakika sürer ve eğer gerekirse 10 dakikalık aralar verilebilir. Katılımcı sayısı 12'ye kadar çıkabilir ancak 6 katılımcının olduğu gruplar daha ideal ve makuldürler. Grup şema terapinin farklı uygulama biçimleri vardır. Farrell ve Shaw (2015) SKB için 42 grup seansı ve 12 bireysel seanstan oluşan ve bir yıl süren toplamda 60 seanslık bir prosedür önermişlerdir. Bunun yanında bu format yataklı hastane servislerinde 6 haftaya kadar kısaltılarak ve sıkıştırılmış şekilde uygulanabilmektedir. Bunların yanında 10-15 seanstan oluşan pek çok grup şema terapi uygulaması da bulunmaktadır.

Terapist değerlendirme seansında ve ilk seansta grup süreciyle ilgili bilgilendirmeler yapar ve kuralları katılımcılarla paylaşır. Terapist, katılım koşulları ve zaman, terapistin sorumlulukları ve görevleri, üyelerin sorumlulukları, gizlilik, gruptan ayrılma koşulları ve gruba bağlılık gibi konularda bilgilendirmeler yapar.

Grup şema terapi bireysel şema terapiye göre pek çok avantaja sahiptir. Şema terapinin yaşantısal bir terapi olması sebebiyle sınırlı yeniden ebeveynlik uygulaması grup sürecinde başarılı şekilde uygulanabilmektedir. Terapistin sınırlı ebeveynlik yapmasının yanında katılımcıların da bu görevi üstlenmeleri İÇM'nin iyileşmesi ve büyümesi açısından pek çok avantaj sunmaktadır. Bunun yanında bazı kişisel meseleler grup ortamında açıklanamamaktadır. Bu durumsa İÇM'nin bakım almasını engelleyebileceği için bazı uyum bozucu baş etme modlarını tetikleyebilmektedir. Grup şema terapi psikodinamik terapiler gibi o anda ortaya çıkan konular ve sorunlar üzerinden şekil alan yapılandırılmamış bir terapi değildir. Her seansın bir gündemi ve protokolleri mevcuttur ancak bu terapistin esnek olamayacağı anlamına da gelmemektedir. Mesela uyum bozucu baş etme modlarının ele alınacağı bir seansta pek çok katılımcı İÇM içerisindeyseler o zaman bu durum görmezden gelinemez. Önce İÇM teselli edilir ve yatıştırılır sonrasında ise seansın gündemine geçilebilir. Zaten İÇM'de meydana gelecek bir değişim kızgın çocuk ve uyum bozucu baş etme modlarının enerjilerini dağıtacaktır.

Kronik psikiyatrik durumlarla çalışmak için geliştirilen şema terapi pek çok çalışmada etkili bir yaklaşım olarak bulunmuştur (Bamelies ve ark., 2013; Cockram ve ark., 2010). SKB'nin sağaltımında Giesen-Bloo ve ark. (2006) şema terapiyi aktarım odaklı terapi ile karşılaştırmışlar ve pek çok açıdan şema terapinin etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çalışmaya göre şema terapi transferans odaklı terapiye göre tedaviyi bırakma oranları, iyileşme oranı ve maliyet açısından daha etkili bulunmuştur.

Farell ve ark. (2009) şema terapiyi grup formatına çevirip uygulamışlardır. 30 seans olarak SKB hastaları üzerine yapılan bu çalışmada grup şema terapinin SKB semptomlarında anlamlı düzeyde iyileşmeye yol açtığı bulgulanmıştır.

Ghaderi ve ark. (2016) tarafından İran'da sosyal fobisi olan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan 8 seanslık bir şema grup terapisinin katılımcıların sosyal anksiyete skorlarını düşürdüğü, olumsuz değerlendirilme korkusunu ve kaçınmayı ise azalttığı tespit edilmiştir.

Simpson ve ark. (2010) tarafından yeme bozukluğu tanısı olanlar üzerinde yapılan 20 seanslık şema grup terapisinin yeme bozukluğu semptomlarında düşmeye, anksiyete ve utançta azalmaya yol açtığı tespit edilmiştir.

Bachrach ve Arntz (2021) grup şema terapinin C kümesi kişilik bozukluklarında kaçınma davranışlarını azaltan ve semptomlarda azalmaya yol açan etkili bir yaklaşım olduğunu ifade etmektedirler.

Koppers ve ark. (2020) yapılan çalışmada kişilik bozukluğu olan hastalarda şema grup terapisinin etkili olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yetişkin modundaki güçlenme ile şemaların etkisinin azalmasının bu etkinin sebepleri olduğu ifade edilmiştir.

Skeves ve ark. (2015) tarafından yapılan 20 seanslık şema grup terapisinde karma kişilik bozukluğu tanısı bulunan (özellikle çekingen kişilik bozukluğu) 6 hastadan 4 tanesinde kişilik yapısıyla ilgili önemli değişiklikler olduğu ve bu hastaların son test ölçümlerine göre kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamadığı tespit edilmiştir.

#### **2.2.4. Şema terapinin bağımlılık ve anneleri incelendiği araştırmalar**

Literatür incelendiğinde madde bağımlılarının ailelerine dönük bir grup şema terapi müdahalesine rastlanamamıştır. Bundan dolayı aşağıda şema terapi ve bağımlılık ilişkisini ya da farklı sebeplerden ötürü çocuklarından dolayı sıkıntı yaşayan annelere dönük olarak yapılmış şema terapi müdahalelerine ilişkin araştırmalar aktarılmışlardır.

Madde kullanımı tesadüfi olarak ortaya çıkan bir durum değildir aksine madde kullanımıyla içinde bulunan duygular ve bu duyguları düzenleme gereksinimi arasında önemli bağlantılar vardır (Khantizan, 1997). Eroin kullanıcıları öfke gibi yoğun duygularını susturmak ve tamponlamak için eroini tercih edebilirler. Opiat kullanıcılarında geri çekilme ve tecrit etme güdüsü baskındır. Kokain gibi uyarıcı maddeleri kullananlarda ise özgüvenini ve öz yeterliliğini artırma, sosyalliğini geliştirme ve mutlu hissetme gibi motivasyonlar baskındır. Bu anlamda şema terapi açısından bağımlılık kaçınma ve aşırı telafi modlarıyla bağlantılıdır. Opiat ve türevi maddeler daha çok duygulardan kopmaya yol açtıkları için kaçınma baş etme biçimiyle ilişkiliyken kokain, metanfetamin ve ectcy gibi maddeler güç ve özgüvende artışa yol açtığı için aşırı telafi baş etme biçimiyle ilişkilidir. Aşırı telafi modlarıyla

daha çok ilişkili olan uyarıcı maddeler saldırganlık, cinsel istismar ve başkalarına saldırma gibi suçlara yönlendirebilmektedirler (Akt., Petr ve Katarina, 2020).

Ball'a (2000) göre bağımlılığın sebebi yoğun ve acı veren duyguları yatıştırma ve bastırma ihtiyacıdır. Kişilik bozuklukları ile bağımlılık arasında karmaşık ve çok yönlü etkileşimler söz konusudur (Verheul ve ark., 2009). Şema terapi kişilik bozukluklarının sağaltımında yeni umutlar vaat eden bir yaklaşım ve perspektif sunmaktadır. Kopuk kendini uyuşturan mod antisosyal kişiliklerde utanç ve suçluluk gibi psikopatik davranışları engelleyen duyguların daha az yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu insanlar maddeyi bıraktıktan sonra daha önceden deneyimleyemedikleri ve kendilerine ters olan toplumsal duyguları deneyimleyebilmektedirler. Kersten (2012) madde bağımlıları arasında 8 modun baskın olduğunu ifade etmektedir. Kopuk kendini uyuşturan, kopuk korungan, kırılğan çocuk, kızgın çocuk, DÇM, CEM, büyüklenmeci kendilik ve zorba-saldırgan modları madde bağımlıları arasında en yaygın modlardır. Boog ve ark. (2018) alkol ve kokain kullananlar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları bir çalışmada kokain ve alkol bağımlısı olan gruplarda kopuk kendini uyuşturan, kırılğan çocuk, dürtüsel çocuk ve CEM anlamı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kızgın çocuk modu ise sadece kokain kullanan grupta yüksek bulunmuştur. Alkol ve kokain kullananlar arasında modlar açısından bir farklılık tespit edilememiştir. Bu çalışmada Kersten'in modelinin aksine alkol ve kokain kullananlar arasında zorba ve saldırgan ile büyüklenmeci kendilik modlarında sağlıklı kontroller ile bağımlı gruplar arasında bir farklılaşma görülmemiştir.

Jalali ve ark. (2011) tarafından yapılan bir araştırmada madde bağımlılarının tüm şema boyutlarından anlamlı şekilde yüksek puan aldıkları rapor edilmiştir. Bu çalışmaya göre madde bağımlıları arasında en güçlü olan şemalar bağlanma ve kopukluk alanı içerisinde yer alan şemalardır.

Shorey ve ark. (2013a) madde bağımlıları ve onların partnerlerini erken dönem uyumsuz şemalar açısından kıyaslamışlar ve bu çalışmada madde bağımlılarının eşlerine göre daha çok erken dönem şemaya sahip oldukları tespit edilmiştir.

Petr ve Katarina (2020) tarafından yapılan bir araştırmada madde bağımlılarının kendini feda, onay arama, cezalandırılma ve yüksek standartlar şemalarından daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmiştir.

Shorey ve ark. (2014) tarafından madde bağımlısı kızlarla bağımlı olmayan kontrollerin karşılaştırıldığı bir araştırmada bağımlı grup 18 şemanın 16'sında kontrol grubundan daha yüksek puan almıştır. Bu araştırmada iki grup arasındaki en büyük farklılığı oluşturan şemalar terk edilme, yetersiz öz denetim, bağımlılık ve güvensizlik gibi şemalardır.

Shorey ve ark. (2013b) madde bağımlısı genç yetişkin erkeklerle bağımlı olmayan iki grubu erken dönem şemalar açısından kıyaslamışlardır. Madde bağımlısı olan grup kontrol grubuna göre 18 şemanın 9'undan yüksek puanlar almışlardır.

Karami ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada opiat kullanıcıları ile uyarıcı madde kullanıcıları erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmışlardır. Bu çalışmada güvensizlik, terk edilme ve yüksek standartlar şeması dışındaki tüm şemalardan uyarıcı madde kullanıcıları daha yüksek puanlar almışlardır.

Alevsaçanlar (2015) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlıları kusurluluk, güvensizlik, bağımlılık, dayanıksızlık, terk edilme, karamsarlık, başarısızlık ve cezalandırılma şemalarından daha yüksek puan almışlardır. Günaltay (2017) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise madde bağımlıları duygusal yoksunluk, terk edilme, kusurluluk, başarısızlık ve bağımlılık şemalarından daha yüksek puan almışlardır.

Mahoor ve Farzinfar (2017) tarafından sağır çocuğu olan annelerle yapılan 12 seanslık şema grup terapisinin annelerin psikolojik iyi oluşlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Shafei ve ark. (2022) tarafından yapılan bir araştırmada zihinsel engelli çocuğu bulunan annelere 10 oturumluk grup şema terapi uygulanmıştır. Şema terapisi alan grubun evlilik doyumlarında iyileşmelerin olduğu araştırmacılar tarafından rapor edilmiştir. Zihinsel engelli çocuğa sahip anneler yoğun bir utanç ve aşağılanma duygusu yaşayabilmekte ve toplumsal açıdan kendilerini dışlanmış gibi algılayabilmektedirler. Bu özellikler Ögel'in (2015) Bağımlılık ve Aile isimli kitabında madde bağımlılarının ailelerine yönelik olarak anlattığı özelliklerle benzerlikler içermektedir.

Dahmardeh ve ark. (2021) tarafından zihinsel engelli çocuğa sahip annelerle yürütülen 8 oturumluk bir şema terapinin annelerde sıkıntı toleransı ve dayanıklılıkları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Nozari ve ark. (2019) tarafından yürütülen bir şema terapi çalışmasının otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip annelerde evlilik doyumunu artırdığı ifade edilmiştir (Akt., Shafei ve ark., 2022).

Sabzi ve ark. (2022) tarafından annelere şema terapi temelli 12 seanslık ebeveynlik eğitimi yapılmış ancak eğitime katılan annelerin çocuklarına herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Bu çalışmada eğitime katılan annelerin çocuklarının güvensizlik, yüksek standartlar, başarısızlık, boyun eğme ve bağımlılık şemalarında anlamlı bir değişme saptanmıştır. Bu çalışma annelere yapılan müdahalelerin çocuklarda şema düzeyinde ne tür değişimler oluşturduğunu araştıran ilk çalışmalardan biridir.

### **2.3. Psikoeğitim**

Psikoeğitim son yıllarda uygulaması artan, eğitsel temeller üzerine kurulmuş bulunan ve yapılan çalışmalarla birçok psikiyatrik bozuklukta kullanılabileceği kanıtlanan bir sağaltım metodudur. Psikoeğitim ilk olarak şizofrenik bozukluğa sahip olan hastalar ve onların yakınları için uygulanmaya başlanmış sonrasında ise duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi bozukluklara doğru kullanımı genişletilmiştir. Psikoeğitim müdahalelerinin nüksü önleme, tedavi uyumunu artırma, baş etme becerilerini güçlendirme, ilaca uyumu sağlama, stres yönetim becerilerini kuvvetlendirme ve hastalığa ilişkin bilgi sağlama gibi hedefleri bulunmaktadır. Bunun yanında psikoeğitimin önemli diğer bir hedef kitlesi ise hasta yakınlarıdır. Özellikle şizofreni, duygudurum bozukluğu ve madde kullanımı gibi bozuklukların olduğu ailelerde ailenin hasta olmayan bireyleri ciddi bir stres ve gerginlik yaşamaktadırlar. Stres altında bulunan ve belirsizlik yaşayan aile fertlerine dönük yapılan psikoeğitim müdahaleleri ile hasta yakınlarına hastalıkla ilgili bilgi aktarımı yapılmaktadır. Ayrıca aile fertlerine çeşitli baş etme becerilerinin kazandırılması, iletişim becerilerinin artırılması ve stres yönetimi gibi konularda çalışmalar yapılması da amaçlanmaktadır. Aileye dönük yapılan psikoeğitimlerin hasta yakınlarının hayat kalitelerini ve yaşam doyumlarını artırdığı, sorun çözme becerilerini güçlendirdiği ortaya konulmuştur. Psikoeğitimin önemli işlevlerinden birisi de önleyiciliktir. Bu kapsamda yapılan psikoeğitim çalışmaları ile hastalıklar ya

da bozukluklar ortaya çıkmadan önlenmeye çalışılır. Psikoeğitim hastaya ve aile yakınlarına bireysel olarak uygulanabileceği gibi grup formatında da uygulanabilmektedir (Alataş ve ark. 2007; Civitçi, 2020; Duman ve Dorttepe, 2017; Şengün ve ark. 2011).

Bipolar bozukluk ataklarla giden ve nüks etme ihtimali yüksek olan bir bozukluktur. Bipolar bozukluğu olan kişiler hem kendilerini hem de ailelerinin yaşamlarını etkileyecek sorunlar yaşarlar (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bipolar bozukluğun nükslerinin engellenmesi açısından kişilere hastalıkla ilgili bilgilerin verildiği ve çeşitli psikososyal becerilerin kazandırdığı psikoeğitim çalışmaları etkili olmaktadır (Acar ve Buldukoğlu, 2014). Bunun yanında şizofreni hastalarının ailelerine çeşitli sosyal ve psikolojik baş etme becerilerinin kazandırılacağı psikoeğitim müdahalelerinin olması önemlidir. Zira bu hasta grubu kendilerinin yanında yakınları açısından da çeşitli sorunlara ve güçlüklerle yol açmaktadır (Gümüş, 2006).

### **2.3.1. Grup çalışmaları**

Önceden belirlenen çeşitli amaçlara ulaşmak amacıyla yürütülen, bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlayan profesyonel uygulamalar grup çalışması olarak adlandırılmaktadır. Grup Uygulamaları Sahasındaki Uzmanlar Derneği (McCarthy ve ark., 2022; Wilson ve ark., 2000) tarafından grup çalışmaları dört kategoriye ayrılmışlardır. Grup çalışmaları iş/görev grupları, grupla psikolojik danışma, grup terapileri ve grup psikoeğitimi olmak üzere dört alt gruba ayrılarak incelenebilirler.

#### **2.3.1.1. İş/görev grupları**

Okul ve iş alanlarında belirli ortak hedefleri gerçekleştirmek amacıyla bir araya gelen kişilerin oluşturdukları işbirliğine dayalı gruplardır (Gürçay ve ark., 2009).

#### **2.3.1.2. Grupla psikolojik danışma**

Hayatlarında çeşitli zorlanmalar yaşayıp bunlarla baş etmekte zorlanan normal bireylere yönelik olarak uygulanan grup müdahaleleridir. Genellikle okul ortamlarında veya psikolojik danışma merkezlerinde uygulanan grupla psikolojik danışma çalışmaları 3-9 ay arasında sürerler. Grup terapilerinden farklı olarak grupla psikolojik danışma orta ve ağır derecede psikiyatrik sorunlar yaşayan bireylere uygulanmaz ve kişiliği yeniden yapılandırmak gibi bir amaç taşımaz (Yalom, 2018a).

### **2.3.1.3. Grup terapileri**

Ciddi psikopatolojik sorunlar yaşıyan ve sınır ya da nevroitik kişilik özellikleri sergileyen bireylere dönük olarak yapılan ve kişiliği yeniden yapılandırmayı amaçlayan daha çok da psikiyatrist ve klinik psikologlarca uygulanan grup çalışmaları grup terapisi olarak adlandırılmaktadır. Bu tür grup çalışmalarında grup sürecinin terapötik faydalarından da istifade ederek derin kişilik sorunları analiz edilip çözümlenmeye çalışılır (Yalom, 2018b).

### **2.3.1.4. Grup psikoeğitimi**

Grup psikoeğitimi katılımcılara bilgi sağlamayı, yeni beceriler öğretmeyi ve sorunlarını çözmelerine yardımcı olmayı amaçlayan eğitsel yönü ağır basan yapılandırılmış grup müdahalelerini kapsamaktadır. Grup psikoeğitimi bazı açılardan grupla psikolojik danışma ve grup terapilerinden farklı niteliklere sahiptir. Grup psikoeğitiminin diğer grup yaklaşımlarına göre eğitsel ve önleyici yönü daha ağır basmakta ve grup psikoeğitimi şimdi ile burada dinamikleri çerçevesinde yapılan yaşantısal müdahalelerden ziyade yapılandırılmış bir formatla yürütülmektedir. Ayrıca psikoeğitim süre olarak diğer grup müdahalelerinden daha kısa sürmektedir. Grup terapileri genellikle altı ay ve üzerinde devam ederken grup psikoeğitimi daha kısa sürmekle birlikte bazen bir seansa kadar bile kısaltılabilmektedir. Diğer grup müdahale yaklaşımlarının seans süreleri yetişkinler için genellikle doksan dakika ve üzerinde olmaktadır ancak grup psikoeğitiminin bir seansı ortalama altmış dakika kadar sürmektedir. Grup psikoeğitimi yas, travma, depresyon, madde bağımlılığı, kanser, obezite, öz saygı, öfke kontrolü, sorun çözme, iletişim becerileri ve atılganlık gibi pek çok konuda başarılı şekilde kullanılmaktadır. Genellikle 8-12 katılımcıdan oluşan grup psikoeğitimleri ortalama olarak 6-20 seans arasında ve haftada bir oturum şeklinde gerçekleştirilmektedirler (Brown, 1998, 2018; Civitçi, 2020; Gürçay ve ark., 2009).

### **2.3.2. Grup psikoeğitiminin evreleri**

Bütün grup psikoeğitimlerinde başlangıç, çalışma ve sonlandırma evreleri bulunmaktadır (Jones ve Robinson, 2006). Başlangıç ve sonlandırma evreleri toplan grup sürecinin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadırlar. Bir grup psikoeğitiminde başlangıç ve sonlandırma evreleri için vakit ayrılması önemlidir. Bunun yanında çok daha kısa olan psikoeğitim programlarında başlangıç ve sonlandırma evreleri çok daha

kısa olabilmektedir. Aşağıda bu evrelerle ilgili detaylı açıklamalar Civitçi'nin (2020) bu konuyla ilgili kitabı dikkate alınarak aktarılmıştır.

### **2.3.2.1. Başlangıç evresi**

Grup süreci başlatıldığında üyelerin gruba uyum sağlamaları ve ısınmaları için belirli bir zamana ve çabaya gereksinim bulunmaktadır. Özellikle güven sorunu yaşayan ve utangaç bazı üyeler gruba çok daha zor adapte olmaktadır. Bu anlamda ilk birkaç seansın başlangıç evresi olarak belirlenmesi pozitif bir başlangıç yapabilmek açısından önemlidir. Grup psikoeğitimi hem daha kısa sürdükleri hem de eğitsel karakterleri baskın olduğu için üyeler arasındaki güvene dayalı ilişkilerin geliştirilmesine ikincil düzeyde önem verir fakat asgari olarak grup etkileşiminin ve sıcaklığının sağlanması için vakit ayrılması grup sürecine olumlu katkılar sunar.

### **2.3.2.2. Çalışma evresi**

Grup psikoeğitiminin en uzun evresi çalışma evresidir ve bu evre ortalama olarak grup programının %80'lik kısmını oluşturmaktadır. Bu evrede programın genel amaçlarına ulaşmak için teknik müdahalelerde bulunulur ya da hedef konu ile ilgili bilgi aktarımı yapılır.

### **2.3.2.3. Sonlandırma evresi**

Sonlandırma evresinde grup süreci boyunca nelerin öğrenildiğinin ve grup sürecinin katkılarının her katılımcı tarafından değerlendirilmesi ve paylaşılması önemlidir. Bu şekilde hem üyeler hem de grup lideri ne kadar bir ilerlemenin olduğunu ve eksik kalan tarafları değerlendirme imkanına sahip olacaktır. Ayrıca sonlandırma evresi grup üyelerine bir veda yapmayı da içermektedir.

## **2.4. Diyalektik davranışçı terapi ve kişilerarası ilişki becerileri**

Diyalektik Davranışçı Terapi Marsha Linahan (2020b) tarafından intihar girişiminde bulunan borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerin tedavisi için geliştirilen davranışçı bir terapi yaklaşımıdır. Linahan intihar girişiminde bulunan hastalarla çalışırken değişime ve problem çözmeye odaklanan davranışçı yaklaşımın yeterince fayda sağlamadığını görerek yeni bir arayış içerisine girmiş ve uzun bir araştırma ve uygulama süresinin sonunda ise kendi özgün yaklaşımını ortaya koymuştur. İlk olarak intihar için uygulanan DDT zamanla SKB, madde bağımlılığı, kendine zarar verme ve ebeveyn çocuk sorunları gibi pek çok popülasyonda başarıyla

uygulanmaya başlanmıştır (Köroğlu, 2017). DDT şu anda dünyada SKB sağaltımında kanıta dayalı olarak uygulanan ilk terapilerden biri olup ve etkinliği kanıtlanan birkaç yaklaşımdan da biridir (Canel, 2021; Manning, 2018).

#### **2.4.1. Diyalektik davranışçı terapinin felsefi ya da teorik temelleri**

Terapinin ana esası “diyalektiklik” ilkesidir. Diyalektik kavramı Hegel ile birlikte öne çıkan bir kavramdır ve bu kavram zıtlıkların bir araya gelmesinin ve birbirleriyle kaynaşmalarının sonucunda ortaya çıkan senteze atıf yapar. Bir görüş (tez) bir başka görüş (anti tez) ile çatışır ve bu çatışmadan her iki görüşünde bazı yönlerini yansıtan ve zıtlıkları bütünleyen başka bir görüş (sentez) ortaya çıkmaktadır. DDT sorun çözmeyi içeren değişim stratejileriyle mevcut durumu kabule odaklanan stratejileri birleştirir ve sentezler. Yani terapide zaman zaman danışanı değişime teşvik eden yaklaşımları kullanırken zaman zamanda kabule odaklanan stratejileri kullanır. Bu durum görünüşte büyük bir paradoks ya da çelişki olarak gözükse de aslında değişimin ve kabulün aynı anda var olması olası ya da mümkündür (Charpman ve ark., 2011; Charpman ve Gratz, 2015; Safer ve ark., 2013). Terapinin diğer bir saç ayağını davranışçılık oluşturur ve bu yaklaşıma göre düşünceler ve duygular da bir davranış olarak ele alınır. Diyalektik terapi davranışçı terapilerin öğrenme ile ilgili prensiplerini kabul ederek kendini bu davranışçı prensipler üzerinden inşa eder.

#### **2.4.2. Diyalektik davranışçı terapi ve psikopatoloji**

Bu yaklaşım psikopatolojiyi doğuştan getirilen biyolojik faktörlerle onaylamayan çevrenin kesişimiyle ortaya çıkan bir durum olarak ele almaktadır. Bazı çocuklar doğuştan zor ve kırılabilirliği yüksek bir mizaçla dünyaya gelmektedirler. Bu çocukların erken gelişim dönemlerinde onaylamayan bir çevreye sahip olmaları genetik olarak var olan yatkınlıklarla birleşince ortaya SKB çıkabilmektedir. Onaylamayan çevre bu yaklaşıma göre çocuğun duygularını onaylamayan ve düzenleme noktasında ona yardımcı olmayan temel bakım verenleri ifade etmektedir. Bundan dolayı DDT psikoterapi sürecinde duyguları onaylayarak kırılabilirliği en aza indirmeye çalışan bir psikoterapotik ortam oluşturmaya çalışır (Linehan, 2020b; Manning, 2018).

#### **2.4.3. Diyalektik davranışçı terapi süreci**

Bu yaklaşımla terapi dört aşamada ve dört modda gerçekleşmektedir. Terapinin aşamalarını Linehan (2020b) şu şekilde açıklamıştır.

## **1. Aşama**

Bu aşamada hayatı tehdit eden durumlar üzerinde çalışarak danışanın hayatta kalmasını zora sokacak davranışlar engellenmeye ya da azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu aşamada intihar, kendine zarar verme ve madde kullanımı gibi yüksek riskli eylemler ya da davranışlar hedef alınmaktadır (Köroğlu, 2017). Bunun yanında danışanın terapiyi sürdürmesini ve terapiye devamlılığını engelleyen davranışlar da bu aşamada ele alınarak ortadan kaldırılmaya çalışılırlar. Bunların içerisinde ise seanslara geç gelme ve seansları unutma gibi davranışlar aciliyetle çalışılması gereken durumları oluşturmaktadır. Bu aşamada hayatı ve terapiyi sürdürmeyi zorlaştıran durumlarla ilgili olarak yeni beceriler öğretilmeye çalışılır.

## **2. Aşama**

Bu aşamada danışanın aktif sorun çözme becerileri kazanması ve var olan becerilerini güçlendirmesi amaçlanır. Bunun yanında ikinci aşama danışanların pozitif duygusal deneyimlerinin artırılmaya çalışıldığı evredir. Ayrıca kişinin geçmişten getirdiği travma deneyimleri ve bunların bugüne olan yansımaları bu evrede ele alınarak çözülmeye çalışılır.

## **3. Aşama**

Üçüncü aşama danışanların güncel sorunlarının üzerine yoğunlaşılacak aşamadır ve bu aşamada danışanların özgüvenleri yükseltilmeye çalışılır. Terapi alan bireyle bu aşamada bireysel amaçlar belirlenerek bunlara adım adım ulaşılmaya çalışılmaktadır.

## **4. Aşama**

Bu aşama terapinin son aşamasıdır ancak DTT alan kişilerin çok az bir kısmı bu aşamaya geçmekte ya da üçüncü aşamadan sonra bu aşamada terapiyi devam ettirmeyi istemektirler. DDT'nin son aşaması anlamlı ve yaşanılabilir bir hayat inşa etmekle ilgili olduğu için bu evrede daha çok gelecek, maneviyat ve anlam gibi konular üzerinde durulmaktadır.

Terapinin dört aşaması DDT'de dört modda gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bu modlar bireysel terapi, grup beceri eğitimi, telefon koçluğu ve meslektaş konsültasyonudur (Köroğlu, 2017). Beceri eğitimleri daha çok grup beceri eğitimi modunda yapılmaktadırlar.

#### **2.4.4. Grup beceri eğitimi**

Diyalektik davranışçı terapi alan her danışan mutlaka bir grup beceri eğitimi programına ilk bir yıl içerisinde dahil olmalıdır çünkü bireysel terapilerde zaman kısıtlılığından dolayı beceri öğretimine yeterince vakit ayrılamamaktadır. Bu anlamda danışanlar bireysel terapilerini yürüten terapist dışında başka bir terapistin yürüttüğü grup beceri eğitimi programına dahil olurlar. Bu grup oturumları ana odaklanma, duygu düzenleme, distres toleransı ve kişilerarası beceri eğitimi olmak üzere dört modülden meydana gelmektedir. Grup beceri eğitimlerinde danışanların bu dört modülün her birini en az bir kere tamamlamaları istense de duruma göre bazen bu modüllerden birinin ya da birkaçının tamamlanması da yeterli olmaktadır. Danışanların durumuna göre bazen tek bir modülün çalışıldığı grup eğitim programları da açılabilir. Beceri eğitimleri zaman zaman bireysel olarak verilebilse de grup ortamının iyileşmeyi hızlandırıcı etkisinden dolayı beceri eğitimlerinin grup olarak verilmesi daha faydalı olmaktadır (Koroğlu, 2017; Linehan 2020b).

#### **2.4.5. Diyalektik davranışçı terapide yer alan beceri eğitimleri**

DDT’de dört ana beceri seti vardır. Bu beceriler ana odaklanma, stres toleransı, duygu düzenleme ve kişilerarası etkin olma becerileri şeklindedir. Aşağıda kişilerarası etkin olma becerilerine ilişkin detaylı açıklamalar yer almaktadır.

##### **2.4.5.1. Kişilerarası etkin olma becerileri**

DDT’de kullanılan kişilerarası etkin olma becerileri üç kısımda ele alınarak incelenir. Birinci kısımda ilişkilerde amaçlara ulaşmayı, ilişkileri korumayı ve özsaygıyı sürdürmeyi hedef alan beceri setleri yer alır. İkinci kısımda ilişki kurmayı, kurulan ilişkileri sürdürmeyi ve demode ve yıkıcı hale gelmiş ilişkileri sonlandırmayı içeren beceri setleri yer alır. Üçüncü kısımda ise orta yolda yürüme becerileri yer almaktadır. Aşağıda üç kısım detaylı olarak açıklanmıştır (Linehan, 2020a, 2020b).

##### **2.4.5.1.A. Kişilerarası temel etkin olma becerileri**

Bu başlık altındaki beceriler hayır deme, bir talepte bulunma ve ilişkisel sorunları ustalıkla idare edebilme becerilerini kapsamaktadır. Temel etkin olma becerilerini öğrenmek bunları birçok durumda başarıyla uygulayabilmek anlamına gelmez çünkü bu becerilerin etkin şekilde uygulanabilmesi için pek çok durumda bu becerilerin pratiğini yaparak ustalaşmak gerekmektedir. Aşağıda temel etkin olma

becerilerinden amaçların etkinliği, ilişki etkinliği ve öz saygı etkinliği becerileri detaylı olarak açıklanmıştır.

#### **2.4.5.1.A.1. Amaçlar Etkinliği**

Bu kısımdaki beceriler bireyin amacına ulaşması için gerekli olan becerileri kapsamaktadır ve bu beceriler “DEAR MAN” olarak kısaltılmaktadır. Bu becerilerin açılımı tanımlama (describe), duyguları ifade etme (express emotion), isteklerini ortaya koyma (assert wishes), pekiştirmek (reinforcement), farkındalığı sürdürmek (stay mindful), kendinden emin gözükme (appear confident) ve müzakere yapmak (negotiate) şeklindedir. DEAR MAN becerilerini kullanarak kişi kişilerarası ilişkilerde amaçlarına en etkili şekilde ulaşmaya çalışır.

#### **2.4.5.1.A.2. İlişki etkinliği**

Kişilerarası ilişkilerde kimi zaman hedeflere ulaşmanın yanında var olan ilişkinin zedelenmesini engellemek de önemlidir. Özellikle karşıdaki kişi ile ilişkiyi iyi şekilde sürdürmek önemli ise ilişkinin etkinliğini sağlamaya dönük beceriler daha önemli hale gelmektedirler. DDT’de ilişki etkinliğini sağlamaya dönük beceriler GIVE olarak kısaltılmaktadır. Bu becerilerin açılımı nazik olmak (be gentle), ilgili davranmak (act interested), onaylamak (validate) ve rahat tavır sergilemek (use an easy manner) şeklindedir.

#### **2.4.5.1.A.3. Özsaygı etkinliği**

Kişilerarası iletişimde amaçlara ulaşmanın ve ilişkiyi korumanın yanında öz saygıyı devam ettirmek de önemlidir çünkü kimi durumlarda değerlerden uzaklaşıldığında ya da pasif şekilde ilişki sürdürülmeye çalışıldığında öz saygı zedelenmektedir. DDT’de öz saygıyı etkinliği becerileri FAST olarak kısaltılmaktadır. Bu becerilerin açılımı adil olmak (be fair), pişmanlık duymamak (no apologies), değerlere sadık kalmak (stick to values) ve dürüst olmak (be truthful) şeklindedir.

#### **2.4.5.1.B. İlişki kurma, ilişkileri iyi şekilde sürdürme ve zarar verici ilişkileri sonlandırma becerileri**

Kişilerarası etkin olma modülünün ikinci kısmı yeni arkadaşlıklar kurmak ve bunları etkin şekilde sürdürmek isteyenlerle, yıkıcı ilişkilerden çıkmak isteyip çıkamayanlar içindir. Bu başlık altında yer alan beceriler üç başlık altında ele alınmaktadır.

#### **2.4.5.1.B.1. Yeni arkadaşlıklar ya da ilişkiler geliştirmek**

Kendini yalnız hisseden ve yeni ilişkiler kurmaya ihtiyaç duyan kişiler için bu becerilere sahip olmak önemlidir. Bu becerilerle kişi başkalarına kendinden hoşlanacak şekilde nasıl yaklaşacağını öğrenir ve diğerleriyle etkili şekilde konuşma konusunda yeni beceriler edinir.

#### **2.4.5.1.B.2. Ötekinin farkında olmak**

Ötekinin farkında olma becerisi ana odaklanma becerilerinden gözlemlene becerisini kullanmayı gerektirir çünkü kişi yargılamadan bilinçli bir farkındalıkla ilişki kurmak istediği kişiye ve kendi içsel süreçlerine odaklanır. Bu beceri peşin hükümlü, yargılayıcı ve eleştirel olmayı engelleyerek kişilerarası ilişkilerin etkililiğini artırır.

#### **2.4.5.1.B.3. Zarar verici ya da yıkıcı ilişkileri sonlandırma**

Yıkıcı ya da kişinin istismar edildiği ilişkiler doğgun bir hayat yaşamayı engelleyerek büyük bir handikap oluşturdukları için bu ilişkilerden kurtulmak veya bu ilişkileri sonlandırmak gerekmektedir. Yıkıcı ilişkileri sonlandırmak her zaman çok kolay olmamakta ve bu ilişkilerden kurtulmak uzunca bir zaman alabilmektedir. Kişilerarası etkin olma becerilerini kullanarak zehirli ya da toksik ilişkilerden en az zararla kurtulmayla ilgili farkındalık kazanılıp yeni beceriler edinilir. Bunun yanında kişinin içinden çıkmasının mevcut koşullarda mümkün olmadığı ilişkilerle ilgili daha az zarar görmek için yeni beceriler öğrenilir.

#### **2.4.5.1.C. Orta yolda yürüme becerileri**

Bu kısımda yer alan beceriler ergenler ve onların aileleriyle çalışmak için tasarlanmıştır. Diyalektik, onaylama ve davranış değiştirme stratejileri olmak üzere üç orta yolda yürüme becerisi bulunmaktadır.

##### **2.4.5.1.C.1. Diyalektik**

Diyalektik görüşü, ilişkilerde değişim yani sorun çözme ile kabul arasındaki dengenin kurulması ile siyah ve beyaz uçlardan ziyade orta yolda yürüyerek başkalarıyla ilişki kurmayı yansıtır. Bu anlamda danışana diyalektik düşünme becerisi kazandırılmaya çalışılır.

##### **2.4.5.1.C.2. Onaylamak**

Onaylama becerisi kişinin karşısındakinin düşünce ve duygularına yönelik empatik bir tutum takınmasıyla ilgilidir. Onaylama becerisi önceki kısımda anlatılan GIVE becerileriyle yakından ilişkilidir. Onaylama başkalarına yapıldığı gibi aynı

zamanda kişinin kendi duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına yönelik olarak da yapılır. Bu anlamda kişiye kendisini onaylaması ile ilgili beceriler öğretilir.

#### **2.4.5.1.C.3. Davranış değiştirme stratejileri**

Davranış değiştirme stratejileri edimsel koşullanmanın pekiştirme, söndürme, şekillendirme ve cezalandırma prensiplerini kullanarak istenmeyen davranışları azaltmayı istenen davranışları ise artırmayı hedefleyen becerileri içermektedir.

### **2.5. Bibliyoterapi**

İnsanların iyileşmelerine yardımcı olan kitap okuma faaliyeti ilk kez 1916 yılında Crothers tarafından bibliyoterapi olarak isimlendirilmiştir (McCulliss, 2012). Bibliyoterapinin kökenleri Eski Yunan'a kadar uzanmaktadır. Edebiyatın insanların iyileşmesinde bir araç olarak kullanılabilmesinin keşfi çok eskidir ve yüzyıllardan beri insanlar kitapları bu amaç doğrultusunda kullanmışlardır (Yılmaz, 2014). Bibliyoterapi hem ergenler hem de yetişkinler için kullanılan bir terapötik yöntemdir. Bibliyoterapiyle okuyucu spesifik bir alana ilişkin olan bir literatürle bağ kurar ve etkileşim ortaya çıkar (Bal, 2018). Bu yöntemin gruba ve bireysel uygulama biçimleri mevcuttur. Bu yöntemin gruba yararı grup üyelerinin modelleme yapabilme imkanlarını artırması ve geribildirim için fırsatlar barındırıyor olmasıdır (Pehrsson ve McMillen, 2005). Bibliyoterapi ile kurgusal anlatılar üzerinden okuyucunun özdeşimler kurması sağlanarak yani bilişsel simülasyonlar üzerinden zihindeki şemaların yeniden yapılandırılması amaçlanmaktadır (Okumuşoğlu, 2019). Okul ortamında bibliyoterapi depresyon, davranış sorunları ve madde kullanım sorunlarının önlenmesinde ve tedavisinde kullanılabilir (Bulut, 2010). Bibliyoterapi sadece klinik sorunlar için kullanılan bir yöntem olarak değerlendirilemeyip kişisel gelişim sağlama ve öz farkındalık gibi pek çok amaçla kullanılabilir. Ayrıca ulaşımının ve kullanımının kolay olması, uzun süreler bekleme mecburiyeti olmaması, bir terapist olmadan da uygulanabilmesi ve ekonomik avantajlar gibi sebepler de bibliyoterapiyi çekici bir yöntem kılmaktadırlar (Karagül, 2018).

#### **2.5.1. Bibliyoterapinin kullanım amaçları**

Bibliyoterapi aşağıda sıralanan bazı amaçlar için kullanılmaktadır (Öncü, 2012).

1. Kendinde var olan sorunların aynılarının ya da benzerlerinin başka insanlarda da olduğunu fark edebilme.

2. Kişinin kendine ve başkalarına dair farkındalık kazanması.
3. İnsan tabiatını anlama ve keşfetme.
4. Duygusal boşalım ve rahatlama sağlama.
5. Sorunların çözümüne dair alternatif seçenekler üretebilme.
6. Farklı durumlara uyum sağlama kapasitesini artırma.
7. Yeni tutum ve değerler geliştirme.
8. Kendi ve başkalarının davranışlarına objektif bir bakış açısı geliştirebilme.
9. Zor durumlarla yüzleşmeyi kolaylaştırmak.
10. Empati becerisinin gelişmesine yardımcı olmak.

## **2.5.2. Bibliyoterapi türleri**

### **2.5.2.1. Klinik bibliyoterapi**

Bu bibliyoterapi psikiyatrik bozuklukların sağaltımında tek başına ya da başka psikoterapilere yardımcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Klinik bibliyoterapi kişinin psikolojik sorunlarını çözmesi için kitaplardan yararlanmayı içerir. (Jones, 2006). Klinik bibliyoterapi her türlü duygusal ve davranışsal bozukluğun sağaltımında uygun bir yöntem değildir. Özellikle hafif ve orta şiddetli psikiyatrik bozuklukların sağaltımında etkili olmaktadır. Klinik bibliyoterapi daha çok bir uzmanın ya da terapistin nezaretinde uygulanan bir yöntemdir. Bunun yanında çeşitli psikiyatrik bozukluklar için yazılan kendi kendine yardım kitapları da birer klinik bibliyoterapi örneği olarak değerlendirilebilmektedir (Sevinç, 2019).

### **2.5.2.2. Özgün bibliyoterapi**

Bu bibliyoterapi daha çok edebiyat eserleri ile kullanılan bir bibliyoterapi türüdür ve bu türde okuyucunun eserdeki kişinin hayat hikayesiyle özdeşim ve benzerlikler kurmasını sağlayarak sağaltımı gerçekleştirme amaçlanmaktadır. Özellikle kurgusal roman ve hikayeler kullanılarak sürdürülen bu türde, kişi yapıtındaki anlatıyla kendi öz hikayesi arasında bağlantı kurarak duygusal bir boşalma ve rahatlama yaşar (Bal, 2018; Yılmaz, 2014).

### **2.5.2.3. Gelişimsel bibliyoterapi**

Gelişimsel bibliyoterapi kişilerin iyi oluşlarını artırmayı amaçlayan, bilgilendirici tarafı baskın olan ve farkındalık kazanma amacıyla başvuru bir bibliyoterapi türüdür (McCulliss, 2012). Bu bibliyoterapi türü okullarda öğrencilerin sorun çözme becerilerini artırmak amacıyla ve önleyici rehberlik hizmetleri

kapsamında kullanılabilir. Gelişimsel bibliyoterapi okul ortamlarında öğrenciler arasında istenmeyen sorunların ortaya çıkmasını engellemek, problem çözme becerilerini artırmak ve empati becerilerini geliştirmek amaçlarıyla kullanılabilir (Öncü, 2012).

### **2.5.3. Bibliyoterapinin aşamaları**

Bibliyoterapi özdeşim kurma, katarsis ve farkındalık (içgörü) olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmektedir (Öner ve Yeşilyaprak, 2006; Öner, 2007).

#### **2.5.3.1. Özdeşim kurma**

Özdeşim kurma aşamasında okuyucu kitaptaki olay örgüsü ve kahramanlarla kendi yaşadıkları arasındaki benzerlikleri keşfetmeye çalışır. Bir kitabın bir başkasının hayatında değişim ve dönüşüm oluşturması için kişinin hayatında bir yerlere dokunuyor olması gerekmektedir. Bu anlamda özdeşim kurma aşamasında kitapta anlatılanlarla kendi hayatı arasında benzerlikler kuramayanlar daha sonraki aşamalara geçemeyeceklerdir.

#### **2.5.3.2. Katarsis**

Edebiyat eserleri çoğunlukla sonu iyi biten ve kahramanların nihayetinde mutlu oldukları bir kurguya sahiptirler. Edebiyat eserlerinde iyilik kötülüğe, adalet haksızlığa ve doğru yanlışa nihayetinde üstün gelir. Bu anlamda edebiyat eserleri çaresizlik ve ümitsizlik duygularının çözülmesine, azalmasına veya dağılmasına yardımcı olurlar. Katarsis aşamasında kişi anlatılan hikayedeki kahramanın duygularını fark ederek kendi duygularıyla olan benzerliğini keşfeder ve kendi duygularıyla yüzleşir. Bu yüzleşme ise olumsuz duyguların boşalmasına ve olumlu duygulara evrilmesine yardımcı olur. Bir kahramanın duyguları üzerinden benzer duygular yaşayan danışanın duygularına ulaşmaya çalışmak özellikle duygularını açmakta zorlanan danışanlarda daha etkili bir yöntemdir.

#### **2.5.3.3. İçgörü**

Öyküdeki kahramanlarla özdeşim kurup duygularla yüzleştikten sonra sorunlu konulara dönüp bakıldığında yeni bir bakış açısının geliştirilmiş olması gerekmektedir. Bu aşamada artık problemlerin çözümüne odaklanılmaktadır ve kişi alternatif çözümler üreterek bunları hayata geçirmeye çalışmaktadır.

#### **2.5.4. Bibliyoterapinin uygulandığı sorun alanları**

Bibliyoterapi depresyondan kaygı bozukluklarına, travmaya ve yasa kadar pek çok psikolojik sorunun sağaltımında kullanılmaktadır. Bibliyoterapi oldukça ağır akut sorunların sağaltımında etkili bir seçenek değildir fakat daha hafif ve orta düzeyde seyreden duygusal ve davranışsal sorunlarda etkili olarak kullanılabilir. Alkol ve madde bağımlılığının sağaltımında tek başına bibliyoterapinin etkililiğinin düşük olduğu ifade edilmektedir. Bibliyoterapi bu psikiyatrik bozukluklarda uygulanan terapiyi pekiştirmek, güçlendirmek ve etkisini artırmak amacıyla kullanıldığında iyileşme sürecine önemli katkılar sunmaktadır (Sevinç, 2019). Bunun dışında depresyon (Bal, 2018), anksiyete bozukluklarında (Wootton ve ark., 2018), travma ve yasta da (De Vries, 2017) bibliyoterapi başarıyla kullanılabilir. David Burns'un (2020) "İyi Hissetmek" kitabı dünya genelinde depresyon sağaltımında kullanılan kitaplardan biridir. Kültekin Ögel'in (2015) "Bağımlılık ve Aile" kitabı da madde bağımlılarının aileleri için bir kendine yardım kitabı olarak kullanılmaktadır.

#### **2.6. Bağımlılık**

Bağımlılık bir maddeye, kişiye ya da davranışa karşı geliştirilen aşırı ve karşı konulması güç arzu ile karakterize olan ve bu madde, kişi ya da davranış olmadığında yoğun sıkıntı duyulmasına yol açan psikiyatrik bir bozukluğu ifade etmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2012). DSM-5'te bağımlılık "Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" başlığı altında ele alınmıştır ve toplamda on farklı tür bağımlılık yapıcı madde tanımlanmıştır. Kötüye kullanım ifadesi ise DSM-5'te ortadan kaldırılmıştır (Morrison, 2017).

Bağımlılık denildiğinde daha çok alkol ve madde bağımlılıkları akla gelmektedir ancak bağımlılık kavramı sadece alkol ve madde ile sınırlanamayacak derecede geniş bir spektrumu yansıtmaktadır. Alışveriş bağımlılığı, teknoloji bağımlılığı, cinsel ilişki bağımlılığı gibi pek çok durum bugün literatürde yer almaktadır (Tamam, 2015).

##### **2.6.1. Bağımlılık döngüsü**

Bağımlılık süreci birbiriyle bağlantılı olan sekiz döngüden oluşmaktadır (Ögel, 2015). Aşağıda bağımlılık döngüsünün sekiz aşaması listelenmiştir;

1. Bir kereden bir şey olmaz
2. Bir daha asla

3. Ben bağımlı olmam
4. İstersem bırakırım
5. Bu meret bırakılmaz
6. Bırakmalıyım artık
7. Artık bırakacağım
8. Bıraktım ve bir daha başlamam.

### **2.6.2. DSM-5 ve madde kullanım bozukluğu**

Bağımlılığın DSM 5'te (2014) yer alan kriterleri aşağıdaki gibidir. Madde kullanım bozukluğu tanısı konulabilmesi için aşağıdaki kriterlerin en az iki tanesinin on iki ay boyunca görülmesi ve madde kullanımının kişinin hayatında işlev kaybına yol açması gerekmektedir.

1. Maddenin tasarlanandan daha uzun süre boyunca kullanılmasıyla birlikte tasarlanandan daha büyük ölçüde madde alımının olması.
2. Madde kullanımını kontrol etmek ya da maddeyi tamamen bırakmak için sonuç vermeyen çabaların olması.
3. Madde kullanımıyla bağlantılı çeşitli davranışlara ya da etkinliklere fazla vakit harcama.
4. Madde kullanmaya dair güçlü bir isteğin olması.
5. Çeşitli yaşam alanlarında görevlerini yerine getiremeyecek düzeyde madde kullanımının olması.
6. Madde kullanımının çeşitli sosyal ve kişilerarası alanlarda ciddi işlev kayıplarına yol açmasına rağmen devam ettirilmesi.
7. Madde kullanımından ötürü çeşitli etkinliklere ayrılan zamanın kısıtlanması ya da bu etkinliklerin tamamen bırakılması.
8. Madde kullanımının tehlikeli olabilecek durumlarda da devam ettirilmesi.
9. Çeşitli psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıkların maddeye bağlı olarak var olduğunun bilinmesine karşın madde kullanımına devam edilmesi.
10. Maddeye karşı tolerans gelişmesi.
11. Madde kullanılmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin deneyimlenmesi.

DSM-5 (2014) sınıflandırma sisteminde bağımlılıklar dört başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlıklar şu şekildedir:

- Alkol/Madde İntoksikasyonu

- Alkol/Madde Yoksunluğu
- Alkol/Maddenin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar
- Alkol/Madde Kullanımı ile İlgili Tanımlanmamış Bozukluklar

### **2.6.3. Bağımlılıkla ilgili çeşitli kavramlar**

Aşağıda yoksunluk, tolerans, erken ve kalıcı remisyon kavramları açıklanmıştır (Ögel, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

#### **2.6.3.1. Yoksunluk**

Yoksunluk kavramı alkol veya madde alınmadığı zaman ortaya çıkan ve rahatsızlık uyandıran çeşitli fizyolojik ya da psikolojik durumlar için kullanılmaktadır. Uçucular ile hallüsinojen maddeler dışında bütün maddelerin kendilerine has yoksunluk ya da çekilme belirtileri bulunmaktadır.

#### **2.6.3.2. Tolerans**

Tolerans kavramı aynı miktarda alınan alkol ya da maddenin eski etkiyi oluşturmamasını ve eski etkiyi sağlamak için artan miktarlarda alkol ya da madde kullanımını tanımlamaktadır.

#### **2.6.3.3. Erken remisyon**

Erken remisyon kişinin alkol ya da maddeyi bıraktıktan sonraki üç ve on ikinci aylar arasında alkol ya da madde alınımının olmamasıdır.

#### **2.6.3.4. Kalıcı remisyon**

Kalıcı remisyon temiz kalmanın alkol ya da madde kullanımını bırakmayı takiben on ikinci ay sonunda da sürdürülüyor olmasını ifade etmektedir.

### **2.6.4. Çeşitli maddeler ve özellikleri**

#### **2.6.4.1. Esrar**

Esrar hem hallüsinojen hem de uyuşturucu özellikleri olan ve beyinde THC reseptörlerine bağlanarak etki gösteren bir maddedir. Esrarın ham maddesi kenevir bitkisidir ve bu bitkinin çeşitli kimyasal işlemlerden geçirilmesiyle esrar elde edilmektedir. Esrar dünyada oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır ve bu maddenin pek çok kullanış yöntemi bulunmaktadır. Türkiye’de esrar daha çok kova ismi verilen bir yöntemle ve sigara gibi içilerek kullanılmaktadır. Bunun yanında çeşitli yiyeceklere katılarak kullanıldığı yöntemleri de bulunmaktadır ancak bu yolla

alımlarda etki daha düşük olmaktadır. Esrar ilk alındığında motor koordinasyonunda bozulma, öfori, kaygı, zaman algısının yavaşlaması ve yargılamada bozulma gibi durumlara yol açabilmektedir. Esrarın etkileri iki veya dört saate kadar sürebilmektedir. Kronik esrar kullanıcılarında müzmin bir tembellik hali olan bir motivasyon eksikliği gelişmektedir. Bu kişiler sorumluluklarını yerine getirmekte ve gündelik hayatlarını işlevsel olarak idare etmekte oldukça güçlük çekmektedirler. Bunun yanında esrar kullanımı akciğerler üzerinde tahribata yol açarak akciğer kanseri başta olmak üzere pek çok kansere de yol açabilmektedir (Akvardar ve ark., 2012; Kılıç, 2016; Ögel, 2015).

DSM-5'e göre (2014) esrarın entoksikasyon belirtileri konjunktivaya kan oturması, iştahın artması, ağızda kuruma ve taşıkardi şeklindedir. Esrar yoksunluğu ya da kesilme belirtileri çabuk kızma ve saldırganlık, kaygılı duygudurum ya da bunaltı, uyku problemi, gerginlik ve huzursuzluk, iştahın azalması ve kilo kaybı, depresif duygudurum, karın ağrısı, ateş, ürperme hissi, baş ağrısı ve titreme gibi belirtilerdir.

#### **2.6.4.2. Eroin**

Eroin haşhaş bitkisinin çeşitli kimyasal işlemlerden geçirilmesiyle üretilmekte olup opiyat türevi bir maddedir. Bu madde kullanıldığında öforik etkiler oluşturarak kullanıcı üzerinde yatıştırıcı bir etki oluşturur. Eroin çok hızlı bağımlılık yapabildiğinden birkaç kerelik deneme niyetine olan kullanımlar bile çok güçlü bir bağımlılığın gelişmesine yol açabilmektedir. Eroin aliminyum folyo yöntemi ve enjeksiyon yapma gibi farklı yöntemlerle kullanılabilir. Enjeksiyon yöntemi ile eroin alındığında madde doğrudan kana karıştığı için daha yoğun bir etki yapmaktadır ancak bu yöntem enjeksiyon paylaşımına yol açtığından AIDS ve HIV gibi ciddi hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Eroin alındıktan az bir zaman geçtikten sonra etkilerini göstermeye başlar ve bu etkiler uzun bir süre boyunca devam eder. Sonrasında ise şiddetli bir yoksunluk dönemi başlar ve ardından kullanıcı tekrar eroin kullanmak zorunda kalır (Ögel, 2000).

Başlangıçta öforik olan etkiler zamanla bir duygusal ilgisizliğe ardından ise yargılama bozukluğuna kadar evrilebilir. Göz bebeklerinin daralması, uyuşukluk ve koma, dikkat ve bellekle ilgili problemler ve sözü ağızda geveleyerek konuşma eroin entoksikasyonunun çeşitli belirtileri arasında yer almaktadır. Eroin çok şiddetli ve dayanılması güç olan, günlerce devam edebilen ancak hayati tehlike oluşturmayan yoksunluk ya da çekilme belirtilerine yol açabilir. Disfori, bunaltı, terleme, titreme,

kas ağrıları, göz bebeklerinin genişlemesi, ishal, esneme, ateş ve uykusuzluk eroin yoksunluğunun en bariz belirtileri arasında yer almaktadır (Evren ve ark., 2012; Ögel, 2002).

### **2.6.4.3. Uyarıcılar**

Uyarıcı maddeler kısa süreli olarak enerji artışına ve cinsel libido yükselmesine yol açarlar ve bu maddelerin en çok bilinenleri ve kullanılanları kokain ve metanfetamin gibi maddelerdir. Kokain koka bitkisinden elde edilen ve piyasa değeri çok yüksek olan bir maddedir. Uzun süreli kokain kullanımı deride böceklerin yürüdüğü ile ilgili taktil halüsünayonların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Uyarıcı kullanımına bağlı bu dokunsal varsanılar “kokain böceği” olarak adlandırılmaktadırlar (Toy ve Kleman, 2015). Bu maddeler kısa süre içerisinde etkilerini göstererek yoğun haz duygularına yol açabilirler. Uyarıcı maddeler alınmalarından hemen sonra öfori, duygulanımda küntleşme, kişilerarası hassasiyet, tetikte olma ve gerginlik gibi belirtilere yol açabilmektedirler. Taşikardi ya da bradikardi, bulantı ve kusma, konfüzyonlar, terleme, iştahın azalması ve kilo verme, kan basıncının yükselmesi veya düşmesi gibi belirtiler uyarıcı entoksikasyonunun çeşitli belirtileridir. Bunun yanında uyarıcı madde kullanımı, madde alınımından kısa bir süre sonra çok şiddetli yoksunluk belirtilerinin yaşanmasına sebep olmaktadır. Uyarıcı alınımının durdurulmasından birkaç saat veya gün içinde yorgunluk, rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, yeme isteğinde veya iştahta artma gibi çeşitli yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Sadock ve Kaplan, 2016).

## **2.7. Alkol ve Madde Kullanıcıların Aileleri**

Madde bağımlılığı ve aile arasındaki ilişki karşılıklı ve döngüsel bir ilişkidir. Aile hem bağımlılığın gelişmesinde önemli bir role sahiptir hem de bağımlılık sorununun gelişmesiyle beraber bu problemde en çok etkilenen sistemdir.

Alkol ve madde kullanıcılarının yakınlarında depresyon, endişe, öfke, stres ve ilişkiyel çatışmalar sıklıkla görülmektedir (Meyers ve ark., 2005). Madde kullanıcılarının ailelerinde psikopatolojilerin görülme oranı daha yüksektir. Yüncü ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada madde kullanıcılarının ebeveynleri ile normal kontroller karşılaştırılmışlar ve bu karşılaştırmada madde bağımlılarının ebeveynlerinin %51’inde bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan ebeveynlerde ise bu oran %12’dir. Bu çalışmada madde bağımlılarının

ebeveynlerinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar duygudurum bozuklukları ile alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Ray ve ark. (2009) tarafından yapılan bir araştırmada madde bağımlılarının aileleri ile diyabet ve astım sorunları olanların aileleri karşılaştırılmış ve madde bağımlılarının ailelerinde depresyon, travma ve madde bağımlılığının görülme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Madde bağımlılarının birinci, ikinci ve üçüncü düzey yakınlarında da madde kullanımı normal popülasyona göre daha yüksektir (Evren ve ark., 2012).

Madde kullanımının sorunlu ebeveynlik davranışlarından mı kaynaklandığı yoksa ebeveynlerin sorunlarının madde kullanan çocuğa karşı bir tepki olarak mı sürdüğü konusu tartışmalıdır. Ebeveynlik ve madde kullanımı arasında tek yönlü bir ilişkiden çok, çift yönlü bir ilişkinin varlığını kabul etmek sorunun daha iyi anlaşılması noktasında aydınlatıcı olabilir (Aktürk ve Yaman, 2022; McGillicuddy ve Rychtarik, 2000).

Alkol bağımlılarının odaklarını alkol kullanmaya yönlendirmeleri dolayısıyla çocuklarıyla sıcak bir ilişki kuramadıkları ve bunun da çocuklarda psikopatolojiyi artırdığı öne sürülmüştür (Kültür ve ark., 2006). Ev içerisinde ebeveyn ve çocuklar arasında sağlıklı bir iletişimin olması çocukların dış dünyadaki madde kullanan akran gruplarına yaklaşmasında etkili olmaktadır (Yalman, 2019). Genetik etkiler ve yetiştirilme tarzları madde kullanımına yol açabileceği gibi madde kullanımının ortaya çıkması da hem ebeveynlerde hem de diğer aile fertlerinde depresyondan kaygı bozukluklarına kadar pek çok psikolojik bozukluğun gelişmesine sebep olabilmektedir.

Erken dönem hayat deneyimleri ve ebeveynlerin anne babalık pratikleri doğrudan ve dolaylı olarak alkol ve madde bağımlılığının gelişmesinde etkili olmaktadır. Madde bağımlılığının gelişmesine yol açan ebeveynlik tutumları çoğunlukla ebeveynlik spektrumunun iki ucunda yer alan tutumlardan meydana gelmektedir. Yelpazenin bir ucunda duygusal açıdan yoksun bırakan ve fiziksel açıdan istismar eden ihmalkâr ebeveynlik pratikleri yer almaktadır. Bu ebeveynlik tutumuna maruz kalan çocukların sevgi, güven, şefkat, rehberlik, bağlanma ve ilgi gibi temel psikolojik ihtiyaçlar yeterince karşılanmadığı için bu çocuklarda madde kullanımı gelişme riski daha yüksek olmaktadır. Diğer uçta ise çocuğa yeterince sınır koymayan, onu şımartan ve işgal eden ebeveynlik pratikleri yer almaktadır. Hayatın gerçekçi sınırlarıyla yeterince karşılaşması engellenen, aşırı özel ve haklı hissettirilen ya da

sürekli kontrol edilerek adeta işgal edilen bu çocuklarda da bağımlılık gelişme riski yüksektir (Ak ve ark., 2019).

### **2.7.1. Bağımlılığın aileye etkileri**

Bağımlılık dünya genelinde milyonlarca kişiyi etkileyen büyük çaplı ve küresel bir sorundur. Bağımlılık sadece kullanıcıları etkilemekle kalmayıp onların yakın çevrelerini ve ailelerini de ciddi şekilde etkilemektedir. Dünya genelinde madde bağımlılığının minimum 91 milyon aile üyesini etkilediği ifade edilmektedir ancak gerçek rakamın bu sayının çok daha üstünde olduğu tahmin edilmektedir (Copello ve ark., 2010c; Orford, 2012; Orford ve ark., 2013). Bir ailede madde kullanımının ortaya çıkması başta ebeveynler olmak üzere ailenin pek çok ferdinde utanç, kaygı, suçluluk ve öfke gibi duyguların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Alkol ve madde bağımlılığı aileyi pek çok açıdan etkilemektedir. Aile içinde alkol veya madde kullanımı sorunu ortaya çıktıktan sonra ailede yapısal ve fonksiyonel değişiklikler vuku bulurlar (Velleman ve Templeton, 2007).

Madde kullanımı sadece kullanıcının hayatını etkileyen bir sorun değildir. Bu sorun kullanıcının yanında kullanıcının yakın çevresinden de pek çok kişinin hayatını doğrudan etkilemektedir. Kullanıcı bireyin yanında en çok etkilenenler kullanıcıların eşleri, ebeveynleri, kardeşleri ve yakın akrabalarıdır. Bir madde kullanıcısı yakın çevresinden 4-6 kişinin hayatını ciddi şekilde etkilemektedir (Abbott, 2000). 35 yaşının altında uyuşturucu kullanan bireylerin %60 ila %80'i ya ebeveynleriyle beraber yaşamakta ya da ebeveynleriyle günlük iletişime geçmektedir (Baharudin ve ark., 2013). Madde kullanıcılarının %60-%80'i ya ebeveynleriyle yaşamakta ya da günlük olarak ebeveynleriyle yüz yüze veya telefonla iletişime geçmektedirler (Akt., Landau ve ark., 2004). Ibanga (2010) tarafından bağımlılıktan etkilenen ailelerle yürütülen bir çalışmada da kullanıcıyla beraber yaşamayan aile üyelerinin yarısı her hafta kullanıcı yakınlarıyla temasa geçtiklerini ifade etmişlerdir. Özellikle aile bağlarının güçlü olduğu kolektivist toplumlarda madde bağımlılarının aileleriyle beraber yaşamaların daha sık rastlanmaktadır (Baharudin ve ark., 2012).

Madde bağımlılığının aileler üzerindeki etkileri ülkelerden ülkelere farklılık arz etmektedir. Meksikalı kullanıcı yakınları için bağımlılığın en yıkıcı etkisi finansal veya ekonomik yıkımdır. Zaten gelir seviyesi düşük olan aileler birde madde kullanıcısı bireyin madde kullanımından kaynaklı ekonomik yükünü sırtlanmak zorunda kalmaktadırlar. İngiltere'de ise bağımlılığın aile üzerindeki en önemli etkisi

bireysel özgürlüğün kısıtlanması şeklinde algılanmaktadır. Pakistan Keşmir’de ise ailenin algıladığı en büyük etki onursuz hissetme şeklinde olmaktadır (Nadkarni ve ark., 2019). Her ne kadar aileyi etkileyen başat faktörler kültürden kültüre değişmiş olsa da bağımlılığın aileler üzerindeki etkileri evrenseldir (Church ve ark., 2018).

Ailenin bağımlılık süreciyle beraber yaşadığı sorunlar duygusal, ekonomik ve kişilerarası sorunlar şeklinde kategorize edilebilirler. Bağımlılık ilk öğrenildiğinden itibaren aile uzunca bir süre duygusal bir karmaşanın içerisine düşebilir. Utanç duygusu ebeveynlerin kendilerini yargılamalarına ve durumu saklamalarına yol açabilir. Suçluluk duygusu ise ebeveynlerin kendilerini bu sorunun baş müsebbibi olarak görmelerine yol açacağı için aşırı ve gereksiz fedakarlıklara sebep olabilir (Ögel, 2015). Madde bağımlılarının aileleri kayıp duygusuyla beraber derin bir psikolojik acı, hayal kırıklığı mutsuzluk ve öfke deneyimlemektedirler (Daykes ve Casker, 2021). Ergenlerin madde kullanımı ebeveynlerin endişelerini tetikleyebilir ve ebeveyn endişesini yönetemediğinden ötürü ergenin bağımlılığına etkin şekilde cevap vermekte güçlük ya da zorluk yaşayabilir (Toumbourou ve ark., 1997).

Aile üyeleri madde kullanıcısının yanlışları dolayısıyla ciddi bir ekonomik ya da mali darboğaza girebilmektedirler. Madde kullanıcısının kullandığı maddelerin parasını aileden temin etmesi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Ailenin parasının bitmesi ya da para vermeyi kabul etmemesi gibi durumlarda ise kullanıcı birey evden çeşitli eşyaları çalarak satma yoluna gidebilmektedir. Kimi durumlarda ise madde kullanıcısı ailesini korkutarak ve tehdit ederek para temin etmeye çalışmaktadır. Bunların yanında madde kullanıcıları pek çok kez arkalarında yüklü meblalarda borçlar bırakabilmektedirler. Aile ise çocuklarının daha da kötüye gitmesini engellemek maksadıyla bu borçları ödeme yoluna gitmektedir fakat bu borçlanmaların bir türlü ardı arkası kesilmediği için aile ekonomik açıdan zora düşmektedir (Copello ve ark., 2010c; Groenewald ve Bhana, 2016; Köroğlu, 2018; Orford ve ark., 2010a; Ögel, 2015).

Ailede madde kullanımının olması eşler arasındaki çatışmaları artırarak boşanmalara sebep olabilir. Aile üyeleri büyük bir tükenmişliğin ve çaresizliğin içerisine girerek birbirlerini suçlamaları bağımlı ailelerinde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Ayrıca madde kullanımının olduğu ailelerde iletişim sorunları çok fazladır. Eşe ve aile üyelerine şiddet uygulama, sık sık tartışma ve kavga etme ciddi bir iletişimsizliğe sebep olmaktadır (Sharps ve ark., 2001). Bağımlı birey sık sık agresif

ve saldırgan davranışlar sergileyerek aile içerisinde sıkıntıya yol açmaktadır (Erdim, 2019; Jackson ve ark., 2007; Suchman ve ark., 2013). Bağımlılık ailenin sosyal ilişkilerinde de bozulmalara yol açmaktadır. Aile zamanla içe kapanmakta ve kendini dış çevreden izole etmektedir. Pek çok sorunla baş etmek durumunda kalan aile üyeleri uzunca bir dönem acı çekerek yaşamak zorunda kalmaktadırlar (Groenewald ve Bhana, 2016).

Bağımlıktan etkilenen aile üyeleri bu sorunla çeşitli şekilde baş etmeye çalışmaktadırlar. Zuckerman ve Gagne (2003) kendini suçlama, duygusal başa çıkma, hedeften uzaklaşma, başkalarını suçlama ve kaçınma şeklinde beş farklı başa çıkma tepkisinden bahsetmektedirler. Çocuklarında madde bağımlılığı olan ailelerde kaçınmadan kendini cezalandırmaya kadar farklı baş etme tepkileri görülebilmektedir. Madde bağımlısı yakını bulunan ailelerin bağımlıların şiddet ve saldırganlık davranışlarıyla dört şekilde baş etmektedirler. Bu baş etme biçimleri bağımlıyı tetikleyecek davranışlardan uzak durmak, dışardaki aktiviteleri sınırlandırmak, kullanıcıyla fiziksel yakınlığı azaltmak ve güvenlik birimlerine şikâyette bulunmak şeklinde kategorize edilebilirler (McCann ve ark., 2017; McCann ve Lubman, 2018a; McCann ve Lubman; 2018b). Madde kullanan çocuğa sahip aileler yaşadıkları sorunlarla baş etme konusunda kendilerini yetersiz görmektedirler. Bu anlamda yapılacak çalışmalarla ailenin öz güveninin ve yetkinlik seviyesinin artırılması önemlidir (Bohart ve Tallman, 1999).

### **2.7.2 Alkol ve madde kullanıcılarının ailelerinde görülen tutumlar**

Aile üyelerinden birinde bağımlılık ortaya çıktıktan sonra ailede bazı tutumlar ortaya çıkmaktadır. Bu tutumlara uzunca bir süre tutunmak ise bağımlılığın kökleşmesine ve sağlıklı baş etme mekanizmalarının kullanılmamasına yol açabilmektedir. Aşağıda Ögel'in (2015) bu tutumlara ilişkin verdiği bilgiler yer almaktadır.

Bu tutumlardan biri madde kullanıcısı bireyin merkeze alınmasıdır. Aile bir bağımlının varlığı öğrenildikten sonra aile tüm odağını bu kişiye yöneltmektedir. Ailenin tüm öncelikleri madde kullanan kişi için ertelenmekte ve ötelenmektedir. Ailenin tüm amacı kullanıcıyı bu çukurdan çıkarmaya çalışmak şeklinde yeniden yapılandırılır. Artık tüm üyeler kullanıcı birey madde kullanmasın veya maddeyi bıraksın diye seferber olmuş durumdadırlar. Ailenin kullanıcı üyesini merkeze alma tutumu çeşitli dezavantajları da beraberinde getirir. Zira aile uzunca bir süre diğer

üyelerinin ihtiyaçlarını görmezden gelir ve öterler. Bu süreç diğer aile fertlerinde bir ihmâl edilmişlik ya da yok sayılmışlık psikolojisi doğurabilir. Ailenin pek çok aktivitesinin madde kullanıcısı birey için erteleniyor olması ailede bir odak daralmasına yol açarak ailenin aynı noktaya saplanıp kalmasına yol açabilir.

Ailede görülen bir diğer tutumda madde kullanımını herkesten saklamaya çalışma tutumudur. Özellikle utanç duygusu dolayısıyla aile ortaya çıkan bu durumu başkalarının duymasından endişe edebilir. Bu süreçte aile üyeleri, el birliğiyle bu sorunun ev duvarlarından dışarıya sızmasını engellemeye çalışırlar. Bağımlılığı başkalarından saklamaya çalışmak uzun vadede sorunu çözmek yerine daha da artmasına yol açabilir ve sağlıklı adımların atılmasını engelleyebilir. Ailenin saklama girişimleri zamanla ailenin sosyal bağlarını zayıflatarak izolasyona ya da içe kapanmaya yol açabilir.

Ailede görülen bir başka zararlı tutumda hemen bu süreci sonlandırmaya dönük olarak yapılan aceleci hamlelerdir. Aile bağımlılık süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı için radikal hamleler yaparak sorunu hemen ortadan kaldırdığına inanabilir. Aile uzun vadede bu sorunla boğuşmayı istemediği için tek seferde bu işi kökünden bitirecek bir arayışın içerisine girebilir. Aile, bağımlılığın uzun erimli mücadele gerektiren bir sorun olduğunu uzunca bir zaman sonra kavrayabilmektedir.

### **2.7.3. Alkol ve madde kullanıcılarının ailelerinde rol dağılımları**

Alkol ve madde bağımlılığının olduğu ailelerde aile içindeki rol dağılımları çeşitli kategorilere ayrılarak incelenebilir. Bu kategorilendirme Wegscheider-Cruse (1981) tarafından yapılmıştır. Bunlardan ilki “baş yapıcıdır”. Bu rolde bulunan kişi eğer eşte bağımlılık varsa öteki eş, ebeveynlerde bağımlılık varsa çoğunlukla en büyük çocuk, çocuklarda bağımlılık var ise o zamanda büyük ihtimale ebeveynler olmaktadır. Baş yapıcı konumunda bulunan kişi yapıcı özelliğiyle dikkat çeker ve baş yapıcı aileyi yeniden yapılandırmaya çalışır. Madde kullanıcısının sorumluluğu büyük ölçüde baş yapıcının omuzları üstündedir ve bu kişi yaptıklarıyla adeta ailenin kahramanı haline gelmiştir (Erdim, 2019).

İkincisi ise “şamar oğlan veya günah keçisidir”. Bu rolde bulunan kişi ailenin sevilmeyen üyesidir. Şamar oğlanlar ailedeki tüm okların hedef tahtası gibidirler ve pek çok olumsuzluktan dolayı suçlanırlar (Ögel, 2015).

Ailede görülen rollerden bir diğeri de “yitirilmiş çocuktur”. Bu rolde bulunan kişi şamar oğlan gibi dikkatleri üzerine çekmek istemez. Aksine kendini olabildiğince gizlemeye ve saklamaya çalışır ve yitirilmiş çocuğun evde varlığı ve yokluğu belli değildir. Aile tüm odağını ve enerjisini bağımlı üyesine verdiği için yitirilmiş/kayıp çocuğun ihtiyaçları görülmemektedir (Mutlu, 2008).

Madde bağımlılığının görüldüğü ailelerdeki bir diğeri rolle “maskot veya şaklabandır”. Bu rolde bulunan kişi mizahi yeteneğiyle ve şakacılığıyla ailenin dikkatini madde bağımlılığı sorunundan eğlenceli şeylere çekmeye çalışır. Bu üye genellikle altta yatan korku ve endişe gibi duygularını mizahla baskılamaya çalışmaktadır. İlgi kendisinin üstünde olduğunda iyi hisseden bu üye sık sık mizahi şeylerle dikkatleri kendi üstüne çekmeye çalışmaktadır (Erdim, 2019; Gladding, 2012).

#### **2.7.4. Alkol ve madde kullanıcılarının aileleri için müdahale yöntemleri**

Madde bağımlılığının sağaltımında pek çok yaklaşım önerilmiştir. Uzun yıllar boyunca kullanıcı birey içinde yaşadığı konteksten bağımsız bir birim olarak sağaltılmaya çalışılmıştır. Kullanıcı bireyin beraber yaşadığı sistemlerden soyutlanarak sağaltılmaya çalışılması bağımlılık tedavilerinin eksik ve yetersiz kalmasına yol açmıştır. Son yıllarda ise kullanıcının sağaltımının yanında kullanıcıyla ilişkide bulunan alt sistemlerin de tedaviye katılmalarının tedavinin başarısını artıracığı tespit edilmiştir. Templeton (2010) bağımlılıkta aile odaklı yaklaşımların hala çok yetersiz olduğunu ve emekleme döneminde olduğunu ifade etmektedir. Sağaltım açısından kullanıcılara aşırı odaklanılması ailenin ihmeline yol açmıştır (Dykes ve Casker, 2021).

Bağımlılık tedavileriyle ilgili klasik yaklaşım alkol ve madde bağımlısı birey üzerine odaklanan ancak onun çevresinde yer alan unsurları görmezden gelen, ihmal eden ve yok sayan yaklaşımdır (Rane ve ark., 2017). Bu yaklaşım aile üyelerinin tedavi sürecine katılmalarını yeterince önemsememektedir. Bu durumunsa farklı sebepleri bulunmaktadır. İlk sebep uzun yıllar boyunca ailenin bağımlılık sürecine etkisinden dolayı suçlanmış olmasıdır. Bağımlılık ve aile ilişkisi incelendiğinde pek çok çalışma daha çok ailenin ve özellikle ebeveyn tutumlarının bağımlılığın gelişmesindeki rolü üzerinde durmaktadır. Bu durum ise ailenin bağımlılığın gelişmesinde baş aktör olduğu gibi bir çıkarıma yol açmış bulunmaktadır (Orford ve ark., 2010a, 2010b; Toumbourou, 1994). Ailenin sorunun gelişimine katkı sunan yanı sıra ön plana

çıkartılırken ailenin aynı sorunun çözümüne sunacağı katkı gözden kaçırılmaktadır (Hornberger ve Smith, 2011). Klasik modeller aile üyelerini hep yardımcı unsur olarak görmüş ve sağaltımın merkezine yerleştirmemişlerdir. Ayrıca bu modeller bağımlının yanında aile üyelerini de merkeze alarak onlarla çalışmayı çok sempatik bulmamışlardır (Selbekk ve ark., 2015). Her ne kadar ebeveyn tutumlarının ve aile içindeki ilksel deneyimlerin madde bağımlılığının gelişmesinde önemli rolleri olsa da bağımlılığın gelişimi çok daha kompleks ve iç içe sebeplerin bir arada değerlendirilmesiyle anlaşılabilir. Ailenin sağaltım sürecinden dışlanmasının bir diğer sebebi ise ekonomiktir. Bağımlılık tedavileri ve sorunu ülkelerin ekonomileri açısından ciddi bir yük teşkil etmektedir. Bu kadar yükün yanında bu iş için ayrılacak kaynaklar ve kullanılacak imkanlar ise sınırlıdır. Bundan dolayı da yakın zamana kadar kısıtlı kaynaklar hep kullanıcının sağaltımı için seferber edilmiş ya da kullanılmıştır.

20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren bağımlılıkların tedavisinde hâkim paradigma olan sadece kullanıcı bireye odaklanma yaklaşımı terk edilmeye başlanmıştır. Özellikle Joan Jackson'un çalışmaları bu paradigma değişiminde etkili olmuşlardır. Alkol bağımlılarının kendi kendilerine yardım etmelerinden oluşan AA (Adsız Alkolikler) modeli Jackson'un öncülüğünde kapsamını içine içicilerin yakınlarını da dahil edecek şekilde genişletmiştir. Bu anlamda AA'nın bir uzantısı olan ve içicilerin yakınlarının kendi kendilerine ve birbirlerine yardım etme prensibine dayanan Al-Anon modeli doğmuştur (Yalom, 2008). Bağımlılık tedavilerine aile üyelerinin dahil edilmeleri nüksü azaltmada önemli bir faktördür. Ayrıca çeşitli psikolojik müdahalelerle becerilerini ve farkındalığını yükselten aile üyeleri bağımlı üyeye olan ilişkilerinde kendilerinin sabotaj niteliğindeki davranışlarına daha çok sınır koyabilmektedirler. Bunun yanında sürece dahil olan aile üyeleri yeniden maddeye dönüşün erken işaretlerini daha iyi tanıyarak bağımlı üyenin temiz kalmasına yardımcı olabilmektedirler (Gruber ve ark., 2001). Kahyaoğlu ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada madde kullanıcılarının tedavilerine ebeveynleri de dahil edilmişlerdir. Ebeveynleri üç ve daha fazla seans alan bağımlıların daha az destek alan ebeveynlerin çocuklarına göre tedavide kalma oranlarında artış madde tüketim miktarlarında ise düşüş görülmüştür.

Literatür incelendiğinde aile fertlerinin bağımlılık tedavilerindeki rollerini ve konumlarını ele alan üç farklı yaklaşım tarzının olduğu görülmektedir (Copello ve ark., 2005). Aileye yönelik çeşitli müdahaleler değerlendirildiğinde hem alkol ve madde

kullanıcısını tedaviye dahil etme maksadıyla geliştirilen yaklaşımların hem de aile terapilerinin bağımlı bireyin tedaviye başlamasından bağımsız olarak aile üyelerinin refahını ve psikolojik işlevselliğini önemsedikleri görülmektedir (Garrett ve ark., 1998; Meyer ve Kayo, 2003). Ayrıca aile üyelerini merkeze alan 5 Adımlı Model gibi yaklaşımların da belirli ölçüde madde kullanımı gibi konularda aileye bilgi vererek aile refahının yanında bağımlı üyeyi de dikkate aldıkları görülmektedir (Orford ve ark., 2017).

#### **2.7.4.1. Aileyi alkol ve madde kullanıcısını tedavi edebilmek için yardımcı bir araç olarak gören yaklaşımlar**

Yaklaşımların ilki aileyi madde bağımlısını tedaviye sokma konusunda eğitmeyi amaçlayan yaklaşımlardır. Bu bakış açısı aileye çeşitli beceriler kazandırarak ve ailenin yetkinliğini artırarak kullanıcı birey üzerinde etki oluşturmayı amaçlamaktadır. Madde kullanıcıları tedavi olmayı kolay kolay kabul etmemekte veya etseler bile tedaviyi sonuna kadar devam ettirme noktasında sorunlar yaşamaktadırlar. Ayrıca madde kullanımında yeniden başlama ya da nüks çok görülen bir durumdur (Ögel, 2015). Tüm bu durumlar madde kullanıcılarının tedavi olma konusundaki zorluklarını yansıtmaktadır. Tedaviye direnme veya tedaviyi kabul etmeme, tedaviyi yarıda bırakma ve yeniden dönüş sağlama gibi sıklıkla karşılaşılan güçlükler ailenin bağımlılıkla ilgili farkındalık geliştirmesinin ve baş etme becerilerini kuvvetlendirmesinin önemine işaret etmektedir. Birinci bakış açısını yansıtan yaklaşımlar merkeze bağımlı bireyi koysa da aileyi de bağımlılık sağaltımında süreci kolaylaştıracak bir unsur olarak konumlandırmaktadır. Aile üyelerinin tedaviye katılmaları madde kullanıcılarının tedaviye katılmalarını kolaylaştırmaktadır. Ailenin kullanıcı üzerinde değişim baskısı oluşturması kullanıcı bireyin kullanım alanlarının kısıtlanarak tedaviye dahil olmasına yardımcı olmaktadır (Meyers ve ark., 1999; Smith ve Meyers, 2004). Aile, farkındalığını ve becerilerini artırarak tedaviye başlama konusunda bağımlı üyesine baskı ve yönlendirme yapabilir (Daley, 2013).

Aile üyeleri üzerinden bağımlı bireyi etkilemeye dönük ilk müdahale yaklaşımı Johnson Enstitüsü Modeli'dir (Johnson, 1976, 1986). Bu metodun altı aylık süreç içerisinde bir çalışmada madde bağımlılarının %25'ini diğer bir çalışmada ise %30'unu bağımlılık tedavisine dahil etmede etkili olduğu ifade edilmiştir (Landau ve ark., 2004). Johnson modeli oldukça sert, çatışmacı ve yüzleştirici bir metot olduğundan pek çok aile bu yöntemi uygulama konusunda çekimser kalmaktadır

(Barber ve Gilbertson, 1997; Miller ve ark., 1999). Bu model aşırı yüzleştirici olduğu için ailelerin bu modelin yüzleştirici doğasına kısa zamanda alışmaları zor olmaktadır (Lewis, 1991). Genel olarak bu metodun alkol ve madde kullanıcılarını tedaviye dahil etme oranları düşüktür (Garrett ve ark., 1998).

CRAFT (Topluluk Güçlendirme ve Aile Eğitimi Yaklaşımı) bağımlılık ve aile sağaltımında kullanılan önemli yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım aileyi madde kullanıcısında değişim sağlayacak şekilde güçlendirmeyi ve eğitmeyi amaçlamaktadır (Archer ve ark., 2020; Kirby ve ark., 2017). CRAFT müdahalesi 8 oturumlu bir aile eğitimiyle edimsel koşullanma prensiplerini kullanarak alkol ve madde kullanıcısının alkol ve madde kullanım davranışını şekillendirmeye çalışmaktadır (Meyer ve Kayo, 2003). Miller ve ark. (1999) tarafından yapılan bir çalışmada CRAFT seanslarına katılan alkol kullanıcılarının yakınları olan aile üyelerinin kullanıcı bireyin tedaviye başlayıp başlamamasından bağımsız olarak depresyon ve öfke semptomlarında düzelmelerin olduğu gözlemlenmiştir. Dutcher ve ark. (2009) tarafından madde kullanıcılarının yakınlarıyla yapılan bir çalışmada CRAFT yaklaşımı hem bağımlı bireylerin %55-65 aralığında tedaviye katılımını sağlamış hem de aile üyelerinin depresyon, öfke ve kaygı semptomlarında iyileştirmeler oluşturmuştur. Brigham ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada CRAFT modeli ufak bir revizasyonla CRAFT-T haline getirilmiş ve bu model opiat idame tedavisinde bulunan bireylerle ailelerine uygulanmıştır. İki seans bağımlı bireylerle aileleri terapiye beraber katılmışlar ardından ise 10 seans aile üleriyle çalışılmıştır. Sonuç olarak CRAFT-T'nin uyuşturucu kullanım günlerinde azalmaya yol açtığı ancak yine de genel nüksün ve uyuşturucu kullanımının yüksek olduğu rapor edilmiştir. Manuel ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada grupta yapılan CRAFT'ta katılan bağımlı olmayan kişilerin madde kullanıcısı yakınlarının %60'ının, bireysel CRAFT'ta katılanların yakınlarının ise %40'ının tedaviye dahil oldukları ifade edilmiştir. Bu yaklaşım alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılık tedavilerine dahil olmalarında da etkili bir yaklaşımdır (Dutcher ve ark., 2009; Kirby ve ark., 1999; Kirby ve ark., 2017; Meyers ve ark., 1999; Meyers ve ark., 2002; Miller ve ark., 1999; Roozen ve ark., 2010). CRAFT gibi modeller bağımlı birey üzerinde baskı oluşturup onun tedaviye dahil olmasını ve ayrıca bağımlı olmayan yakınların da hayat doyumlarının ve mutluluklarının yükseltilmesini hedeflemektedirler.

Aile üzerinden madde kullanıcısını etkilemeyi ve tedaviye dahil etmeyi amaçlayan bir diğer yaklaşım da Johnson modelinden esinlenerek ve onu geliştirerek geliştirilen ARISE yaklaşımıdır. Bu yaklaşım üç aşamalı bir süreçle alkol ve madde kullanıcılarını tedaviye dahil etmeye çalışmaktadır. ARISE modelinin alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılık tedavisine dahil olmalarındaki etkililiği üzerine pek çok çalışma bulunmaktadır (Garrett ve ark., 1998; Landau ve Garret, 2013). Landau ve ark. (2004) ARISE modeliyle bağımlı bireyin üç hafta içinde tedaviye katılacağını ancak diğer modellerle bunun 4-26 hafta sürebileceğini iddia etmektedir. ARISE müdahalesi bağımlıların %83'ünün üç hafta içerisinde tedaviye dahil olmasında etkili olmuştur. ARISE müdahalesi ilk seviyede madde kullanıcılarının %56'sının tedaviye dahil olmasını sağlamaktadır (Landau, 2013).

Galanter'in ağ terapisi yaklaşımı alkol kullanımının sağaltımında kullanıcının arkadaşlarını ve yakın çevresini de sürece dahil ederek çok geniş bir bağlamda sağaltımı sağlamaya çalışmaktadır (Galanter, 1993a, 1993b; Galanter ve ark., 2004; Guebaly ve ark., 2020).

Tek kişilik aile terapileri tedaviyi kabul etmeyen alkol ve madde kullanıcılarının tedaviye dahil olmalarında etkili olmaktadır. Özellikle alkol ve madde kullanıcılarının eşlerinin tek taraflı olarak tedaviye dahil edildikleri çalışmalarda tek taraflı terapinin tedaviyi kabul etmeyen eş üzerinde rehabilite edici bir etkisinin olduğu görülmüştür. Tek kişilik aile terapisi yaklaşımları bağımlı kişilerin tedaviye dahil olmalarında ve alkol tüketiminin azalmasında etkili olmaktadır (Thomas ve ark., 1990; Thomas ve Ager, 1993; Thomas ve ark., 2018). Aile üyelerinin terapiye alınması tek başına bağımlı aile üyesinin içmeyi bırakmasında etkili olmayabilir. Bağımlılık sahasında aileyi hedefleyen yaklaşımlar sadece bağımlı bireyin alkol ve madde kullanma davranışını değiştirmeyi hedeflememektedirler. Bu müdahale programları içme davranışının çevresinde yer alan ve ona yakınlık oluşturabilecek ilişki sorunları çözmeye ve aile mutluluğunu artırmaya da odaklanmaktadır (Velleman, 2006).

#### **2.7.4.2. Alkol ve madde kullanıcısı bireyle yakınlarının beraber katılım sağladıkları aile terapisi yaklaşımları**

Alkol ve madde bağımlılığının bireysel bir sorun olmaktan öte bir sistem sorunu olduğunu ifade eden bakış açıları gittikçe yaygınlaşmaktadır (Klostermann ve O'Farell, 2013). Bu yaklaşımların başında ise aile danışmanlığı gelmektedir. Aile

danışmanlığında madde kullanan birey ve diğer tüm aile üyeleri beraber ele alınır. Madde kullanım sorunu aile danışmanlığında, sadece bireye hamledilmek yerine tüm sistemin ürettiği bir arıza olarak kavramsallaştırılır ya da kabul edilir. Çift terapisi yaklaşımında ise sadece madde kullanan kişi ile onun eşi tedavi sürecine dahil edilerek madde kullanmaya yol açan aile içindeki sorunlu iletişim tarzı ile madde kullanımıyla beraber ortaya çıkan eşler arası çatışma gibi sorunlar ele alınır.

Bowen terapisi, aile sistemleri kuramı, stratejik ve yapısal aile terapileri bağımlılık sahasında kullanılan aile odaklı müdahalelerdir (Copello ve ark., 2005; Gladding, 2012). Alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan yaklaşımlardan birisi de alkol odaklı davranışçı terapidir. Bu yaklaşım nüksü engellemede ve ilişki doyumunu artırmada etkili olmaktadır (Epstein ve McCrady, 2002; McCrady ve ark., 1991; McCrady ve ark., 1999; Noel ve McCrady, 1993; O'Farrell ve ark., 1998). Alkol Odaklı Davranışsal Evlilik Terapisi (ABMT) ile ilgili olarak yapılan çalışmalar bu yaklaşımın alkol bağımlılarında hem ayıklık süresini artırdığını ve nüksü geciktirdiğini hem de eşler arası şiddeti azaltıp evlilik doyumunu yükselttiğini ortaya koymuşlardır (McCrady ve ark., 1986; McCrady ve ark., 1991; O'Farrell ve ark., 1998).

#### **2.7.4.3. Bağımlı olmayan aile üyelerini merkeze alan yaklaşımlar**

Üçüncü yaklaşım madde kullanıcısının aile fertlerini kullanıcı gibi merkeze alan yaklaşımdır. Bu yaklaşım eş, ebeveyn ve kardeş gibi kullanıcı bireyin yakın çevresinde bulunan kişilerin de tedavinin merkezinde bulunması gerektiğini ifade etmektedir. Kullanıcının yakınlarının ihtiyaçlarına ve bireysel psikolojik sorunlarına odaklanmanın önemli olduğunu vurgulayan üçüncü yaklaşım aile fertlerinin merkeze alındığı çeşitli sağıltım yöntemlerinin geliştirilmesine yol açmıştır. Uzun süre madde kullanıcısı bir birey ile beraber yaşamak oldukça stres verici ve yıpratıcı bir durumdur. Aile üyeleri de uzun yıllar boyunca madde kullanıcısı biriyle beraber yaşadıklarından dolayı pek çok bireysel sorun geliştirmiş bulunmaktadırlar. Bu uzun ve yıpratıcı süreç aile üyelerini de bağımlı bireyin yanında merkeze alarak tedaviye almayı elzem kılmaktadır (Orford ve ark., 2010a, 2010b; Sakiyama ve ark., 2015). Aile üyeleri, duygu ve endişelerini başkalarıyla paylaşarak, kendilerinin yaşadıkları sorunlara benzer sorunlar yaşayan insanlarla bir araya gelerek, bağımlılık konusundaki bilgilerini artırarak ve kendi kişisel ihtiyaçlarına odaklanarak bağımlılık sürecinin getirdiği duygusal yükü azaltabilirler (Daley, 2013). 5 Adımlı Model ve SSCS Modeli bu bakış açısıyla geliştirilen modellerdir. Ayrıca Al-Anon ve Nar-Anon gibi

yaklaşımların da büyük ölçüde bu üçüncü bakış açısını yansıttığı söylenebilir. Bu yaklaşımlarla aile üyeleri hem madde kullanım sorunundan bağımsız olarak ele alınıp psikolojik iyi oluşları yükseltilmeye çalışılır hem de aile üyelerindeki hatalı iletişim ve davranış kalıpları değiştirilerek madde kullanımının sağaltımı güçlendirilmeye çalışılır.

Al-Anon gibi yaklaşımlar kullanıcı olmayan ebeveynlerin ve bağımlı yakınlarının refahını ve huzurunu artırsalar da bağımlı aile üyesinin tedaviye dahil edilmesinde ve madde kullanım alışkanlıklarının değişmesinde çok az bir etki yapabilmektedirler. 12 bağımlı yakını kadınla yapılan bir çalışmada kadınların 7'si CRAFT grubuna 5'i de klasik bir danışmanlık grubuyla Al-Anon'a yönlendirilmiştir. Sonuç olarak CRAFT'a katılan 7 kadından 6'sının bağımlı yakını tedaviye dahil olmuşken diğer grupta yer alan hiçbir katılımcının bağımlı yakını tedaviye dahil olmamıştır (Sisson ve Azrin, 1986). Al-Anon gibi aile odaklı müdahaleler aile üyelerinin psikolojik işlevselliğinde iyileştirmelere yol açsa da bu iyileşme madde kullanan yakının madde kullanım paternlerinde önemli bir değişime yol açmamaktadır (Meyers ve ark., 2002; Meyers ve ark., 2005). Miller ve ark. (1999) CRAFT, AL-Anon ve Jahnsen Modellerini karşılaştırdıkları çalışmada altı ay içerisinde CRAFT'a katılanların bağımlı yakınlarının %64'ünün, Jahnsen Modeline katılanların yakınlarının %30'unun, Al-Anon'a katılanların yakınlarının ise %13'ünün tedaviye dahil olduklarını tespit etmişlerdir. Al-Anon gibi yaklaşımlar bağımlı olmayan aile üyesinin refahına ve bağımsızlığına odaklandıkları, bağımlı bireyin dip yapması konusunu ön plana çıkarttıkları için bağımlı olan aile ferdinin tedaviye dahil olması konusunda düşük bir başarıya sahiptirler (Kirby ve ark., 1999; Landau ve ark., 2004).

SSCS Modeli stres-gerilim-baş etme-destek kelimelerinin İngilizce ilk harflerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulan bir modeldir. Bu model aile üyelerini kendi kişisel sorunlarına karşı güçlü kılmayı ve onların yetkinliklerini artırmayı amaçlamaktadır. SSCS Modeli aileyi bağımlılığın gelişmesindeki ana aktör veya baş sorumlu olarak gören yaklaşımların aksine aileyi suçlu pozisyonundan çıkartmaya çalışan bir yaklaşım sunmaktadır. Klasik bağımlılık yaklaşımları aileyi patolojize eden bir bakış açısına sahiptirler. Oysaki bu bakış açısı zaten bağımlılık sürecinden dolayı oldukça zor durumda olan ve sıkıntı çeken aileye ekstra bir psikolojik yük bindirmektedir. Madde bağımlılığıyla mücadele eden aileler ciddi bir stres

altındadırlar ve bu stres zamanla gerilime dönüşmektedir. SSCS Modeli ailenin baş etme tepkilerini patolojize etmez. Aksine ailenin kullandığı baş etme tepkileri durumun zorluğu karşısında bulunan en uygun yöntemler olarak değerlendirilir. Model aileye durumun niteliğine uygun yeni baş etme tepkileri veya becerileri geliştirme konusunda yardımcı olmaya çalışır. Madde kullanıcısıyla mücadele eden aile için sosyal destek kaynakları çok önemlidir. Ailenin bu süreçte duygusal bakım alabileceği kaynakları keşfetmesi ve bu kaynaklardan uygun şekilde istifade etmesi SSCS Modelinin dört temel hedefinden biridir (Orford ve ark., 2010b; Orford ve ark., 2013). Madde kullanıcılarının aileleri sosyal çevreden zamanla kopabilmektedirler ve genellikle de kimseden yardım ve destek isteyememektedirler (Orford ve ark., 2010a). Oysa ki ailenin iyileşebilmesi için yeniden sosyalleşmesi ve yeni bağlanma kaynaklarıyla düzeltici duygusal deneyimler yaşaması gereklidir.

5 Adımlı Model ailenin bağımlılık sürecinden kaynaklanan stresini yönetmesine yardımcı olmayı amaçlayan ve aileyi merkeze alarak onların ihtiyaçlarına odaklanan bir modeldir (Copello ve ark., 2010a, 2010b). 5 Adımlı Model SSCS Modeli dikkate alınarak geliştirilmiş olan bir modeldir. Bu model adından da anlaşılacağı gibi 5 basamaktan oluşan, bireysel ve grup formatlarında uygulanabilen ve 5-6 seansta uygulanabilen bir modeldir. Orford ve ark. (2017) 5 Adımlı Modelin basamaklarını 5 Adımlı Model Uygulayıcı El Kitabında şu şekilde açıklamışlardır.

Modelin ilk adımı “aile üyesini ve sorununu tanımak” basamağı oluşturmaktadır. Bu basamakta danışman temel danışmanlık ve görüşme becerilerini etkin şekilde kullanarak danışanın öz hikayesini anlatmasını sağlar. Danışman; yargılamadan, etkin şekilde dinleyerek ve gerektiğinde konuyu derinleştirmek için sorular sorarak danışanın kendisini açmasına yardımcı olmaya çalışır. Bu aşamada danışan yaşadıklarını detaylı şekilde yargılanmadan anlatmış olur.

Modelin ikinci aşaması “ilgili bilgilerin sağlanması” basamağıdır. Madde bağımlılığıyla uğraşan ailenin bağımlılıkla ilgili pek çok bilgi eksikliği olabilmektedir. Bu anlamda bağımlılığın doğası, maddelerin özellikleri, tedavi süreci ve nüks gibi konular hakkında bilgi sağlanabilir. Bu basamakta danışan aile üyesinin hangi konular hakkında bilgiye ihtiyaç duyduğunu anlamaya ve keşfetmeye çalışır. Bağımlılık ve doğası hakkında bilgi paylaşımında bulunmanın yanında aile üyesinin kendi kişisel sorun alanlarına ve ihtiyaçlarına ilişkin bilgi paylaşımında bulunmak da danışmanın sorumlulukları arasındadır.

Üçüncü adım “baş etme tepkilerini” ele alma basamağıdır. Bu aşamada aile üyesinin madde kullanıcısı bireye karşı kullandığı baş etme davranışları ele alınmaktadır. Aile üyeleri madde kullanıcısı bireyle baş etmeye çalışırken belirli baş etme kalıplarının içine sıkışıp kalarak işlevsiz olmasına rağmen bunları devam ettirmeyi sürdürebilmektedirler. Bu basamakta mevcut baş etme tepkilerinin avantaj ve dezavantajları ele alınarak yeni ve alternatif baş etme becerileri kazandırılmaya çalışılmaktadır. Bu model genel olarak ailede üç farklı baş etme kalıbından bahsetmektedir. Bunlardan ilki “aşırı mücadele” olarak isimlendirilebilecek baş etme davranışlarıdır. Madde bağımlısına bağırarak, dövmek, gereksiz tartışmalara girmek, tehdit etmek ve aşırı kontrol bu kapsamda değerlendirilebilecek çeşitli davranışlardır. İkinci baş etme davranışı ise “aşırı hoşgörülü olma” şeklinde adlandırılabilir davranışlardır. Madde bağımlısına para temin etme, onun sorumluluklarını alma, kullanıcının arkasını toplama ve haksızlıklara ses çıkartmama gibi davranışlar bu baş etme biçimi içerisinde değerlendirilebilirler. Bu baş etme davranışlarının altında yoğun endişe ve suçluluk duyguları yatıyor olabilmektedir. Üçüncü baş etme davranışları ise “kaçınma veya uzaklaşma” şeklinde adlandırılabilirler. Kullanıcı bireyle daha az görüşme, sorunlardan kaçma veya sorunları hasır altı etme ve aşırı dikkat dağıtma eylemleri bu kategori içerisinde yer alabilecek çeşitli davranışlardır. 5 Adımlı Model ailenin baş etme tepkilerini patalojize etmez ve herkes için aynı baş etme davranışlarının doğru olduğu inancına karşı çıkar. Sadece mevcut baş etme tepkilerinden maladaptif veya işlevsiz olanlarını aile üyesinin sorgulayarak değiştirmesini ve aile üyesinin yeni baş etme davranışları kazanmasını amaçlamaktadır. Danışman sorduğu sorularla öncelikle mevcut baş etme davranışlarını ortaya çıkartmaya ve ardından da bunları aile üyesine sorgulatmaya çalışır. Sonrasında ise yeni baş etme davranışlarının neler olabileceği ve bu yeni davranışların avantaj ve dezavantajları ele alınır.

Dördüncü adım “sosyal destek kaynaklarını keşfetme” basamağıdır. Aile üyelerinin kendilerine yarar sağlamayan sosyal destek kaynaklarını fark ederek faydalı olabilecek sosyal destek kaynaklarına yönelmeleri önemlidir. Dördüncü basamakta bir “sosyal ilişki diyagramı” yapılarak aile üyesinin sosyal destek kaynaklarını keşfetmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu diyagramda aile, arkadaşlar, faaliyetler ve profesyonel destek olmak üzere dört ana kategori yer almaktadır. Bu basamakta danışman sorduğu sorularla aile üyesinin mevcut sosyal destek durumunu ortaya çıkartmaya çalışır.

Danışman, aile üyesinin potansiyel sosyal destek unsurlarını keşfederek bunlara yönelebilmesi için aile üyesini teşvik etmeye çalışır.

Beşinci adım “diğer yardım seçeneklerini değerlendirme” basamağıdır. Bu basamakta aile üyesinin bireysel olarak nelere ihtiyaç duyduğu tespit edilir. Finansal konular, hukuki sorunlar, istismar, psikiyatrik bozukluklar ve kişisel ihtiyaçlarla ilgili sorular cevaplandırılmaya çalışılır. Eğer danışman bu konularda yetkin değilse aile üyesini gerekli yardımları alabileceği mercilere yönlendirir. Ayrıca beşinci adımda danışman aile üyesinin kullanıcı yakınının ihtiyaçlarını ve bir sistem olarak tüm ailenin gereksinimlerini de öğrenmeye çalışır ve bu konularda da uygun yönlendirmeler yapar. Özellikle bireysel sorunları olan aile üyeleri psikiyatri servislere ve Al-Anon gibi kendine yardım gruplarına yönlendirilebilirler.

Velleman ve ark. (2008) tarafından İtalyan örneğinde yapılan bir çalışmada 5 Adımlı Modelin aile üyelerinde işlev bozucu baş etme tepkilerinin azalmasında etkili olduğu tespit edilmiştir. Arcidicano ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada İtalyan sağlık profesyonellerinin 5 Adımlı Modelin bağımlılıktan etkilenen aileler üzerindeki etkililiği rapor edilmiştir. İtalyan sağlık profesyonelleri mesleki hayatlarında 5 Adımlı Modeli aile üyelerine olan faydası dolayısıyla tekrar kullanmak istediklerini rapor etmişlerdir. Nadkarni ve ark. (2019) tarafından Hindistan örneği üzerinde yapılan bir araştırmada 5 adımlı modelin aile üyelerinin baş etme becerilerini iyileştirdiği ve sosyal destek ağlarını güçlendirdiği tespit edilmiştir. 5 adımlı model aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin azalmasında etkili bir modeldir (Copello ve ark., 2010b). Orford (2012) 5 Adımlı Modelle tedavi alan insanlarda dört alanla ilgili değişimlerin olduğunu belirtmektedir. Bunlarda ilki 5 Adımlı Modele katılanlar daha fazla kendi ihtiyaçlarına ve hayatlarına odaklanmaya başlamaktadırlar. İkincisi 5 Adımlı Modele katılan aile üyeleri sürecin sonunda içici veya kullanıcı olan yakınlarıyla daha doğrudan ve iddialı şekilde iletişim kurabilmektedirler. Üçüncüsü aile üyeleri öfke ve hayal kırıklığı gibi duygularını daha iyi yönetmeye başlayarak daha sakin davranabilmektedirler. Aile üyelerinde görülen dördüncü gelişme ise aile üyelerinin bağımlılık ve ilişkili sorunlara karşı farkındalıklarının artması ve kendilerini daha az suçlamaya başlamalarıdır.

5 Adımlı Model bağımlılıktan etkilenen ailelerde etkili olan bir modeldir. Bunun yanında 5 adımlı modelin teorik ve teknik altyapısı bağımlılıktan etkilenen ailelerin daha kompleks ve çok boyutlu sorunlarıyla çalışılabilecek şekilde

genişletilmelidir. (Copello ve ark., 2010d). SSCS Modeline dayalı olarak geliştirilen 5 Adımlı Modelle danışmanlık alan aile üyelerinde psikolojik semptomlarda ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinde değişimler olsa da bu aileler bağımlılık sorunu devam ettiği için hala stres altındadırlar (Velleman ve ark., 2008). Bu yöntemin etkililiğine ilişkin 5 Adımlı Model gibi aile üyelerinin refahını ve sorunlarını merkeze alan modeller bağımlı olmayan yakınların psikolojik işlevselliğine olumlu katkılar sağlasa da bağımlı bireyi tedaviye dahil etmede ve bağımlılık sorununun özölmesinde yetersiz kalabilmektedirler (Orford ve ark., 2007; Velleman ve ark., 2011).

Aile üyelerini merkeze alan bir başka yaklaşımda Adams'ın Sosyal Ekolojik Teorisi'dir. Bu teori bağımlılığı sosyal bir sistem ve ağlar zinciri içerisinde değerlendirmektedir. Sosyal Ekolojik Modelin SSCS Modelinden farklı bu modelin kişilerarası ilişkilere ve etkileşimlere daha fazla önem veriyor olmasıdır. SSCS modeli bağımlı bireye müdahale etmenin çok mümkün olmadığı ve aile üyelerinin bağımlılık sorunundan psikolojik olarak çok fazla etkilendiği durumlar açısından uygunken sosyal ekolojik model bağımlı bireye odaklanmanın mümkün olduğu durumlar açısından uygundur (Adams, 2008; Selbekk ve ark., 2015).

Burada yer alan yaklaşımların birinci grupta yer alan yaklaşımlara göre farkı bu yaklaşımlar aile üyelerini bağımlıda bir değişim oluşturmak için eğitmekten ziyade aile üyelerinin psikolojik ihtiyaçlarına odaklanma eğilimi taşımalarıdır.

### **2.7.5. Madde kullanıcılarının ebeveynleri ve anneleri**

Madde kullanıcısı ve ebeveynleri arasında çok yönlü ve karşılıklı bir ilişkisellik söz konusudur. Ebeveynlerin sorunları, psikopatolojileri ve yetiştirme biçimleri madde kullanımının gelişiminde önemli olduğu gibi madde kullanan bir evladın varlığı da ebeveynlerde pek çok psikolojik sorunun gelişimine yol açabilmektedir. Ebeveynler madde kullanıcılarını tedaviye dahil etme konusunda diğer aile üyelerine göre daha başarılı olmaktadırlar (Barber ve Gilbertson, 1997; Kirby ve ark., 1999; Landau ve ark., 2004; Miller ve ark., 1999). Madde kullanma sıklığı ile olumlu ebeveynlik tutumları arasında negatif bir ilişki vardır (King ve ark., 2015). Bağımlılık tedavilerine ebeveynlerin katılım sağlaması önemlidir (Gogel ve ark., 2011).

Madde kullanan ergenlerin ebeveynlerinde depresyon ve madde kullanımı yaygın görölen durumlardır (Molen ve ark., 2019). Madde bağımlılarının annelerinde suçluluk, utanç, öfke, endişe gibi duygulara ve depresyon psikiyatrik bozukluklara

sıklıkla rastlanmaktadır. Uyuşturucu içen çocukların annelerinin hayatları stres yüklü ve oldukça zordur (Jackson ve Mannix, 2003). Ebeveynlerin stresi alkol ve madde kullanma sıklığını artırabilmektedir (Prins ve ark., 2021).

Cervantes ve ark. (1988) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlılarının %75'inin anneleriyle yakın ilişki içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Anne ruh sağlığı baba ruh sağlığına göre madde kullanımıyla çok daha fazla ilişkilidir (Herman-Stahl ve ark., 2008). Annenin ruh sağlığında meydana gelen iyileşmeler ergen kullanıcıların maddeyi bırakmasında önemli bir rol oynamaktadır. Annelerin psikolojik stres düzeylerinde meydana gelen düzelmeler ergen madde kullanıcılarının tedavilerine olumlu bir katkı yapmaktadır (Van Leon ve ark., 2011). Bertrand ve ark.'na (2013) göre annelerin zihinsel sağlık sorunları azaltıldıktan sonra ergen madde kullanıcılarının tedavilerinde de olumlu sonuçlanma oranları yükselmektedir. Ebeveynlerin psikolojik sıkıntılarının azalmasının çocuklarla kurdukları ilişkilere daha çok bilişsel ve duygusal katılım sağlamalarına yardımcı olacağına ilişkin bazı işaretler vardır (Kahng ve ark., 2008). Madde bağımlılığının aile içindeki yükünü en çok taşımak durumunda kalanlar ya eş ya da anne rolündeki kadınlar olmaktadır (Lamichhane ve ark., 2008). Anne ve çocuk arasındaki ilişki baba ile çocuğu arasındaki ilişkiye göre ergenlerde madde kullanımıyla daha çok ilişkilidir (McArdle ve ark., 2002). Annenin zihin sağlığı, uyuşturucu kullanımı ve anne babayla olan çatışma çocuğun uyuşturucu kullanım şiddetiyle ilişkilidir (Wong ve ark., 2019). Ayrıca anneler psikolojik destek alma ve tedavi olma konusunda babalara göre daha talepkâr ya da istekli davranmaktadırlar (Mackenzie ve ark., 2008). Bunun yanında madde bağımlılığı ve tedavisinde babalığın rolüne de vurgu yapan pek çok çalışma mevcuttur (Aktürk ve Yaman, 2022; Cooms ve Landverks, 1998; Şimşek ve ark., 2019). Olumlu baba çocuk ilişkisi madde bağımlılığı açısından koruyucu bir faktördür (Yoon ve ark., 2018).

Anneler ciddi bir psikolojik sıkıntı içerisindeyken annelerin yeni baş etme becerileri kazanmaları veya bunları uygulamaları güç olmaktadır. Aynı zamanda psikolojik sorunlar annelerin madde kullanıcısı olan çocuklarıyla sağlıklı şekilde baş etmelerini de zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda madde kullanıcılarında meydana gelen iyileşme ve düzelmelerde annelerin ruh sağlığına olumlu şekilde yansımaktadır (Soenens ve ark., 2006).

### **2.7.6. Madde kullanıcılarının anneleriyle ilgili yapılan çeşitli araştırmalar**

Groenewald ve Bhana (2017) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlılarının annelerinin, çocuklarının bağımlılık sorunuyla baş etmek için çok farklı baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir. Madde bağımlılarının anneleri hoşgörülü davranma, kaçınma ve aşırı kontrol gibi baş etme yöntemleriyle duygu ve problem odaklı sorun çözme yaklaşımlarının karmaşık formlarını kullanmaktadırlar. Ayrıca madde bağımlılarının anneleri hem toplum tarafından suçlanmakta hem de kendilerini suçlamaktadırlar (Groenewald ve Bhana, 2016).

Mcgillicudy ve Rychtarik (2000) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlıların ailelerine yönelik olarak 8 oturumluk bir beceri eğitimi programı geliştirilmiştir. Bu program neticesinde annelerin baş etme becerilerinde gelişmeler olduğu, annelerin depresyon ve kaygı gibi belirtilerinde düşmelerin olduğu ve esrar içen çocukların esrar kullanımlarında azalmaların olduğu tespit edilmiştir.

Toumbourou ve ark. (2001) tarafından yapılan bir çalışmada bağımlılık sorunu olan ergenlerin ebeveynlerine dönük 8 haftalık bir müdahale programının ebeveynlerin psikolojik semptomlarının azalmasında, ebeveynlik doyumunun artmasında ve iddialı ebeveynlik becerilerinin gelişmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kelly ve ark. (2017) tarafından yapılan bir araştırmada opiat bağımlılarının yakınlarına yardım etme amacı taşıyan ve gönüllü bir kuruluş olan LTC'nin grup programlarına katılan aile yakınlarının LTC ile ilgili değerlendirmeleri incelenmiştir. Bu çalışmaya katılanların çoğunluğunu oluşturan opiyat bağımlısı çocuğa sahip anneler oluşturmuştur. Programa katılmalar bu programın streslerinin azalmasına yardımcı olduğunu, yakınlarındaki bağımlılıktan kaynaklanan suçluluk duygularını düşürdüğünü, baş etme ve iletişim becerilerini artırdığını rapor etmişlerdir. Ayrıca programa katılan annelerin çocuklarında aşırı doz opiat kullanımında azalmaların olduğu da rapor edilmiştir.

### **2.8. Madde Kullanıcılarında ve Annelerinde İncelenen Değişkenler**

Bu kısımda anlatılacak başlıklar tüm gruplara uygulanan ölçeklerin içeriğinde yer alan değişkenlerdir. Bu değişkenler; psikolojik belirtiler, yaşam doyumunu, çözüm odaklılık, aile bağımlılık profili ve bağımlılık profili gibi değişkenlerdir. Bu değişkenler anlatılırken bahsi geçen değişkenlerin yer aldığı ölçeklerdeki alt boyutlar dikkate alınarak anlatım yapılacaktır.

### **2.8.1. Psikolojik belirtiler**

Psikolojik belirtiler ele alınırken Şahin ve Durak'ın (1994) Türkçe'ye uyarladıkları Kısa Semptom Envanteri'nin alt boyutları dikkate alınmıştır.

#### **2.8.1.1. Depresyon**

DSM-5'e göre (2014) majör depresyon; hipomani, karma ve manik dönemlerden ayrı olarak ortaya çıkan, en az iki hafta boyunca devam eden, depresif duygudurum ve keyif alamama ile karakterize olan, tipik olarak uyku aktivitesinde, iştah ve kiloda değişiklik, enerji azlığı, karar vermede güçlük, suçluluk düşünceleri, ölüm ve intihar düşünceleri gibi belirtilerin de eşlik edebileceği psikiyatrik bir bozukluktur.

Depresyon Freud'dan beri farklı kuramcılar açısından değişik şekillerde açıklanmıştır. Freud depresyonu fantazide ya da gerçekte yitime uğrayan bir nesne kaybının doğurduğu nefretin içe döndürülmesi olarak açıklamaya çalışmıştır. Bibring ise depresyonun, kişinin sahip olduğu yüksek ideallerle bu ideallere ulaşamamanın farkındalığından kaynaklandığını ifade etmektedir. Arieti ise depresyonun başkaları için yaşayan insanlarda görüldüğünü ve öteki odaklı bir dominant değere duyulan inancın yitilmesiyle ortaya çıktığını belirtmektedir (Kaplan ve Sadock, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Young'ın Şema modeli de depresyonu kavramsallaştırmak ve onun altında yatan derin dinamiklerini anlamak açısından etkili bir kılavuz olabilir. Depresyonda İÇM, kopuk korungan mod, cezalandırıcı ve talepkâr ebeveyn modları etkili olabilir. Depresyondaki mod modelinin C kümesi kişilik bozukluklarındaki mod modeliyle örtüşmesi olasıdır (Arnz ve Jacob, 2016). Teslim, kopuk kendini yatıştırıcı ve talepkâr ebeveyn modlarıyla depresyon arasında pozitif korelasyonel bir ilişki, SYM ve MÇM ile depresyon arasında ise negatif korelasyonel bir ilişki vardır (Khalily ve ark., 2011).

#### **2.8.1.2. Anksiyete**

Kaygı normal bir durumdur ve her insan kaygıyı deneyimler. Kaygı hoşlanılmayan ve belirsizlikle karakterize bir endişelenme halidir. Korku ve kaygı birbirlerine benzeseler de aralarında farklılıklar bulunmaktadır. Korkunun nesnesi belirliken kaygının nesnesi belirsizdir.

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28 arasında değişmektedir. Bunaltı belirtileri genellikle hayatın erken dönemlerinde başlamakta ve olguların %80-90'ında 35 yaş öncesinde ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Psikanalitik kuramlar kaygıyı üst benlik kaygısı ve kastrasyon anksiyetesi gibi kümelere ayırarak kaygının gelişimindeki bilinçdışı faktörlere odaklanmışlardır. Davranışçı yaklaşımlar ise kaygıyı nötr bir uyaranken koşullu bir uyarana haline gelen uyarana karşı verilen koşullu bir tepki olarak görürler. Varoluşçuluk ise kaygıyı varoluş, hayatın belirsizliği ve anlamla ilişkilendirerek ontolojik bir zeminde ele alır (Kaplan ve Sadock, 2016).

Şema terapi ise kaygıyı erken dönem şemalar ve modlar açısından ele alır. Kaygı başta dayanıksızlık şeması olmak üzere terk edilme, boyun eğme, başarısızlık, kendini feda, karamsarlık, sosyal izolasyon ve güvensizlik şemalarıyla bağlantılıdır (Hawke ve Provencher 2011; Kömürcü ve Gör, 2016).

### **2.8.1.3. Somatizasyon**

Somatizasyon fizyolojinin kendini ifade etme biçimi şeklinde anlaşılabilir bir sözel olmayan iletişim tarzıdır. Kişi kendini ifade etmekte güçlük yaşadığı zaman beden bunu kendine ait bir dille veya üslupla yapmaya çalışır (Akt., Akkuzu, 2019). Yaşanan acı verici tecrübeler neticesinde kişi altta yatan hislerini beden üzerinden sembolize ederek dışa yansıtır (Akt., Baylan, 2019). Ayrıca bilinç dışı çatışmanın harekete geçirdiği bedensel belirtilerin pek çok temel ve sekonder kazançları bulunabilir. Somatizasyon tıbbi, fizyolojik ya da organik olarak açıklanamayan pek çok alanla ilgili bedensel belirtilerin olduğu bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Somatizasyon tanısal açıdan güçlü şekilde sınıflandırılmış bir tanıdan ziyade içerisinde pek çok durumu barındıran klinik bir görüngüdür (Kesebir, 2004). DSM-5'te (2014) somatizasyon "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ele alınmıştır. Somatizasyonun kesin ve sağlam bir tedavisi yoktur ve bu bozukluğun tedavisi edilmesi oldukça zordur (Köroğlu, 2016).

#### **2.8.1.4. Hostilite**

Hostilite ve öfke daha çok saldırganlığın tutumla ve duygularla ilgili olan bileşenleridirler (Balkaya ve Şahin, 2003). Öfke ve hostiliteyi net sınırlar koyarak ayırmak çok zordur. Hostilite nesnelere ve insanlara zarar vermeye ve onları yok etmeye yönlendirecek ve şiddete meyletmeye sebep olan zihinsel çağrışımlar dizisidir. (Leyse-Wallace, 2013). Hostilite farklı şekillerde tanımlanan ve literatürde tek bir tanımı bulunmayan bir kavramdır. Hostilite bilişsel (kızgınlığa yol açan düşünceler), duygusal (öfke ve hoşnutsuzluk duyguları) ve davranışsal (sözel ve fiili saldırganlık) boyutları olan çok yapılı bir kavramdır (Garcia-Leon ve ark., 2002). Duygu düzenleme becerilerinin erken yaş dönemlerinden itibaren geliştirilmesi bağımlılık, hostilite ve öfke gibi sorunların önlenmesi açısından etkili olabilmektedir (Ünüböl ve Sayar, 2020).

#### **2.8.1.5. Olumsuz benlik**

Benlik kişinin kendine ait özelliklerini, yeteneklerini ve sahip olduklarını değerlendirme ve algılama biçimidir. Kişinin benliğinin oluşumunda onun içinde yetiştiği aile ve sosyal yapı etkili olmaktadır. Benliğin oluşmasında şahsen tecrübe edilen yaşantılar önemlidirler (Özdolap, 2015). Anne babayla güvenli bir bağlanmanın varlığı sağlam ve olumlu bir benlik algısının gelişmesinde önemli bir etmendir (Sümer ve Şendağ, 2009). Olumsuz benlik ise kişinin kendine karşı negatif bir bakışının ya da algısının olmasıdır. Kusurluluk şeması olan bireyler kendilerine dönük olarak negatif bir değerlendirmeye sahiptirler. Bu kişiler kendilerini küçümseyerek ve şemanın söylediği gibi değersiz bin insan olduklarına inanarak şemayı doğrulamaktadırlar. Aynı şekilde CEM'i güçlü olan bireylerde pek çok konuda kendilerini sert ve acımasızca kritize ederler (Arntz ve Jacob, 2016; Young ve ark., 2016).

#### **2.8.2. Yaşam doyumu**

Yaşam doyumu ele alınırken Kaba ve ark. (2017) tarafından geliştirilen Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin alt boyutları dikkate alınmıştır.

Yaşam doyumu kişinin sahip olmak istedikleriyle şu an sahip oldukları arasındaki örtüşmeyi ifade eder (Neugarten ve ark., 1961). Kişinin hayattan beklentileriyle bunlara ulaşma başarısı ne kadar uyumluysa hayattan alınan doyumda o kadar yükselmektedir (Diener ve ark., 2003). Yaşam doyumu öznel iyi oluşun bilişsel yönünü ifade etmektedir. Kişinin sahip olduklarına dönük yapmış olduğu

bireysel bir değerlendirmedir. (Diener, 1984, 1985). Yaşam doyumu yüksek olan kişilerin sosyal dünyadaki işlevsellikleri daha yüksektir ve bu kişiler daha güçlü sosyal bağlara sahiptirler. Ayrıca bu kişiler sorunlarını çözme konusunda daha yetkindirler ve stresli olaylar karşısında da dayanıklılıkları ve dirençleri daha fazladır (Akt., Kaba ve ark., 2017).

#### **2.8.2.1. Genel yaşam doyumu**

Yaşam doyumunda kişinin başarmak istedikleri ile mevcutta başarmış oldukları arasındaki örtüşme önemlidir (Diener ve ark., 2003). Yaşam doyumu yalnızca hayatın belirli bir kesitinden memnun olmayla değil hayatın geneline dönük bir memnuniyetle ilintilidir (Recepoğlu ve Tümlü, 2015). Ayrıca yaşam doyumu benlik, sosyal çevre ve iş gibi alanlarda yaşanan doyumla ilişkilidir (Escoda ve Alegre, 2016).

#### **2.8.2.2. İlişki doyumu**

İlişki doyumu kişinin sosyal ilişkilerinden ne kadar memnun ve mutlu olduğuna ilişkin kişisel algısını yansıtan bir kavramdır. İlişki doyumu içerisinde aile üyeleri ve arkadaş çevresi önemlidir.

Duygu düzenleme becerileri ile ilişki doyumu arasında pozitif bir ilişki vardır (Bloch ve ark., 2014; Cordova ve ark., 2005). Duygu düzenlemeye yardımcı olacak becerileri ve iletişim tekniklerini öğretmek eşlerde ilişki doyumunu artırabilir (Akdur ve Aslan, 2017). Psikolojik ihtiyaçların karşılanması ile ilişki doyumu arasında ilişki vardır (Ryan, 2000). İlişki doyumuyla en bağlantılı ihtiyaçlardan birisi de özerklik ihtiyacıdır. Kişi kendi kararlarını vermekte özgür olduğunda ve yaşamını istediği şekilde şekillendirme hürriyetini elinde tuttuğunu hissettiğinde bu durum ilişki doyumunu artırabilmektedir (Çankaya, 2009; Yarkın, 2014).

#### **2.8.2.3. Benlik doyumu**

Kişilerin kendine dönük pozitif algılara ve değerlendirmelere sahip olmaları onların yaşam doyumlarıyla olumlu şekilde ilişkilidir (Aydıner, 2011).

#### **2.8.2.4. Sosyal çevre doyumu**

Sosyal çevre doyumu kişinin yaşadığı mahalleden, yaşadığı çevredeki aktivitelerden ve bir arada olduğu komşularından duyduğu memnuniyetle ilişkilidir.

Bu üç unsurdan duyulan doyum arttıkça sosyal çevre doyumunu da artmaktadır (Kaba ve ark., 2017).

### **2.8.2.5. İş doyumunu**

Bireyler işlerine karşı negatif ve pozitif tutumlar alabilmektedirler. İş doyumunu bireyin işine karşı sahip olduğu genel tutum şeklinde tanımlanabilmektedir (Sevimli ve İşcan, 2005). İş doyumunu, işe karşı duygusal bir tepkidir ve iş doyumuyla yaşam doyumunu arasında olumlu bir ilişki vardır (Dikmen, 1995).

### **2.8.3. Çözüm odaklılık**

Çözüm odaklılık ele alınırken Karahan ve Hamarta'nın (2015) Çözüm Odaklı Envanterindeki alt boyutlar dikkate alınmıştır.

Çözüm odaklılık, kaynakları hedefler doğrultusunda harekete geçirebilmeyi ifade eden ve bireyin güçlü yönlerine vurgu yapan bir kavramdır (Karahan ve Hamarta, 2015). Çözüm odaklılık ifadesi Kısa Süreli Çözüm Odaklı terapinin kavramsal ve teorik yönlerini yansıtan bir kavramdır. Çözüm odaklılık ile depresyon, kaygı ve stres arasında negatif bir ilişki söz konusudur (Selweyn ve Grant, 2019).

Çözüm odaklılığın problemden ayırma, kaynakları harekete geçirme ve hedef yönelimlilik olarak üç alt boyutuna ilişkin aşağıda bilgi paylaşımı yapılmıştır.

#### **2.8.3.1. Problemden ayırma**

Çözüm odaklılığın problemden ayırma boyutu problem odaklı ve çözüm odaklı bakış açıları arasındaki farklılığa gönderme yapar. Problem odaklı düşünmede sorunların kaynağı geçmişte aranmakta ve etiyolojik bir bakış açısı ön plana çıkartılmaktadır. Çözüm odaklı bakış ise daha gelecek odaklı olup var olan kaynakları harekete geçirerek çözüme odaklanılmasını salık veren bir paradigmaya sahiptir. Çözüm odaklı bakış açısı probleme takılıp kalmak yerine ona karşı mesafe alınmasına ve hedefe dönük olarak kaynakların harekete geçirilmesine vurgu yapar. Sorunun geçmişteki bağlantılarını ve nedenselliğini anlamak yerine el altındaki kaynaklar çözüm doğrultusunda mobilize edilmelidirler (Grant ve O'Connor, 2010; Grant ve Cavanagh, 2018; O'Connell ve ark., 2013).

Problemden ayırışamamanın, problemin çözümsüzlüğüne aşırı yoğunlaşmanın ve sorunun negatif taraflarına odaklanmanın sebebi olumsuz düşünceler ve ruminasyon olabilir (Aydoğdu, 2021). Şema terapi rumunatif düşünmeyi bir baş etme modu olarak

kavramsallaştırmaktadır. Bu mod obsesif aşırı kontrolcü telafi moduna benzese de negatif tekrarlayan düşüncelerden sorumlu olan mod yeni çalışmalarda aşırı analiz etme veya düşünme modu olarak formüle edilmektedir (Simpson ve Smith, 2020).

Bilinemezlik, belirsizlik kaygısına ve ruminasyona yol açmaktadır. Belirsizlik durumu sorunla aşırı kontrolcü şekilde baş etmeye sebep olabilir (Armutlu, 2019). Madde bağımlılığı sık sık tekrarlayan kronik bir bozukluk olması sebebiyle madde kullanıcılarının yakınlarında bir geleceği öngörememe durumu oluşturabilir.

### **2.8.3.2. Hedefe yönelim**

Hedefe yönelim ise soruna ilişkin somut adımlar atmaya ve hamleler yapmaya yönelmeyi ifade eder. Hedefe yönelen kişi sorunun çözümü için hedefler belirler ve çözüme doğru yönelir (Grant ve ark., 2012).

### **2.8.3.3. Kaynakları harekete geçirme**

Kaynakları harekete geçirme bireyin, sahip olduğu öz kaynaklarını ve güçlü yönlerini sorunun çözümü için harekete geçirmesini ifade eder. Kaynakları harekete geçirme boyutu çözüm için çok önemli bir aşamadır (Grant, 2011; Grant ve ark., 2012). Birey çözüme ulaşmak için elinin altındakileri ve güçlü yönlerini fark ettiğinde bu onun çözüme ulaşabileceğine dair inancını kuvvetlendirebilir. Bu yönüyle kaynakları harekete geçirme ile öz yeterlilik birbirleriyle ilişkilidirler (Aydoğdu, 2021).

## **2.8.4. Aile bağımlılık profili**

Aile Bağımlılık Profili bölümü ele alınırken Ögel ve ark. (2017) tarafından geliştirilen Aile Bağımlılık Profili İndeksindeki alt boyutlar dikkate alınmıştır.

### **2.8.4.1. İlişkisel beceriler**

Ebeveynlik becerileri bağımlılığın ortaya çıkmasında ve devam etmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Ebeveynler çocuklarıyla kaliteli bir iletişim kuramadıklarında ve gerçekçi limitler belirlemede yetersiz kaldıklarında bu durum bağımlılık açısından bir risk oluşturmaktadır (Önal ve ark., 2011). Çocukların ergenlik döneminde sağlıklı şekilde izlenmeleri ve ne yaptıklarının gözlenmesi gerekmektedir. Ebeveyn bu anlamda yeterli bir denetime ve kontrole sahip olmadığında bu durum bağımlılığın gelişmesine ve yerleşmesine yol açabilir. İletişim, sorun çözme ve kural koyma becerilerinin zayıf olması bağımlılığın artmasına sebep olabilmektedir (Moon ve ark., 2014; Önal ve ark., 2011; Rusby ve ark., 2018; Tobler ve Komro, 2011;

Trucco, 2020). Aile üyeleri arasında sağlam bir iletişimin olması bağımlılığın gelişmesi açısından önleyici ve koruyucu bir unsurdur (Kliever ve Murelle, 2007). Madde kullanma sıklığı ile olumlu ebeveynlik tutumları arasında negatif bir ilişki vardır (King ve ark., 2015).

#### **2.8.4.2. Aile içi bağlar**

Aile içi bağlar hem bağımlılığın ortaya çıkmasında hem sürmesinde hem de tedavi sürecinde etkili olmaktadır (Ögel ve ark., 2017). Ailede bağların sağlam olmaması ergenlerde madde bağımlılığıyla ilişkilidir. Aile içinde aile üyelerinin arasında güçlü bağların varlığı, aile üyeleri arasında sıcak ve samimi etkileşim bağımlılık açısından koruyucu olabilir (Heydarnia ve Charkhian, 2007; Matejevic ve ark., 2014; Mirkoviç-Hacdukov ve ark., 2017; Tafa ve Baicocco, 2009).

#### **2.8.4.3. Bağımlıya karşı tutum**

Madde bağımlısına karşı ailenin tutumu bağımlılık davranışının sürmesinde ve tedavi sürecinde etkili olmaktadır. Bu anlamda ailede bağımlı bireye karşı olan tutumların ele alınması gerekmektedir (Kalampalikis, 2010). Uzun yıllar boyunca bağımlılık davranışı devam ettiğinde ailenin yükü de arttığı için bağımlı bireye karşı olan olumsuz tutumda artmaktadır (Atar ve ark., 2016).

#### **2.8.5. Bağımlılık profili**

Bu bölüm yazılırken Ögel ve ark. (2012) tarafından geliştirilen “Bağımlılık Profili İndeksinde” tanımlanan alt boyutlar dikkate alınmıştır.

##### **2.8.5.1. Madde kullanım sıklığı**

Madde kullanım paternleri kişiden kişiye değişkenlik arz edebilmektedir. Bundan dolayı bağımlılık tedavilerinin planlamaları yapılandırılırken bireyin kullandığı maddenin türünün, madde kullanma süresinin ve miktarının bilinmesi gerekmektedir (Evren ve ark., 2012).

##### **2.8.5.2. Tanı**

DSM-5’te (2014) bağımlılık Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu tanının konabilmesi içinse kişinin 12 aylık bir zaman diliminde 11 tanı kriterinden 2 tanesini karşılaması gerekmektedir. 2-3 kriterin varlığı hafif, 4-5 kriterin bulunması orta, 6 ve üstü kriterin bulunması ise şiddetli bağımlılığa işaret etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

### **2.8.5.3. Yaşam üzerine etkileri**

Bağımlılık pek çok açıdan kişinin hayatını etkilemektedir. Madde kullanan kişiler madde kullanımını dolayısıyla hayat tarzlarını ve para harcama davranışlarını değiştirirler (Ögel, 2015). Eroin kullanan kişilerde madde kullanımına bağlı olarak sekonder antisosyal kişilik özellikleri gelişebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2016). Madde kullanımını kişinin sosyal hayatını ve aile ilişkilerini, psikolojik sağlığını, iş ve eğitim hayatını, ekonomik durumunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Ögel ve ark., 2012).

### **2.8.5.4. Şiddetli istek**

Alkol ve madde kullanmaya dair güçlü bir arzunun varlığı alkol ve madde bağımlılarının tedavilerinde sorunlara yol açmaktadır (Anton, 1999). Aşerme durumu kişinin yeniden maddeye başlamasındaki risklerden biridir. Özellikle madde kullanımıyla ilişkilenecek koşullu uyaran haline gelen unsurlar aşermeyi tetikleyip ardından da yeniden madde kullanmaya başlamaya yol açabilirler (Geniş, 2021).

### **2.8.5.5. Motivasyon**

Madde bağımlılarının tedavi edilmesindeki en önemli zorluklardan biri bu kişilerin tedavi olmaya karşı düşük bir motivasyona sahip olmalarıdır. Madde bağımlısı bireyin tedaviye dahil olmasında içsel ve dışsal motivasyon unsurları etkili olabilmektedir (Evren ve ark., 2006).

## 3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, evren ve örneklem, verilerin elde edilmesinde kullanılan araçlar, uygulanan terapiler ve verilerin istatistiksel analizinde kullanılan yöntemler hakkında bilgiler yer almaktadır.

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma deneysel bir araştırmadır. Deneysel araştırmada temel amaç değişkenler arasındaki sebep netice ilişkilerini ortaya koymaktır. Bu araştırmada ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel desen kullanılmıştır. Yarı deneysel desenlerde gruplara üye seçimleri randomizasyon dışında bir yöntemle yapılırken grupların işlem gruplarına atanmasında randomizasyon kullanılmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2022). Bu desen doğrultusunda iki deney grubu ve bir tane de kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırmada birinci deney grubunda yer alan kişilere grup şema terapi, ikinci deney grubundakilere ise psikoeğitim, diyalektik davranışçı terapi ve bibliyoterapiden oluşan bir program uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

### 3.2. Araştırmanın Modeli

#### 3.2.1. Araştırmanın hipotezleri

1. Grup şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına göre madde kullanan çocuğu olan annelerin KSE'nin alt boyutlarından aldıkları puanlarda daha fazla anlamlı bir fark oluşturacak şekilde azalmaya yol açacaktır.
2. Grup şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına göre madde kullanan çocuğu olan annelerin YYDÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanlarda daha fazla anlamlı bir fark oluşturacak şekilde artışa yol açacaktır.
3. Grup şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına göre madde kullanan çocuğu olan annelerin ÇOE'nin alt boyutlarından aldıkları puanlarda daha fazla anlamlı bir fark oluşturacak şekilde artışa yol açacaktır.
4. Grup şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına göre madde kullanan çocuğu olan annelerin BAPİ-Ailenin alt boyutlarından aldıkları puanlarda daha fazla anlamlı bir fark oluşturacak şekilde değişime yol açacaktır.
5. Grup şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına göre madde kullanım bozukluğu olan bireylerin BAPİ-Kısanın madde kullanma sıklığı, tanı, yaşam üzerine etkileri ve motivasyon alt boyutlarından aldıkları puanlarda daha fazla

anlamli bir artişa; Şiddetli istek alt boyutundan aldıkları puanlarda ise anlamli bir düşüŐe yol açacaktır.

6. Grup Şema terapiye katılan annelerin KSE'nin alt boyutları açısından son test puanlarında ön test puanlarına göre anlamli bir düşüş olacaktır.
7. Grup Şema terapiye katılan annelerin YYDÖ'nün alt boyutları açısından son test puanlarında ön test puanlarına göre anlamli bir artış olacaktır.
8. Grup Şema terapiye katılan annelerin ÇOE'nin alt boyutları açısından son test puanlarında ön test puanlarına göre anlamli bir artış olacaktır.
9. Grup Şema terapiye katılan annelerin BAPİ-Aile'nin alt boyutları açısından son test puanlarında ön test puanlarına göre anlamli bir değişiklik olacaktır.
10. Grup Şema terapiye katılan annelerin çocuklarında, BAPİ-Kısanın madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üzerine etkileri ve motivasyon alt boyutları açısından son test puanlarında ön test puanlarına göre anlamli bir yükseliŐ; Şiddetli istek alt boyutundan aldıkları puanlarda ise anlamli bir düşüş olacaktır.

### **3.3. Çalışma Grubu**

Bu araştırmanın örneklemini Konya'da madde bağımlılığı alanında faaliyet gösteren Sosyal Rehabilitasyon Derneği'ne kayıtlı bulunan çocuklarında madde kullanım bozukluğu tanısı olan anneler oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmanın bir parçası da madde kullanan çocuklardır ancak madde kullanıcılarına herhangi bir işlem yapılmamış, sadece ön test ve son teste tabi tutulmuşlardır.

Araştırmaya katılacak annelere yaş sınırlandırması getirilmemiştir. Çocuğu 18 yaşından büyük olup okuma yazma bilen anneler araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmanın çeşitli hariç bırakma kriterleri mevcuttur. Okuma yazma bilmeyen, madde kullanıcısı çocuğu 18 yaşın altında olan, çocuğu ön ve son test uygulamalarına katılamayacak olan, çocuğu herhangi bir psikiyatrist tarafından madde kullandığına dair tanı almayan, bipolar ve psikotik bozukluk tanısı olan, ağır bir depresyonun akut evresinde bulunan anneler araştırmanın dışında tutulmuşlardır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada annelere Sosyodemografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Çözüm Odaklı Envanter, Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği, Aile Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ-A) formları uygulanmıştır. Madde kullanıcısı çocuklara ise BAPİ Kısa Formu uygulanmıştır.

### **3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu**

Toplamda 15 maddeden oluşan bir sosyodemoğrafik form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda katılımcılara yaşları, eğitim, sosyoekonomik ve medeni durumları ile ilgili sorular yneltirmiştir. Yine bu formda katılımcı annelere çocuklarının yaşları, aynı evde yaşayıp yaşamadıkları, çocuklarının ne kadar süredir madde kullandığı, annelerin psikiyatrik geçmişleri, eşlerinin ve çevrenin ne kadar yardımcı olduğu, psikoterapi geçmişleri ve çocuklarının temel olarak hangi maddeyi kullandıkları ile ilgili çeşitli sorular yneltirmiştir.

### **3.4.2. Kısa Semptom Envanteri**

Ölçek Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir ve hazırlanırken SCL-90-R'nin 9 boyutunu oluşturan 90 maddeden 53 tanesi seçilmiştir. Bu lek şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 5'li likert tarzında bir ölçektir. Ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanır ve "hiç" ve "ok fazla" gibi ifadeler kullanılır. Toplamda 53 maddeden oluşan envanterin yapılan faktör analizi çalışmaları neticesinde orijinal envanterden farklı olarak 5 faktör olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite boyutlarıdır. Yapılan üç çalışma neticesinde ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayıları .96 ve .95 olarak tespit edilmiştir. Bu ölçekten alınan yüksek puanlar daha çok psikolojik belirtiyeye işaret etmektedir. Ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

### **3.4.3. Yetişkin Yaşam Doyumu leği**

Kaba, Erol ve Güç (2017) tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan ve 5'li likert tarzında olan bir ölçektir. Ölçekte toplamda 5 alt boyut vardır. Bunlar, genel yaşam doyumunu, ilişki doyumunu, benlik doyumunu, sosyal evre doyumunu ve iş doyumunu şeklindeydir. Ölçekten alınabilecek puan 21-105 arasındadır ve puanların yüksek olması daha yüksek yaşam doyumuna ve bireyin kendi hayatıyla ilgili daha pozitif algılara sahip olduğuna işaret etmektedir. Ölçekte 6. Maddenin puanlaması tersinden yapılmaktadır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi neticesinde uyum indeksinin kabul edilebilir bir seviyede olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin genel Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır. Ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

#### **3.4.4. Çözüm Odaklı Envanter**

Ölçek Grant, Cavanagh, Kleitman, Spence, Lakota ve Yu (2012) tarafından geliştirilmiştir. Bu envanter Karahan ve Hamarta (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 6'lı likert tarzında bir envanterdir. Yapılan açımlayıcı faktör analizi neticesinde 12 maddeden oluşan ölçekte 3 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler kaynakları harekete geçirme, problemden ayırma ve hedef belirlemedir. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin uyum indeksinin iyi olduğunu göstermiştir. İç tutarlık katsayıları problemden ayırma alt ölçeği için .77, hedefe yönelim için .84, kaynakları harekete geçirme alt ölçeği için .70 olarak bulunmuştur.

#### **3.4.5. Aile Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ-A)**

Bu ölçek Ögel, Çelikay ve Başabak (2017) tarafından geliştirilen ve 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Açımlayıcı faktör analizi neticesinde total varyansın %30.81'ini açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler ilişkisel beceriler, aile içi bağlar ve bağımlıya karşı tutumdur. Bu üç faktörde ayrı ayrı bağımlılık fenomeni üzerinde etkili olmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .82'dir. Bağımlı bireylerin sadece anneleri dikkate alındığında ise Cronbach Alfa katsayısı 0,77 olarak saptanmıştır.

#### **3.4.6. BAPİ Kısa Formu**

Bu form Ögel, Güneş, Koç, Görücü ve Başabak (2015) tarafından geliştirilen toplamda 22 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üzerine etkiler, istek ve motivasyon gibi durumları değerlendirmektedir. Ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach Alfa katsayıları .39 ve .66 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .89'dur.

#### **3.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Bu araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan Aralık 2021 tarihinde 61351342 sayılı karar ile izin alınmıştır. Ayrıca Sosyal Rehabilitasyon Derneğinden 26.12.2021 tarihinde izin alınmıştır.

#### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın içeriği ve zamanlamasına ilişkin duyuru yapılmıştır. Başvuru yapanların giriş değişkenlerinin benzer olmasına dikkat edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı kuruma başvuran kişiler benzer sosyolojik özelliklere sahiptirler. Başvuru

yapan 40 kişi ön test olarak sosyodemografik formlar uygulanmak üzere davet edilmiştir. Bu uygulama neticesinde araştırmaya katılması uygun bulunan 36 kişi başvuru sırasına göre her grupta 12 kişi olmak üzere üç gruba bölünmüştür. Gruplar birinci başvuran 1. Grup, ikinci başvuran 2. Grup, üçüncü başvuran 3. Grup ve 4. başvuran tekrar 1. Grup sırasına göre bölünmüşlerdir. Ardından anneler ve madde kullanan çocukları ölçek uygulanmak üzere ön teste alınmışlardır. Ön testte annelere 4 çocuklarına da 1 ölçek uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmada isimlerinin yer almayacağı, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair güvence verilmiş ve katılımcılar araştırmanın içeriğiyle ilgili bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Bu çalışmada grup eşleştirmesi kullanılmıştır. Grup eşleştirmesi belirli değişkenler açısından denk grupların oluşturmasıdır. Burada gruplar belirli değişkenlerin grup ortalamaları açısından eşleştirilmeye çalışılırlar (Büyüköztürk ve ark., 2022). Grupları eşitlemenin en uygun yolu seçkisiz atama yapmaktır. Bunun yapılamadığı durumlarda ise belirli değişkenler açısından eşleştirme yapılabilir (Christensen ve ark., 2020). Gruplar eşleştirilirken katılımcıların yaşı, katılımcıların psikiyatrik tanıları, madde kullanan çocuklarının madde kullanım süreleri ve kullandıkları maddeler dikkate alınmıştır. İlgili değişkenler açısından yapılan değerlendirmede grup ortalamalarının birbirlerine benzer oldukları tespit edilmiş ve eşleştirme sağlanmıştır. Birinci grubun yaş ortalaması 51.92, ikinci grubun 52.58, üçüncü grubunsa 51.42'dir. Birinci grupta yer alan madde kullanıcılarının madde kullanma yıl ortalaması 8.33, ikinci gruptakilerininki 9.17, üçüncü gruptakilerinse 8.50 yıldır. Sonrasında ise eşleştirilen gruplar işlem gruplarına kura çekme yoluyla random olarak atanmışlardır. Birinci grup şema terapi, ikinci grup kontrol ve üçüncü grupta psikoeğitim grubu olarak atanmıştır. Araştırma 02.03.2022 tarihinde başlayıp 16.06.2022 tarihinde son bulmuştur. Şema terapi grubunun seansları Çarşamba günleri psikoeğitim grubunun seansları ise Perşembe günleri yapılmıştır. Araya bayram tatili girmesi dolayısıyla şema terapi grubunun seansları bir kez bir hafta ertelenmiştir. Psikoeğitim grubundaki üyelerinin talepleri üzerine ortak bir anlaşma sağlanarak 09.06.2022 tarihinde yapılacak seans bir hafta ertelenerek 16.06.2022 tarihinde yapılmıştır. Terapilerin uygulama prosedürleri gereği grup şema terapi seansları ilk bir saatten sonra kısa bir mola verilerek 90 dakika sürmüştür. Psikoeğitim grubunda ise, psikoeğitim seansları 60 dakika, kişilerarası beceri eğitimi seansları 150 dakika, bibliyoterapi seansları ise 90 dakika sürmüştür. Her iki grubun seansları da 15'er seans şeklinde yapılmıştır. Şema terapi grubu 1 katılımcının ilk seans sonrasında terapiyi bırakması 2 katılımcının da devamsızlık

dolayısıyla terapiden çıkartılması sebebiyle 9 kişiyle tamamlanmıştır. Diğer deney grubu ise 2 katılımcının ilk seans sonrasında terapiyi bırakması 2 katılımcının da zamanla terapiyi bırakması nedeniyle 8 kişi ile tamamlanmıştır. Seanslar bittikten sonra her üç gruba da son test uygulaması yapılmıştır. Tüm katılımcılara son test uygulamak 1 ay sürmüştür. Son test işlemine şema terapi grubundan 9 anne ve 7 çocuk, psikoeğitim grubundan 8 anne ve 8 çocuk, kontrol grubundan ise 10 anne ve 8 çocuk katılmıştır.

### **3.7. İşlem**

#### **3.7.1. Grup şema terapi seanslarının hazırlanması ve uygulanması**

Grup şema terapi seansları 90 dakika sürmüş ve toplamda 15 seans yapılmıştır. Bu uygulamada Grup Şema Terapi modlar ve modlara yapılacak müdahaleler üzerinden tasarlanmıştır. Grup şema terapi programının içeriği ve kullanılan teknikler oluşturulurken konuyla ilişkili pek çok kitaptan faydalanılmıştır (Arntz ve Jacob 2016; Farell ve Shaw, 2012; Farell ve ark., 2015; Jacob ve ark., 2015; Simeone ve ark., 2017; Loose ve ark., 2018; Young ve ark., 2016).

#### **Birinci Seans**

##### **Araçlar**

A4 kağıtları, Modlara ilişkin bilgilendirme metni

##### **Amaçlar**

Tanışma, grup birlikteliği oluşturmaya çalışma, grup kurallarının üstünden geçme, şema terapi ve modlarla ilgili bilgi verme.

##### **Süreç**

Grup üyelerinin birbirleriyle tanışmaları sağlandı. Grup kurallarını hatırlatılarak grup süreciyle ilgili bilgilerin üstünden geçildi. Ardından modlara ilişkin bilgiler verildi. Katılımcılar dağıtılan A4 kağıtlarına notlar aldılar. Katılımcılar ilgili modlara ilişkin bilgi verilirken kendi deneyimlerini aktardılar. Modlara ilişkin bilgilerin yer aldığı bir metin okunmak üzere dağıtılarak oturum özetlendi ve sonlandırıldı.

## **İkinci Seans**

### **Araçlar**

A4 kâğıdı,

### **Amaçlar**

Katılımcıların kendi modlarını daha iyi anlayabilmeleri için bireysel mod formülasyonlarını yapmalarının sağlanması.

### **Süreç**

Geçen haftanın özeti yapılarak başlandı. Katılımcılara kendi mod formülasyonlarını yapabilmeleri için boş bir kâğıt dağıtıldı. Dağıtılan kâğıtlar katılımcılar tarafından yatay olarak dörde bölündü. İlk kısım baş etme modlarına, ikinci kısım CEM'e ve DÖTEM'e, üçüncü kısım İÇM'ye ve ÖÇM'ye dördüncü kısımda SYM'ye ve MÇM'ye ayrıldı. Katılımcılar kendi hayatlarında etkili olan modları kâğıda yazdılar. Katılımcılar kendilerinde etkin ve güçlü olan modları kendi hayatları açısından değerlendirdiler. A4 kâğıdında her mod için ayrılan kısımlara katılımcılar o modun bakış açısını, duygularını, ihtiyaçlarını ve ne zamanlarda tetiklendiğini yazdılar. Gönüllü katılımcılar yazdıklarını paylaştıktan sonra seansın özeti yapıp seans sonlandırıldı.

## **Üçüncü Seans**

### **Araçlar**

### **Amaç**

Katılımcıların baş etme modlarını tanımlarının ve bu modun yaşam öyküsel arka planını öğrenmelerinin sağlanması. Baş etme modlarının madde kullanıcısı çocuklarla olan ilişkide nasıl işlev gördüğünün anneler tarafında fark edilmesinin sağlanması.

### **Süreç**

Geçen haftanın özetinin yapılarak seansa başlandı. Sonrasında teslim, kaçınma ve aşırı telafi baş etme modlarına ilişkin bilgilendirme yapıldı ve geçmişte modların gelişimine yol açabilecek yaşantılar grupça konuşuldu. Anneler bu modun yaşam öyküsel arka planına ilişkin çocukluklarından örnekler verdiler. Baş etme modlarının erken çocuklukta adaptif yönlerine ilişkin gönüllü katılımcılar düşüncelerini paylaştılar. Terapist madde kullanıcısı çocuk karşısında üç baş etme modunu canlandırdı. Bu canlandırma ile annelerin baş etme modlarının sorunlu yanlarını fark etmeleri sağlanmaya çalışıldı. Annelere tekrar söz verildi ve annelerde madde

kullanıcısı çocuklar karşısındaki baş etme modlarına örnekler verdiler. Bu modlarla madde kullanıcısıyla baş etmenin avantaj ve dezavantajları tartışıldı. Ardından seans özetlenip sonlandırıldı.

### **Dördüncü Seans**

#### **Araçlar**

A4 kâğıdı, Uzun bir sopa

#### **Amaç**

CEM'i tanıma, bu modun yaşam öyküsel arka planını anlama, modun içerdiği mesajları fark etme ve modun güncel tetikleyicilerini keşfetme.

#### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Ardından terapist uzun sopayı avcuna koydu ve katılımcılardan kendisine olumsuz geri bildirimlerde bulunmalarını istedi. Anneler düşecek, yapamazsın, beceriksiz... gibi mesajlar ilettiler. Ardından da tam tersi şekilde annelerden olumlu mesajlar iletmeleri istendi. Ardından bu iki durumun farklılıkları ele alındı. Terapist CEM'e ilişkin bilgilendirme yaptı. Terapist bu modun gerçek ebeveynleri olmayabileceği ve sadece ötekilerin olumsuz söylemlerinin ve eylemlerinin yansımaları olabileceğini vurgulayarak annelerin suçluluk duymalarının önüne geçmeye çalıştı. Sonrasında ise CEM'in gelişmesine yol açabilecek yaşantılar, modun güncel tetikleyicileri ve modun işlev bozucu yanları grupça tartışıldı. Grup üyelerinden A4 kağıtlarına kendi CEM'lerinin ilettiği mesajları yazmaları istendi. Katılımcılar cezalandırıcı yanlarının söylediklerini yazdıktan sonra gönüllü olanlar yazdıklarını grupla paylaştılar. Ardından oturum özetlenerek sonlandırıldı.

### **Beşinci Seans**

#### **Araçlar**

CEM'e karşı hazır replikler

#### **Amaç**

İyi ebeveyn davranışlarını ve mesajlarını öğrenme, CEM'e karşı sağlıklı yetişkin duruşunu öğrenme.

#### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında ise terapist iyi bir ebeveynin nasıl davranması gerektiğiyle ilgili bir bilgilendirme yaptı. Bu çalışmayla terapist CEM'in normal olmayan davranışlarına ilişkin farkındalık geliştirmeye ve iyi bir ebeveynin

nasıl olacağına dair içgörü oluşturmaya çalıştı. Ardından terapist boş sandalyeye CEM'i hayali olarak oturttu ve SYM olarak onunla nasıl konuşulacağını modelledi. Ardından terapist CEM karşısında sağlıklı duruşu yansıtan ve onu geriletmeye yardımcı olacak hazır repliklerin olduğu bir kâğıdı dağıttı. Katılımcılardan kâğıttan seçecekleri üç mesajı CEM'i temsil eden sandalyeye kararlı bir tonda okumalarını istedi. Gönüllü olan katılımcılar da sandalye üzerinden benzer şekilde kendi cezalandırıcı yanlarıyla konuşmayı denediler. Katılımcıların düşünceleri alındı ve oturum özetlenerek sonlandırıldı.

### **Altıncı Seans**

#### **Araçlar**

Büyük boy resim defteri kâğıdı, Fosforlu kalem, Renkli post it kağıtları

#### **Amaç**

CEM'e karşı alınacak sağlıklı tavrı güçlendirmek, CEM'in madde kullanıcısı çocuk karşısında nasıl tetiklendiğini fark etmek, CEM'in dışsal tetikleyicileriyle sağlıklı yetişkin olarak baş etmeyi öğrenmek.

#### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında terapist duvara asılı olan resim kâğıdına CEM'i temsilen bir resim çizdi. Ardından geçen hafta dağıtılan CEM'e karşı SYM duruşunu modelleyen hazır repliklerin olduğu kâğıt tekrar dağıtıldı ve annelerden üç farklı renkte olan post it kağıtlarına üç ayı mesaj yazarak CEM'i temsil eden resme yapıştırmaları istendi. Bu egzersiz tamamlandıktan sonra annelerden yaşantısal çalışma esnasındaki duygu ve düşünceleri alındı. Daha sonra CEM'in madde kullanan çocukları karşısında nasıl tetiklendiği konusunu açıldı. Sonrasında ise bu durumda SYM davranışlarının ve tavırlarının neler olabileceğiyle ilgili grupça bir tartışma yürütüldü. Terapist bu tartışmaya SYM modeli olarak rehberlik yaparak katılım gösterdi. Oturum özetlenerek altıncı oturum sonlandırıldı.

## **Yedinci Seans**

### **Araçlar**

A4 kâğıdı

### **Amaç**

DOTEM'e ilişkin farkındalık kazanmak, DOTEM'in madde kullanıcısı çocukla olan ilişkideki yıkıcı taraflarını keşfetmek ve DOTEM'e karşı sağlıklı yetişkin duruşu geliştirmek.

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Ardından terapist DOTEM'e ilişkin bilgilendirme yaptı. Katılımcılarla bu modun yaşam öyküsel geri planı ve gelişmesindeki muhtemel erken dönem yaşantılar konuşuldu. Sonrasında ise terapist rol canlandırması yaparak bir katılımcıyla beraber madde kullanan çocuğu ve DOTEM'i canlandırdı. Burada diğer üyeler DOTEM'in madde kullanıcısı karşısındaki rolünü görmüş oldular. Sonrasında ise A4 kağıtları katılımcılara dağıtıldı. Katılımcılar DOTEM'in madde kullanıcısı bireyle olan mücadeledeki avantaj ve dezavantajlarını yazdılar. Ardından yazılanlar değerlendirildi ve tartışıldı. Daha sonra annelerden biri ile terapist, annenin DOTEM'i terapistin de sağlıklı yetişkini oynadığı bir sandalye çalışması yaptılar. Terapist bu çalışmada ebeveyn modu ile pazarlık yaparak ve uzlaşmaya çalışarak modu sınırlandırmaya çalıştı. Yapılan rol çalışması değerlendirildikten ve katılımcılardan gönüllü olanlar düşüncelerini paylaştıktan sonra oturum özetlenerek sonlandırıldı.

## **Sekizinci Seans**

### **Araçlar**

İncinmiş Çocuk Moduna Psikoeğitim Kâğıdı

### **Amaç**

İÇM'yi tanımak, normal çocukluk haklarını öğrenmek

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Ardından İÇM ile ilgili olarak terapist bilgilendirme yaptı. Anneler bu modun nasıl geliştiği ve günceldeki tetiklenme biçimlerine dair grupça bir tartışma yürüttüler. Sonrasında "İncinmiş Çocuk Moduna Psikoeğitim" kâğıdı dağıtıldı. Anneler bu kâğıt üzerinden kendi çocukluklarına ilişkin paylaşımlar yaptılar. Seans özetlenerek oturum sonlandırıldı.

## **Dokuzuncu Seans**

### **Araçlar**

A4 Kağıtları

### **Amaç**

Günceldeki karşılanmayan ihtiyaçlar ile geçmişteki ihtiyaçlar arasında bağ kurma, yeniden ebeveynlik kavramını tanıma.

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında terapist temel psikolojik ihtiyaçlara ilişkin psikoeğitim verdi. Psikolojik ihtiyaçların karşılanmaması ile İÇM'nin gelişimi arasındaki ilişkilere ilişkin bilgi aktarımında bulunuldu. Devamında ise annelerin çocuklukta karşılanmayan ihtiyaçlar ile güncelde karşılanmayan ihtiyaçları arasındaki benzerlikleri ve bağlantıları görmeleri sağlanmaya çalışıldı. Ardından yeniden ebeveynlik kavramı tanıtıldı ve katılımcılar beraberce İÇM tetiklendiğinde ona hangi mesajları iletmenin onu teselli edebileceğini tartışıp notlar aldılar. Oturum özetlenerek sonlandırıldı.

## **Onuncu Seans**

### **Araçlar**

Post it kağıtları, Büyük boy resim defteri kâğıdı,

### **Amaç**

İÇM'ye sınırlı yeniden ebeveynlik yapmaya devam etmek, İÇM'nin madde kullanıcısı çocukla olan ilişkideki pozisyonunu kavramak.

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında annelerden İÇM'lerinin duymak istedikleri üç mesajı farklı renklerdeki post it kağıtlarına yazmaları istendi. Ardından da duvara yapışık resim defteri kâğıdına çizili olan İÇM temsiline bu mesajları sesli şekilde ve yumuşak bir ses tonuyla okuyarak yapıştırdılar. Daha sonra annelerin egzersiz ile ilgili deneyimleri konuşuldu. Sonrasında ise terapist İÇM'nin madde kullanıcısı çocukları karşısında nasıl tetiklendiği konusunu grubun tartışmasına açtı. Grup tartışarak madde kullanan birey karşısında tetiklenen İÇM'ye karşı SYM bakış açısının ve müdahalelerinin neler olabileceğini tartıştı. Terapist İÇM'si tetiklenen bir katılımcının bu yaralı yanına şimdi ve burada dinamikleri çerçevesinde sınırlı yeniden ebeveynlik yaptı. Oturum özetlenerek sonlandırıldı.

## **On birinci Seans**

### **Araçlar**

A4 Kâğıdı

### **Amaç**

ÖÇM'yi anlamak, ÖÇM'nin madde kullanıcısı bireyle baş ederken ki rolünü fark etmek, ÖÇM'yi SYM'nin kontrolüne vermek.

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Terapist sonrasında ÖÇM ile ilgili bir bilgilendirme yaptı. ÖÇM ile İÇM'nin karşılanmayan ihtiyaçları arasındaki bağlantılar ele alındı. Sonrasında katılımcılar grupça öfkeli çocuğun bağımlı bireyle olan ilişkilerinde nasıl tetiklendiğini ve ne tür zararlı sonuçlara yol açtığını tartıştılar. Daha sonrada SYM'nin ÖÇM'yi nasıl sınırlandırıp, İÇM'nin ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı tartışıldı ve katılımcıların önerileri dinlendi. Sonrasında katılımcılardan birinin ÖÇM'si ile sandalye diyalogu yapılarak terapist SYM'yi temsilen bu modun ihtiyaçlarını onayladı ve ona SYM olarak sınırlı yeniden ebeveynlik yaptı. Oturum özetlenerek sonlandırıldı.

## **On İkinci Seans**

### **Araçlar**

A4 kağıtları

### **Amaç**

MÇM'yi ortaya çıkartmak, annelerin çocuklarıyla baş etmeye çalışırken mutlu çocuk yanlarını ihmal ettiklerinin farkına varmalarını sağlamak, MÇM'yi etkinleştirecek aktiviteler planlamak

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Terapist MÇM'yi etkinleştirmek için imajinasyon yoluyla annelerin çocukluk hallerini lunaparka götürdü ve onları gezdirerek onlara istediklerini yedirip içirdi. Ardından bağımlılık sürecinin MÇM üzerindeki negatif etkileriyle ilgili bir tartışma yapıldı. Ardından A4 kağıtları dağıtılarak her katılımcının MÇM'lerini nelerin tetiklediğini yazması ve yazılanların grupta paylaşılması sağlandı. Ardından da MÇM için haftalık bir aktivite planlaması yapıldı. Yazılanlar paylaşıldıktan sonra seans özetlenerek oturum sonlandırıldı.

## **On Üçüncü Seans**

### **Araçlar**

A4 kağıtları

### **Amaç**

Annelerin çocuklarının modlarını öğrenmeleri ve annelerin, çocuklarında bulunan modların madde kullanımıyla olan ilişkisini anlamaları.

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında terapist madde bağımlılığının gelişmesinde ve sürmesinde modların nasıl bir işlev görebileceğiyle ilgili bilgiler verildi. Sonrasında ise terapist, kopuk kendini uyuşturan, İÇM, DÇM, inatçı çocuk, manipülatif kontrolcü ile zorba ve saldırgan modlarla ilgili bilgilendirmeler yaptı. Ardından terapist madde kullanıcısı rolüne girerek teker teker bu modları canlandırdı. Ardından rol oyununa gönüllü katılımcılarda dahil oldular. Gönüllü katılımcılar bu modları canlandırmaya çalışırken diğer gönüllü katılımcılar da bu modlar tarafından zarara uğrayan bir annenin rolünü oynamaya çalıştılar. Rol oyunuyla ilgili grup tartışması yapıldıktan sonra seans özetlenerek sonlandırıldı.

## **On Dördüncü Seans**

### **Araçlar**

A4 kağıtları, Madde kullanıcılarının modları karşısında sağlıklı yetişkin duruşuyla ilgili bilgi veren bilgilendirme kâğıdı

### **Amaç**

Madde kullanıcılarının uyumsuz modları karşısında sağlıklı yetişkin duruşu alabilmek

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Sonrasında bağımlılıkla ilişkili olabilecek modlara karşı SYM olarak neler yapılabileceğini anlatan bir bilgilendirme kağıdı dağıtıldı. Ardından terapist madde kullanıcısı çocukların modlarıyla annelerdeki uyumsuz mod aktivasyonu arasında nasıl bir etkileşim olabileceğiyle ilgili bir tartışma açtı. Katılımcılar madde kullanan çocuklarının hangi modlarının kendilerinde ne tür mod aktivasyonlarına sebep olduğunu tartıştılar. Ardından katılımcılar rol oyununda madde kullanıcılarının uyumsuz modları karşısında kendi SYM'lerini işe koşmayı denediler. Terapist ise bu süreçte bir sağlıklı yetişkin figürü olarak önerilerde bulundu. Seans özetlenerek oturum sonlandırıldı.

## **On Beşinci Seans**

### **Araçlar**

A4 kağıtları

### **Amaç**

Annelerin hem kendi modlarına hem de madde kullanan çocuklarının modlarına karşı sağlıklı yetişkin müdahalelerini gözden geçirmeleri ve kendileri ile çocukları için bireyselleştirilmiş bir mod yönetim planı oluşturmaları

### **Süreç**

Geçen haftaki seans özetlendi. Ardından terapist annelerden kendilerinde bulunan her bir uyumsuz mod için SYM'nin neler yapabileceğini yazmalarını istedi. Yazılanlar paylaşıldıktan sonra terapist katılımcılardan aynı işlemi çocuklarının modları için yapmalarını istedi. Bu şekilde katılımcılar hem kendi hem de çocuklarının modları için bir mod yönetim planı oluşturmuş oldular. Ardından yazılanlar grupla paylaşıldı ve grupça tartışıldı. Sonrasında ise anneler ayağa kalkarak iki kişi karşılıklı duracak şekilde ellerini birleştirdiler ve bir köprü oluşturdular. Her bir katılımcı köprüden geçerken anneler o kişiyle ilgili olumlu mesajlar iletiler. Son olarak anneler genel olarak sürecin kendilerine neler kattığını paylaştılar ve genel bir özet yapıldıktan sonra oturum sonlandırıldı.

### **3.7.2. Grup psikoeğitimi, DDT ve bibliyoterapi seanslarının hazırlanması ve uygulanması**

İkinci deney grubu üç ayrı bileşenden oluşmaktadır. İlk 6 seansta Samba Aile uygulanmış, sonraki 3 seansta DDT temelli Ebeveyn Beceri Davranışları Eğitimi uygulanmış, son 6 seansta ise Kültekin Ögel'in Bağımlılık ve Aile isimli kitabı okunup tartışılmıştır. Psikoeğitim seansları 60 dakika, DDT seansları 150 dakika, bibliyoterapi seansları ise 90 dakika sürmüştür. Bu grup içinde toplam 15 oturum uygulanmıştır. Bu grubun seansları hazırlanırken çok çeşitli kitap ve makalelerden istifade edilmiştir (Linehan, 2020a, 2020b; Ögel ve ark., 2015; Ögel, 2015).

#### **3.7.2.1. Psikoeğitim seansları**

Psikoeğitim seansları SAMBA Aile uygulamalarını içermektedir.

### **Birinci Seans**

Bağımlılık kavramı, beyin ve bağımlılık ilişkisi, bağımlılığın seyri, iyileşme dönemleri, kayma döngüsü ve belirtileri gibi konular işlenmiştir.

## **İkinci Seans**

Kullanılan maddeler ve ailelerin bilgilerinin tartışılması, bilgilerimizi test edelim anketi, alkol dışı maddelerin etkileri hakkında bilgilendirme gibi konu başlıklarının ele alınması.

## **Üçüncü Seans**

Aileler/yakınlar neler yaşıyor? Harekete geçmeden önce düşünün, kendine iyi davran, çevre baskısı ve başa çıkma yolları, bağımlılıkla baş etmede kullanılan yöntemler gibi konu başlıkları ele alınmıştır.

## **Dördüncü Seans**

Zamanını yapılandırın, sorumluluklarını onun yerine üstlenmeyin, hayatınızı sürdürün, yaşadığınız çevreyi değiştirin, değişim için acele etmeyin, şüphelendiğinizde somut verilere dayanın, sizde değişin, geçmişi unutun ve geleceğe odaklanın konu başlıkları ele alınmıştır.

## **Beşinci Seans**

Ödüllendirmek, açık olun, daha iyi iletişim kurun, mesajlarınızı doğru biçimde verin, tartışmayın, onu anlamaya çalışın, sınırlarınızı koruyun ve seçenek sunun konu başlıkları ele alınmıştır.

## **Altıncı Seans**

Değişim adımlarını hatırlama, sorunlar ve çözümleri konu başlıkları ele alındı. İlk altı seans özetlenerek seanslar sonlandırıldı.

### **3.7.2.2. Diyalektik davranışçı terapi temelli kişilerarası beceri eğitimi seansları**

7., 8. ve 9. Seanslar Diyalektik Davranışçı Terapinin dört beceri eğitimi modülünden biri olan kişilerarası beceriler eğitimi içerisinde yer alan “Ebeveyn Beceri Davranışlarının” uygulanmasını içermektedir.

## **Yedinci Seans**

Bu oturumda Marsha Linehan’ın (2020) DBT Becerileri Eğitimi Gereçler ve İşlem Çizelgeleri kitabında yer alan DEAR MAN becerilerinin anlatıldığı “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 5” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 5A” uygulanmıştır. Sonrasında ise öğrenme, pekiştirme ve cezalandırma gibi konularda

uygulamalar içeren “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 20”, “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 21”, “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 22” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 22A” çizelgeleri kullanılmıştır.

### **Sekizinci Seans**

Bu oturumda Marsha Linehan’ın (2020) DBT Becerileri Eğitimi Gereçler ve İşlem Çizelgeleri kitabında yer alan GIVE becerilerinin anlatıldığı “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 6” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 6A” uygulanmıştır. Sonrasında ise onaylama konusunu içeren “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 17”, “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 18” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 18A” çizelgeleri kullanılmıştır.

### **Dokuzuncu Seans**

Bu oturumda Marsha Linehan’ın (2020) DBT Becerileri Eğitimi Gereçler ve İşlem Çizelgeleri kitabında yer alan FAST becerilerinin anlatıldığı “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 7” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 8” uygulanmıştır. Sonrasında ise onaylanmamanın üstesinden konusunun yer aldığı “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 19” ve “İletişimde Etkili Olma Çalışma Kâğıdı 19A” kullanılmıştır.

### **3.7.2.3. Bibliyoterapi seansları**

Son altı seansta Kültekin Ögel’in “Bağımlılık ve Aile” isimli kitabı okunmuş ve seanslarda tartışılmıştır. 10. Seans öncesinde katılımcı annelere kitapları temin edilmiş ve bu kitap altı bölüme ayrılarak seanslarda tartışılmıştır. Bibliyoterapi kısmında her seansa o hafta işlenecek ünitenin önemli konularından birinin ismi verilmiştir.

### **Onuncu Seans**

Onuncu seansın ismi “bağımlılık oyunudur”. Anneler bu seans öncesinde kitabı başından 55. sayfaya kadar okumuşlardır. Terapist seansa kısa bir giriş yapmış ardından da bu bölümde yer alan bağımlılığın özellikleri, çocuğun madde kullandığı öğrenildiğinde yaşanan duygular ve tedaviye yönlendirme gibi konuları annelerin grupça tartışmasına moderatörlük yapmıştır. Seans özet yapılarak ve ertesi hafta işlenecek kitap bölümü hakkında bilgilendirme yapılarak neticelendirilmiştir.

### **On Birinci Seans**

On birinci seansın ismi “oyunun kurallarını yeniden yazmaktır”. Anneler seans öncesinde kitabı 55. sayfadan 117. Sayfaya kadar okumuşlardır. Terapist geçen haftayı özetleyerek seansı açmış ve kısa bir bilgilendirme yaptıktan sonra annelerin sınır koyma, bozuk plak tekniği ve etkili iletişim becerileri gibi konuları tartışmalarına rehberlik yapmıştır. Seans özet yapılarak ve ertesi hafta işlenecek kitap bölümü hakkında bilgilendirme yapılarak neticelendirilmiştir.

### **On İkinci Seans**

On ikinci seansın ismi “bağımlılıkta tedavi yöntemleridir”. Anneler seans öncesinde kitabı 117. Sayfadan 183. sayfadaki ekstazi başlığına kadar okumuşlardır. Bu seans geçen haftanın özeti ve bu haftaki seansla ilgili kısa bir bilgilendirmeyle başlanmış ardından da anneler tedavi yöntemlerini, alkol ve esrar konu başlıklarını grupça tartışmışlardır. Annelerin soruları cevaplanarak, bu haftaki seans özetlenerek ve gelecek haftaki kitap bölümü hakkında bilgilendirme yapılarak oturum kapatılmıştır.

### **On Üçüncü Seans**

On üçüncü seansın ismi “eroïn kullanıcısının yakını olmaktır”. Anneler seans öncesi kitabı 183. Sayfadan 225. sayfaya kadar okumuşlardır. Bu seans geçen haftanın özeti ile bu haftaki seansla ilgili kısa bir bilgilendirmeyle başlamıştır. Anneler bu seansta ekstazi, eroïn ve kokain konu başlıklarını grupça tartışmışlardır. Annelerin soruları cevaplanarak, bu haftaki seans özetlenerek ve gelecek haftaki kitap bölümü hakkında bilgilendirme yapılarak oturum kapatılmıştır.

### **On Dördüncü Seans**

On dördüncü seansın ismi “bağımlılık ailece oynanan bir oyundur”. Anneler kitabı seans öncesinde 225. sayfadan 273. sayfaya kadar okumuşlardır. Bu seans geçen haftanın özeti ile bu haftaki seansla ilgili kısa bir bilgilendirmeyle başlamıştır. Anneler bu seansta eş bağımlılık, sağlıklı ve sorunlu aileler, aile içi kurallar ve bağımlıların davranışları gibi konu başlıklarını grupça tartışmışlardır. On dördüncü seans özetlenerek ve gelecek haftaki kitap bölümü hakkında bilgilendirme yapılarak oturum kapatılmıştır.

## **On Beşinci Seans**

On beşinci seansın ismi “oyun parkıdır”. Anneler seans öncesinde kitabı 273. sayfadan sonuna kadar (326. sayfa) okumuşlardır. Bu seans geçen haftanın özeti ile bu haftaki seansla ilgili kısa bir bilgilendirmeyle başlamıştır. Bu seansta anneler bağımlı çocukların aile içinde oynadıkları oyunlar, bağımlılığı önlemede yapılabilecekler ve ailelerin sıkça sordukları sorular ve yanlış söylemlere doğru yanıtlar gibi konu başlıklarını grupça tartışmışlardır. On beşinci seans tüm terapi süreciyle ilgili genel bir değerlendirmenin yapılıp annelerden geri bildirim alınmasıyla sonlandırılmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu araştırma kapsamında yürütülen istatistiksel analizler için SPSS 25 kullanılmıştır. İlk olarak şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarına ilişkin Sosyodemografik verilere ve çocuklarının madde bağımlılık durumlarına ilişkin verilere dair betimsel istatistikler sunulmuştur. Demografik değişkenlere göre gruplar arası bir farklılık olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla Kruskal Wallis Testi ile Ki Kare Bağımsızlık Testleri uygulanmıştır. Gruplarda yer alan katılımcı sayılarının çok yüksek olmaması nedeniyle non parametrik testler kullanılmıştır. Ön test ve son test puanlarının grup içi karşılaştırmaları için bağımlı gruplar t testinin non parametrik alternatifi olan Wilcoxon İşaretli sıralar testi kullanılmıştır. Hem ön test hem de son test puanlarının karşılaştırılması için gruplar arası analizlerde tek yönlü varyans analizinin non parametrik alternatifi olan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

### 4.1. Sosyodemografik Forma İlişkin İstatistikler

#### 4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler

**Tablo 1:** Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler

	Şema Terapi Grubu		Psikoeğitim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p	
	Ort ve Ss	Ort ve Ss	Ort ve Ss	Ort ve Ss	Ort ve Ss	Ort ve Ss	Ort ve Ss			
<b>Yaş (Yıl)</b>	51.92±7.88		51.42±6.36		52.58±7.82		51.97±7.19		.952*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	p	
<b>Eğitim</b>	İlkokul	8	66.7	7	53.3	9	75	24	66.7	.804*
<b>Durumu</b>	Ortaokul	-	-	1	8.3	-	-	1	2.8	
	Lise	2	16.7	3	25	2	16.7	7	19.4	
	Üni.	2	16.7	1	8.3	1	8.3	4	11.1	
<b>Gelir</b>	Düşük	3	25	6	50	7	58.3	16	44.4	.532**
<b>Durumu</b>	Orta	8	66.7	5	41.7	4	33.3	17	47.2	
	Yüksek	1	8.3	1	8.3	1	8.3	3	8.3	
<b>Medeni</b>	Evli	8	66.7	7	58.3	8	66.7	23	63.9	.947**
<b>Durum</b>	Boşanmış	1	8.3	2	16.7	2	16.7	5	13.9	
	Vefat Etmış	3	25	3	25	2	16.7	8	22.2	

**Tablo 1:** Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler (Devamı)

		Şema								
		Terapi		Psikoeğitim		Kontrol		Toplam		
		Grubu		Grubu		Grubu		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	p
Çalışma Durumu	Evet	1	8.3	3	25	3	25	7	19.4	.492**
	Hayır	11	91.7	9	75	9	75	29	80.6	
Psikiyatrik Tanı Durumu	Evet	5	41.7	5	41.7	6	50	16	44.4	.894**
	Hayır	7	58.3	7	58.3	6	50	20	55.6	
	Depresyon	3	60	4	80	3	50	10	27.8	.833**
Bozukluk Varsa Türü	İki Uçlu Boz.	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Anksiyete	2	40	1	20	2	33.3	5	13.9	
	OKB	-	-	-	-	1	16.7	1	2.8	
	Kişilik Boz.	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Diğer	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Hayır	4	33.3	6	50	6	50	16	44.4	.725**
	Birkaç görüşme	5	41.7	5	41.7	4	33.3	14	38.9	
Daha Önce Psikoterapi Alma Durumu	3 ay	2	16.7	-	-	2	16.7	4	11.1	
	6 ay	-	-	-	-	-	-	-	-	
	1 yıl ve üzeri	1	8.3	1	8.3	-	-	2	5.6	

Not. Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, \*Kruskal Wallis testi, \*\*Ki kare bağımsızlık testi

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalaması  $51.92 \pm 7.88$  yıl olarak, psikoeğitim grubundakilerin  $51.42 \pm 6.36$  olarak ve kontrol grubundakilerin  $52.58 \pm 7.82$  olarak hesaplanmıştır. Toplam yaş ortalaması ise  $51.97 \pm 7.19$ 'dur. Gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan 8 katılımcı ilkokul (%66.7), 2'si lise (%16.7) ve 2'si de üniversite (%16.7) mezunudur. Psikoeğitim grubundaki katılımcıların 7'si (%58.3) ilkokul, 1'i (%8.3) ortaokul, 3'ü (%25) lise ve 1'i (%8.3) üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 9'u (%75) ilkokul, 2'si (%16.7) lise ve 1'i (%8.3) üniversite mezunudur. Gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan 3 kişinin (%25) gelir düzeyi düşük, 8'inin (%66.7) gelir düzeyi orta ve 1'inin (%8.3) gelir düzeyi yüksektir. Psiko eğitim grubundakilerin ise 6'sının (%50) gelir düzeyi düşük, 5'inin (%41.7) orta ve 1'inin (%8.3) gelir düzeyi yüksektir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 7'sinin (%58.3) gelir düzeyi düşük, 4'ünün (%33.3) orta ve 1'inin (%8.3) gelir düzeyi yüksektir. Gruplar arasında gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan 8 (%66.7) evli, 1'i (%8.3) boşanmış ve 3'ünün (%25) eşi vefat etmiştir. Psiko eğitim grubundaki katılımcıların ise 7'si (%58.3) evli, 2'si (%16.7) boşanmış ve 3'ünün (%25) eşi vefat etmiştir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 8'i (%66.7) evli, 2'si (%16.7) boşanmış ve 2'sinin (%16.7) eşi vefat etmiştir. Gruplar arasında medeni duruma göre herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubundaki katılımcılardan 1'i (%8.3), psiko eğitim grubundaki katılımcıların 3'ü (%25) ve kontrol grubundaki katılımcıların ise 3'ü (%25) çalışmaktadır. Gruplar arasında çalışma durumuna göre herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır. Şema terapi grubunda yer alan katılımcılardan 5'inin (%41.7), psiko eğitim grubundakilerin 4'ünün (%33.3) ve kontrol grubundakilerin 8'inin (%66.7) psikiyatrik bir tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında psikiyatrik tanı durumuna göre herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda olanların 5'inde (%41.7), psiko eğitim grubundakilerin 5'inde (%41.7) ve kontrol grubunda olanların 6'sında (%50) psikiyatrik tanı mevcuttur. Şema terapi olup psikiyatrik tanısı olan katılımcılardan 3'ünün (%60) tanısı depresyon, 2'sinin (%40) ise anksiyetedir. Psiko eğitim grubundakilerin 4'ü (%80) depresyon, 1'i (%20) anksiyete ve kontrol grubundakilerin 3'ü (%50) depresyon, 2'si anksiyete (%33.3) ve 1'i OKB (%16.7) tanılarına sahiptir. Tanı türüne göre gruplar arasında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların 4'ü (%33.3) daha önce psikoterapi almadığını, 5'i (%41.7) birkaç görüşme aldığını, 2'si (%16.7) en az üç ay süreli aldığını ve 1'i (%8.3) en az bir yıl ve üzeri psikoterapi aldığını belirtmiştir. Psiko eğitim grubundaki katılımcıların 6'sı (%50) daha önce psikoterapi almadığını, 5'i (%41.7) birkaç görüşme aldığını, 1'i (%8.3) bir yıl ve üzeri psikoterapi aldığını belirtmiştir. Kontrol grubundakilerin ise 6'sı (%50) almadığını, 4'ü (%33.3) birkaç görüşme, 2'si

(%16.7) en az üç ay süreli psikoterapi aldığını belirtmiştir. Daha önce terapi alma durumlarına göre gruplar arasında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır.

#### 4.1.2. Katılımcıların çocuklarının madde kullanım durumlarına ilişkin betimsel istatistikler

**Tablo 2:** Katılımcıların çocuklarını madde kullanım durumlarına ilişkin betimsel istatistikler

		Şema								p
		Terapi Grubu		Psikoeğitim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		
		Ort ve Ss		Ort ve Ss		Ort ve Ss		Ort ve Ss		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Madde kullanan çocuğun yaşı</b>		25.42±5.25		25.58±5.00		26.00±5.04		25.67±4.96		.908*
<b>Çocuğun son 3 aydır kullandığı madde</b>	Esrar	2	16.7	1	8.3	3	25	6	16.7	.785**
	Eroin	5	41.7	6	50	6	50	17	47.2	
	Metanfetamin	5	41.7	5	41.7	3	25	13	36.1	
<b>Madde kullanan çocuk ile aynı evde yaşama durumu</b>	Evet	12	100	11	91.7	11	91.7	34	94.4	.589**
	Hayır	-	-	1	8.3	1	8.3	2	5.6	
<b>Çocuk kaç yıldır madde kullanıyor</b>		8.33±5.68		8.58±4.12		9.17±5.97		8.69±5.18		.535*
<b>Babanın yardım etme durumu</b>	Vefat etti	3	25	3	25	2	16.7	8	22.2	.840**
	Hiç olmuyor	2	16.7	5	41.7	4	33.3	11	30.6	
	Biraz ilgileniyor	2	16.7	1	8.3	3	25	6	16.7	
	Orta şekilde ilgileniyor	1	8.3	1	8.3	-	-	2	5.6	

**Tablo 2:** Katılımcıların çocuklarını madde kullanım durumlarına ilişkin betimsel istatistikler (Devamı)

		Şema								p
		Terapi		Psikoeğitim		Kontrol		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Yakınlardan destek alma durumu</b>	İyi şekilde ilgileniyor	4	33.3	2	16.7	3	25	9	25	
	Çok az	8	66.7	7	58.3	7	58.3	22	61.1	.929**
	Az	1	8.3	2	16.7	-	-	3	8.3	
	Orta	1	8.3	1	8.3	2	16.7	4	11.1	
	İyi	1	8.3	1	8.3	2	16.7	4	11.1	
	Çok iyi	1	8.3	1	8.3	1	8.3	3	8.3	
<b>Çocuğun herhangi bir tanısı olma durumu</b>	Hayır	12	100	11	91.7	12	100	35	97.2	-
	Borderline	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Antisosyal	-	-	1	8.3	-	-	1	2.8	
	Narsisistik	-	-	-	-	-	-	-	-	

Not. Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, \*Kruskal Wallis testi, \*\*Ki kare bağımsızlık testi

Araştırmada şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların çocuklarının madde kullanımına dair bazı bilgilere ilişkin betimsel istatistikler Tablo 2’de sunulmuştur. Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların madde kullanan çocuklarının yaş ortalaması  $25.42 \pm 5.25$  yıl olarak, psikoeğitim grubundakilerin  $25.58 \pm 5.00$  olarak ve kontrol grubundakilerin  $26.00 \pm 5.04$  olarak hesaplanmıştır. Madde kullanan çocukların toplam yaş ortalaması ise  $25.67 \pm 4.96$ ’dır. Gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların çocuklarının madde kullanma yıl ortalaması  $8.33 \pm 5.68$  yıl olarak, psikoeğitim grubundakilerin  $8.58 \pm 4.12$  olarak ve kontrol grubundakilerin  $9.17 \pm 5.97$  olarak hesaplanmıştır. Çocukların toplam madde kullanım yıl ortalaması ise  $8.69 \pm 5.18$ ’dir. Gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubundaki katılımcıların çocuklarının son üç ayda 2’sinin (%16.7) esrar, 5’inin (%41.7) eroin, 5’inin (%41.7) metaanfetamin, psikoeğitim grubundakilerin 1’inin (%8.3) esrar, 6’sının (%50) eroin, 5’inin (%41.7) metaanfetamin, kontrol grubundakilerin ise 3’ünün (%25) esrar, 6’sının (%50) eroin 3’ünün (%25) metaanfetamin kullandığı tespit edilmiştir. Son üç ayda kullanılan

madde türüne göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların hepsi, psikoeğitim grubundaki katılımcıların 11'i (%91.7) ve kontrol grubundaki katılımcıların 11'i (%91.7) madde kullanan çocukları ile aynı evde yaşadıklarını bildirmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubundaki katılımcıların 3'ünün (%25) babası vefat etmiştir. 2'sinin (%16.7) babası hiç yardımcı olmamakta, 2'sinin (%16.7) biraz ilgilenmekte, 1'i (%8.3) orta düzeyde 4'ü ise (%33.3) çocukları ile iyi şekilde ilgilenmektedir. Psikoeğitim grubundaki katılımcılardan 3'ünün (%25) babası vefat etmiştir. Bu katılımcıların 5'inin (%41.7) babası hiç yardımcı olmamakta, 1'i (%8.3) biraz, 1'i (%8.3) orta düzeyde, 2'si (%16.7) iyi şekilde madde kullanan çocukları ile ilgilenmektedir. Kontrol grubundaki katılımcılardan 2'sinin (%16.7) babası vefat etmiştir. Bu gruptaki katılımcılardan 4'ünün (%33.3) babası hiç yardımcı olmamakta, 3'ü (%25) biraz, 3'ü (%25) ise iyi şekilde ilgilenmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şema terapi grubundaki katılımcılardan 8'i (%66.7) yakınlarından çok az, 1'i (%8.3) az, 1'i (%8.3) orta, 1'i (%8.3) iyi ve 1'i (%8.3) çok iyi düzeyde destek aldıklarını bildirmiştir. Psikoeğitim grubundaki katılımcılardan 7'si (%58.3) yakınlarından çok az, 2'si (%16.7) az, 1'i (%8.3) orta, 1'i (%8.3) iyi, 1'i (%8.3) çok iyi düzeyde yardım aldığını belirtmiştir. Kontrol grubunda bulunan katılımcıların ise 7'si (%58.3) yakınlarından çok az, 2'si (%16.7) orta, 2'si (%16.7) iyi ve 1'i (%8.3) çok iyi düzeyde destek aldığını ifade etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca hem şema terapi hem de kontrol grubundaki katılımcılar çocuklarının herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı olmadığını belirtmiştir. Yalnızca psikoeğitim grubunda yer alan katılımcıların çocuklarından 1'i (%8.3) antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almıştır.

## 4.2. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Grup İçi ve Gruplar Arası Analizleri

### 4.2.1. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların kısa semptom envanteri puanlarının grup içi ve gruplar arası analizleri

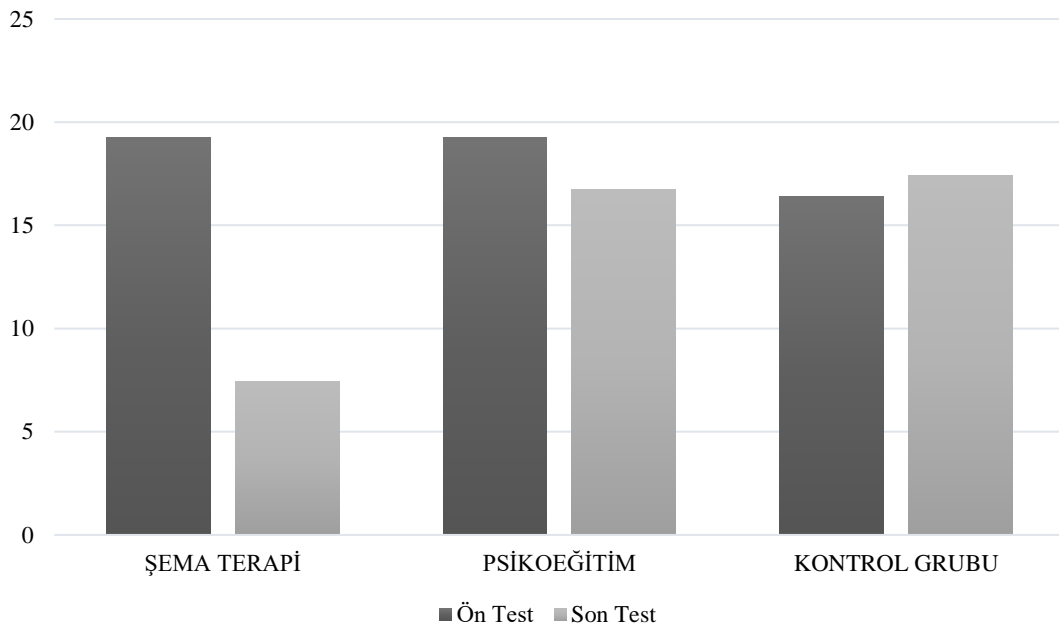
**Tablo 3:** Şema terapi ve psikoeğitim ve kontrol gruplarının kısa semptom envanteri skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

		Şema Terapi	Psikoeğitim	Kontrol	Gruplar		
		Grubu	Grubu	Grubu	Arası Analiz		
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	KWH	p**	
<b>Depresyon</b>	Ön Test	19.25±8.38	19.25±9.72	16.42±11.69	.650	.722	
	Son Test	7.44±5.03	16.75±10.55	17.40±10.67	6.13	.047	
		Ön test-	Ön test-	Ön test-			
		Son test	Son test	Son test			
		z	-2.67	-.491	-.170		
		p*	.008	.624	-.865		
<b>Anksiyete</b>	Ön Test	15.92±7.32	15.54±8.55	11.08±8.75	2.44	.295	
	Son Test	4.43±2.30	15.37±12.15	13.80±9.67	7.80	.020	
		Ön test-	Ön test-	Ön test-			
		Son test	Son test	Son test			
		z	-2.38	-1.53	-.777		
		p*	.017	.127	.437		
<b>Olumsuz Benlik</b>	Ön Test	14.36±9.98	11.25±8.06	10.33±8.26	1.26	.534	
	Son Test	5.33±2.60	12.62±7.52	11.70±9.29	3.98	.137	
		Ön test-	Ön test-	Ön test-			
		Son test	Son test	Son test			
		z	-2.53	-.931	-.933		
		p*	.012	.352	.351		
<b>Somatizasyon</b>	Ön Test	8.18±4.98	9.50±5.93	8.33±5.58	.239	.887	
	Son Test	3.44±3.24	7.43±6.05	8.20±4.64	6.40	.041	
		Ön test-	Ön test-	Ön test-			
		Son test	Son test	Son test			
		z	-2.20	-1.79	-1.33		
		p*	.028	.074	.182		
<b>Hostalite</b>	Ön Test	9.33±2.71	9.67±6±66	8.17±5.15	.806	.668	
	Son Test	4.44±2.19	7.00±3.79	8.80±6.29	2.87	.238	
		Ön test-	Ön test-	Ön test-			
		Son test	Son test	Son test			
		z	-2.67	-1.28	-.119		
		p*	.008	.202	.905		

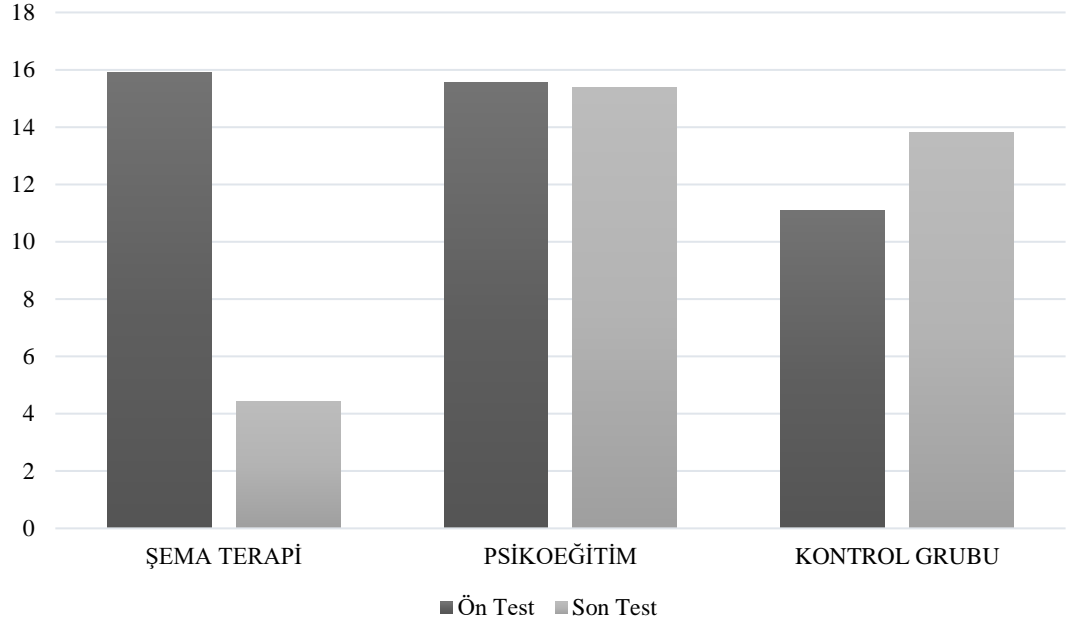
Not. \*Wilcoxon işaretli sıralar testi, \*\*Kruskal wallis testi

Şema terapi ile psikoeğitim uygulanan grup ile kontrol grubunun ön test ve son test kısa semptom envanteri puanlarının grup içi karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası analizler için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tablo 3'ten de takip edilebileceği gibi depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostalite boyutlarının ön test skorlarına ilişkin gruplar arası analiz sonuçlarının hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak depresyon, anksiyete ve somatizasyon boyutlarına ilişkin son test skorları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir. Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların depresyon, anksiyete ve somatizasyon boyutlarına ilişkin skorlarına terapi sonrasında psikoeğitim ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur.

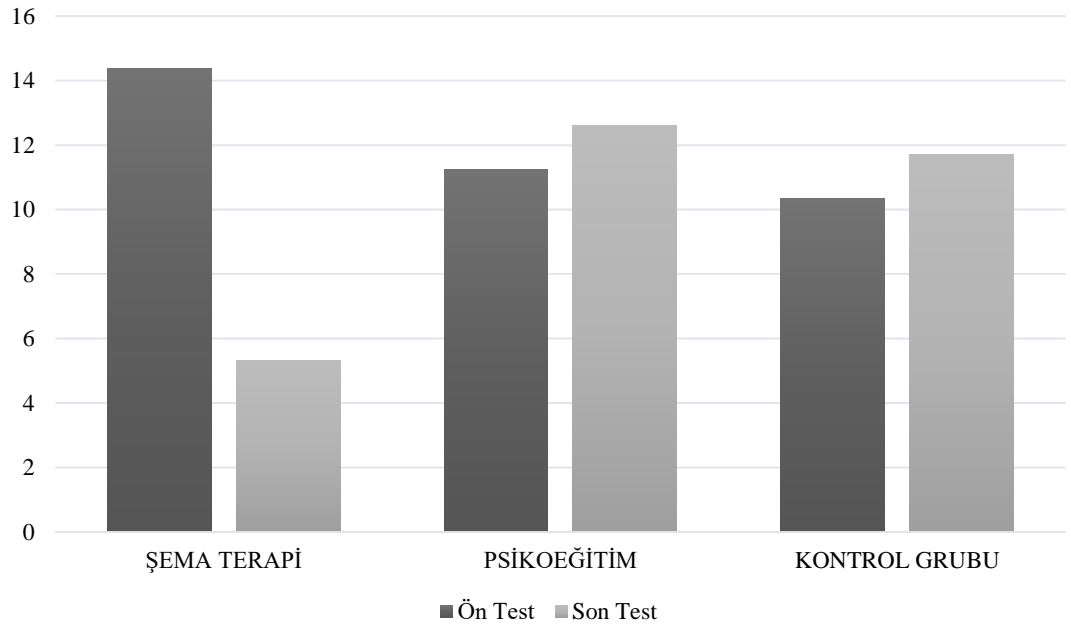
Depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostalite ve olumsuz benlik skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin grup içi analiz sonuçları psikoeğitim ve kontrol grupları açısından herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Ancak şema terapi grubunda bulunan katılımcıların depresyon ( $z = -2.67, p = .008$ ), anksiyete ( $z = -2.38, p = .017$ ), olumsuz benlik ( $z = -2.53, p = .012$ ), somatizasyon ( $z = -2.20, p = .028$ ) ve hostalite ( $z = -2.67, p = .008$ ) puan ortalamalarının terapi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir.



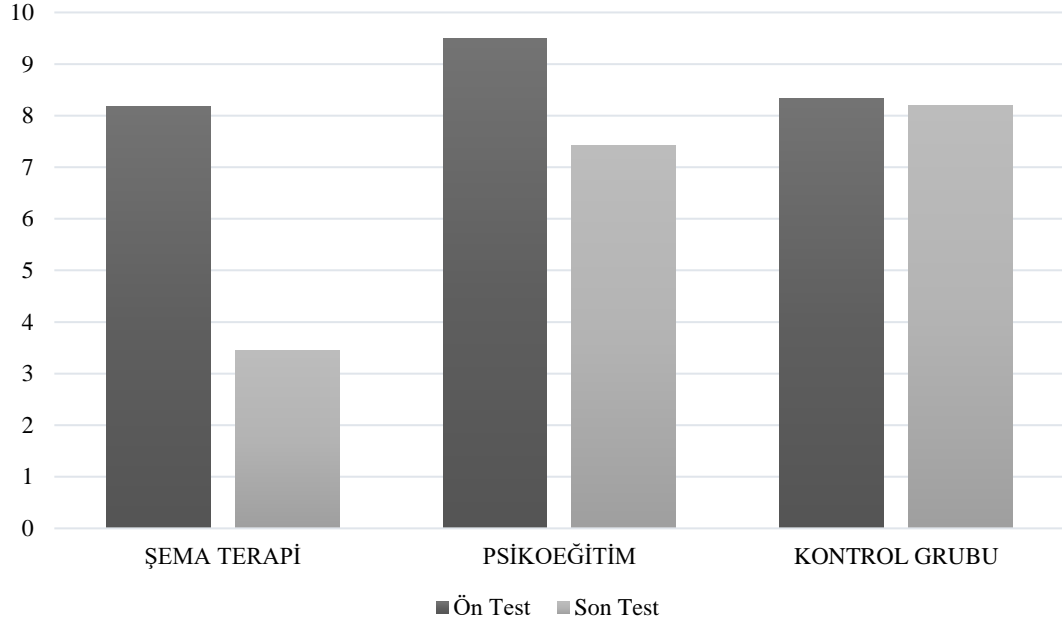
**Şekil 1:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının depresyon puanlarına ilişkin dağılımlar



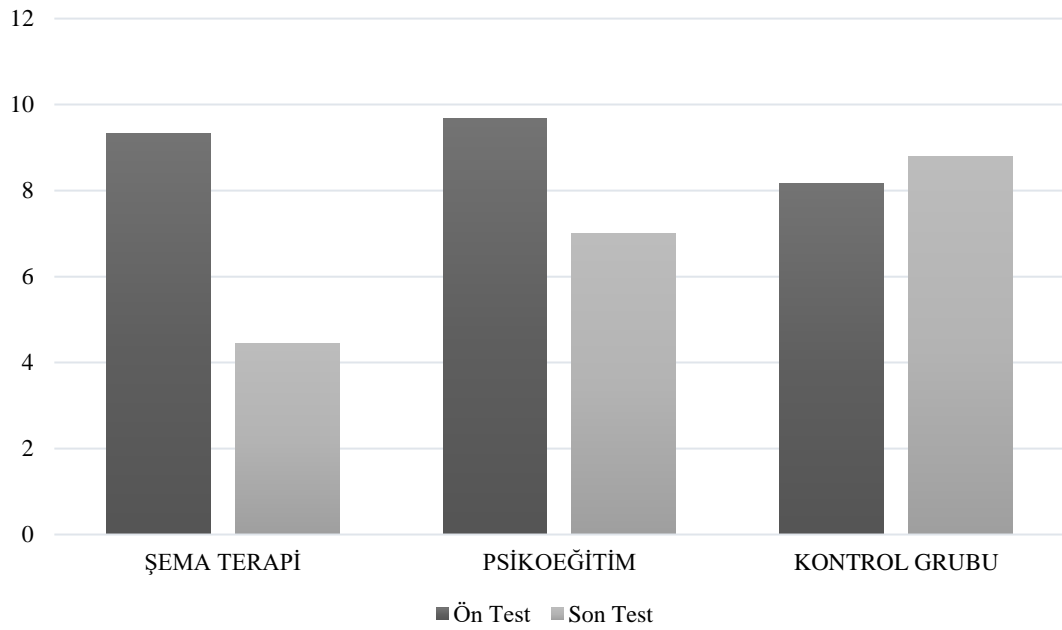
**Şekil 2:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının anksiyete puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 3:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının olumsuz benlik puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 4:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının somatizasyon puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 5:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının hostilite puanlarına ilişkin dağılımlar

#### 4.2.2. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların yetişkin yaşam doyumu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analizler

**Tablo 4:** Şema terapi ve psikoeğitim ve kontrol gruplarının yetişkin yaşam doyumu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası sonuçları

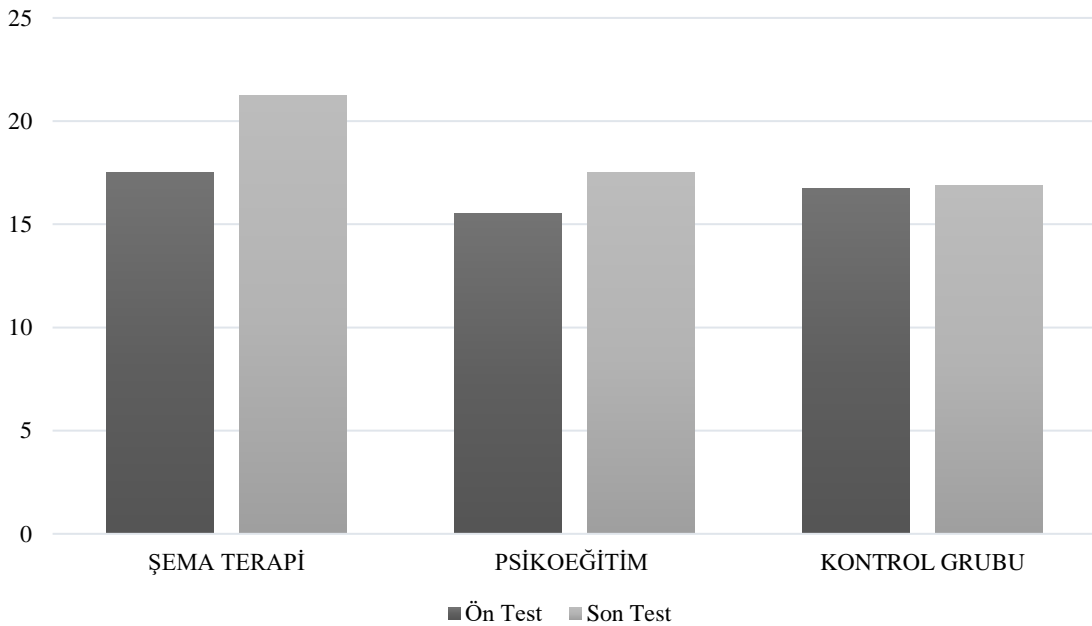
					Gruplar	
		Şema Terapi	Psikoeğitim	Kontrol Grubu	Arası	
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	KWH	p**
<b>Genel Yaşam Doyumu</b>	Ön Test	17.50±3.45	15.50±4.34	16.75±4.18	.977	.14
	Son Test	21.22±2.49	17.50±5.93	16.90±3.17	7.43	.024
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.72	-1.82	-.310	
		p*	.006	.068	.756	
<b>İlişki Doyumu</b>	Ön Test	18.58±2.06	18.33±3.331	20.67±3.26	3.88	.144
	Son Test	20.89±1.69	22.00±2.00	20.60±3.09	1.29	.525
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.37	-1.86	-1.17	
		p*	.018	.063	.244	
<b>Benlik Doyumu</b>	Ön Test	13.33±2.06	15.42±2.02	15.33±3.34	5.62	.060
	Son Test	17.67±1.87	17.37±1.92	15.80±2.39	3.49	.175
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.71	-1.90	-1.46	
		p*	.007	.058	.144	
<b>Sosyal Çevre Doyumu</b>	Ön Test	9.08±2.27	8.33±2.53	8.42±2.35	.313	.855
	Son Test	11.22±1.56	10.00±3.21	9.50±2.37	2.44	.295
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.26	-2.39	-.689	
		p*	.024	.017	.491	
<b>İş Doyumu</b>	Ön Test	8.33±1.77	8.83±3.33	9.42±3.31	.425	.808
	Son Test	9.00±3.32	6.87±2.70	7.60±2.84	1.43	.489
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-.542	-1.26	-2.04	
		p*	.588	.207	.041	

Not. \*Wilcoxon işaretli sıralar testi, \*\*Kruskal wallis testi

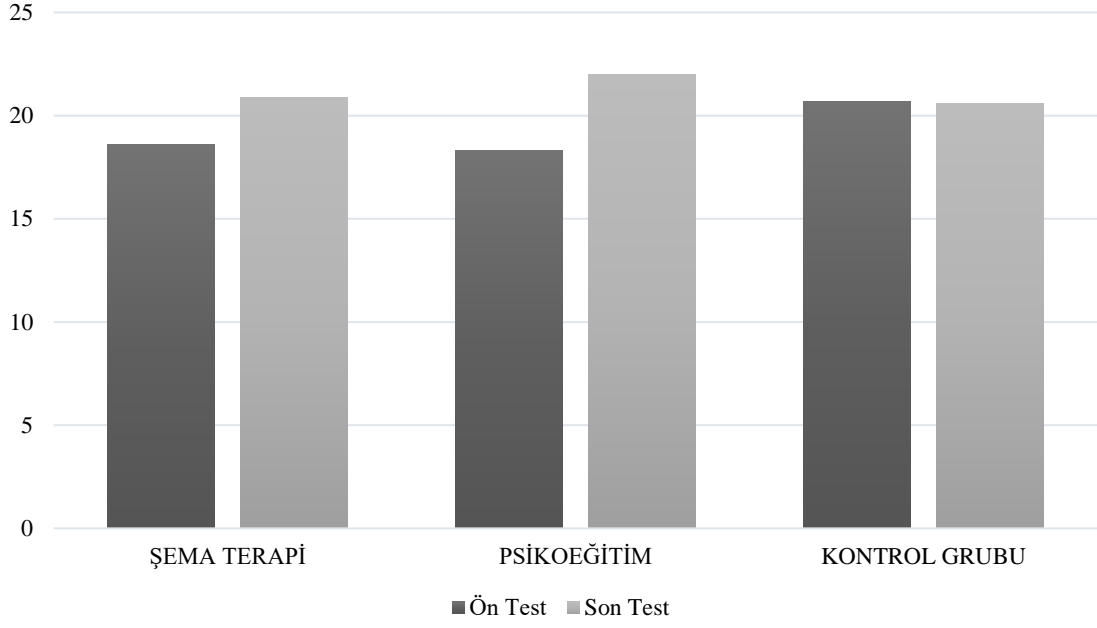
Şema terapi ile psikoeğitim uygulanan grup ile kontrol grubunun ön test ve son test yetişkin yaşam doyumu ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası analizler için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tablo 4'ten de takip edilebileceği gibi genel yaşam doyumu, ilişki doyumu, benlik doyumu, sosyal çevre doyumu ve iş doyumu boyutu skorlarına göre gruplar arası analiz sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak yalnızca genel yaşam doyumu boyutunun son test skorları istatistiksel olarak birbirinden farklıdır. Şema terapi sonucunda katılımcıların genel yaşam doyumu skorları daha yüksek bulunmuştur.

Genel yaşam doyumu, ilişki doyumu, benlik doyumu, sosyal çevre doyumu ve iş doyumu boyutu skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin grup içi analiz sonuçları psikoeğitim ve kontrol grupları açısından herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Yalnızca psikoeğitim grubunda yer alan katılımcıların uygulama sonrasında sosyal çevre doyumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği saptanmıştır ( $z = -2.39$ ,  $p = .017$ ). Kontrol grubundaki katılımcıların ise iş doyumu skorlarında bir düşüş gözlenmiştir ( $z = -2.04$ ,  $p = .041$ ).

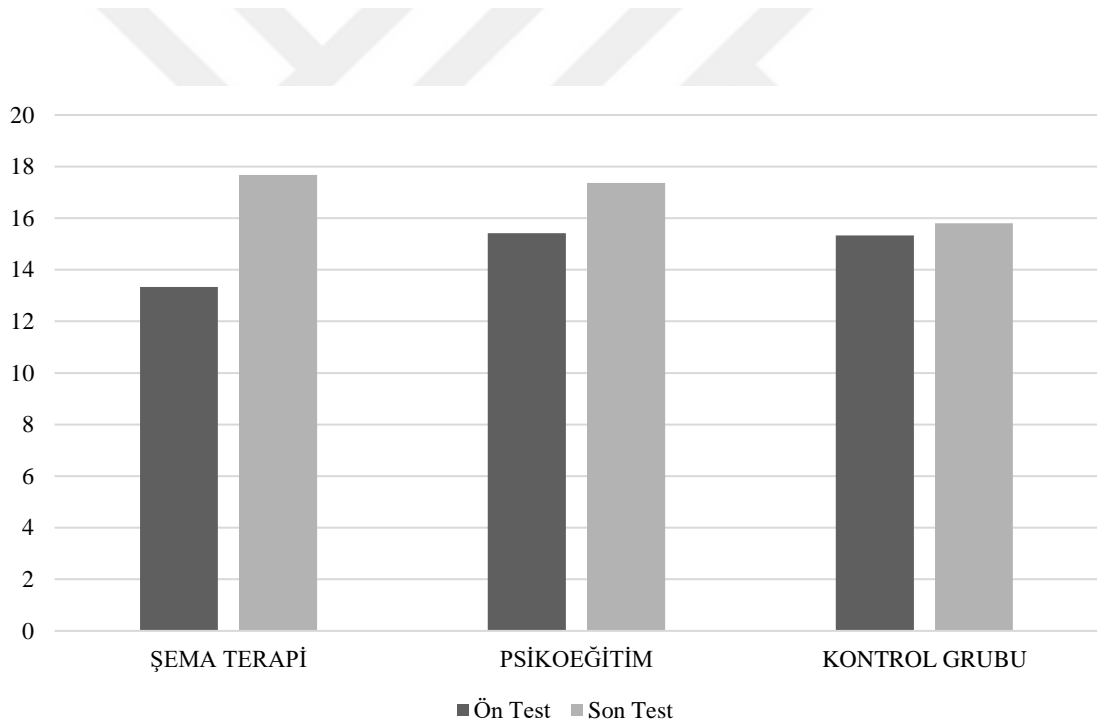
Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların ise uygulama sonrasında genel yaşam doyumu ( $z = -2.72$ ,  $p = .006$ ), ilişki doyumu ( $z = -2.37$ ,  $p = .018$ ), benlik doyumu ( $z = -2.71$ ,  $p = .007$ ), sosyal çevre doyumu ( $z = -2.26$ ,  $p = .024$ ) puan ortalamalarının arttığı tespit edilmiştir.



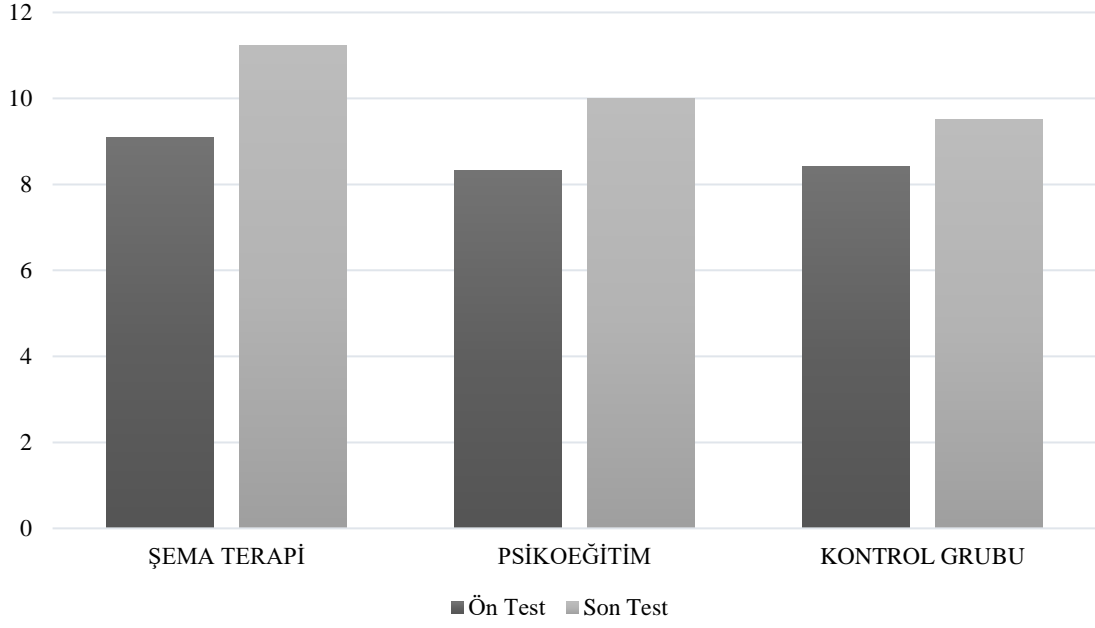
**Şekil 6:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının genel yaşam doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar



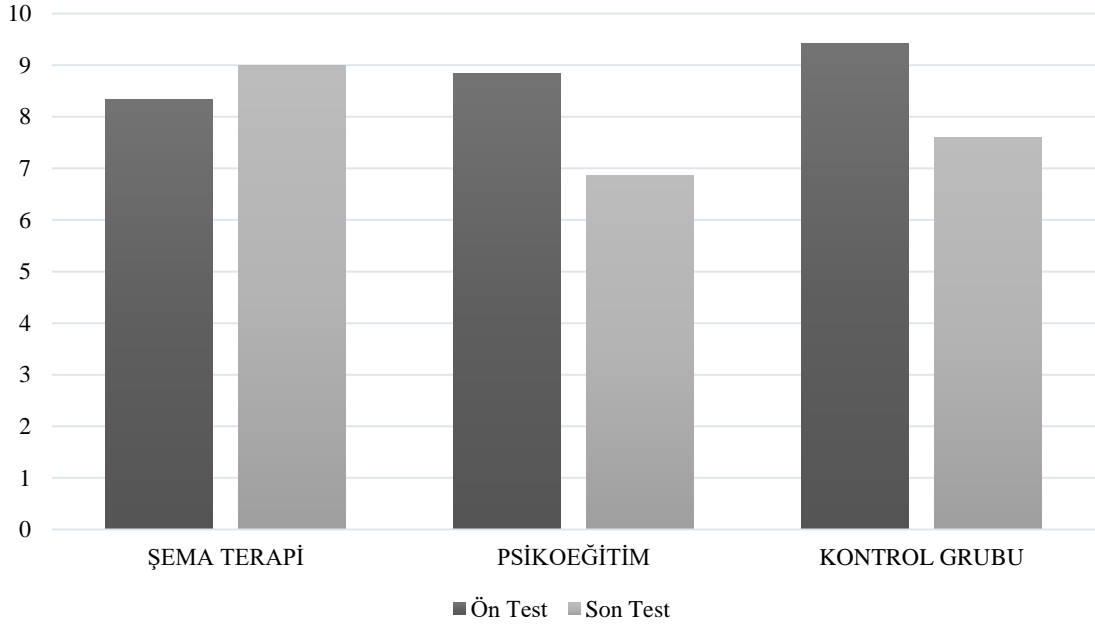
**Şekil 7:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının ilişki doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 8:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının benlik doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 9:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının sosyal çevre doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 10:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının iş doyumu puanlarına ilişkin dağılımlar

#### 4.2.3. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının çözüm odaklı envanter skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

**Tablo 5:** Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının çözüm odaklı envanter skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

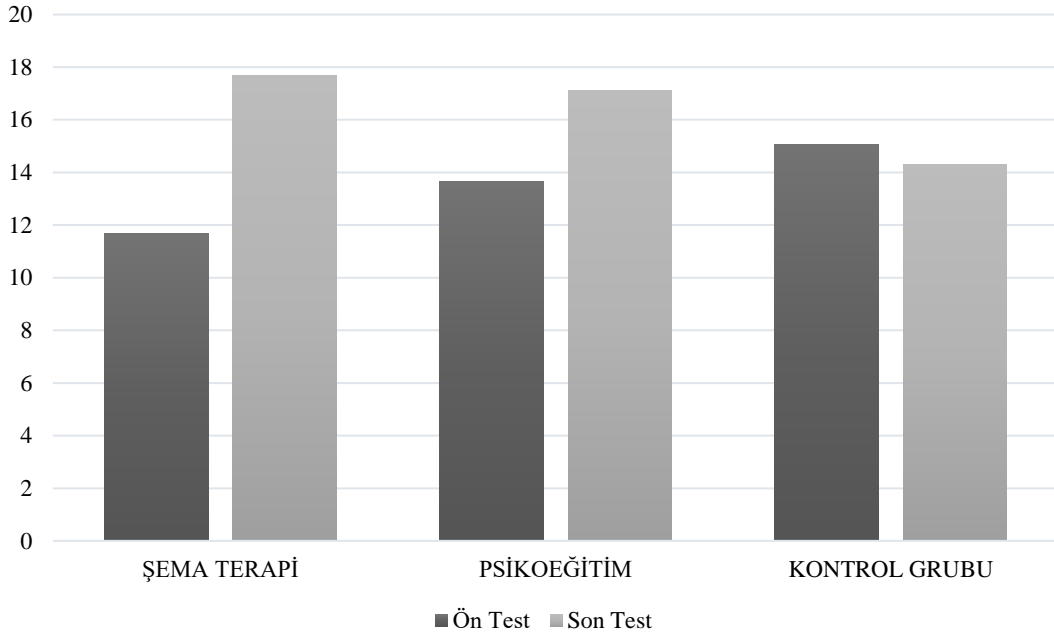
		Şema Terapi	Psikoeğitim	Kontrol	Gruplar Arası Analizler	
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	KWH	p**
<b>Problem-den Ayırma</b>	Ön Test	11.67±1.87	13.64±3.26	15.08±3.48	6.31	.043
	Son Test	17.67±2.50	17.12±3.56	14.30±3.23	4.74	.093
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son-test		
		z	-2.67	-1.97	-.259	
	p*	.008	.049	.796		
<b>Hedefe Yönelim</b>	Ön Test	16.42±2.15	17.17±4.41	18.25±4.31	2.52	.283
	Son Test	19.89±2.31	19.12±4.45	16.80±3.71	4.01	.135
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.54	-1.41	-.954	
	p*	.011	.159	.340		
<b>Kaynakları Harekete Geçirme</b>	Ön Test	19.64±3.38	17.92±3.09	19.75±2.70	2.60	.273
	Son Test	22.33±0.87	19.50±2.45	19.10±2.47	10.42	.005
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.00	-1.87	-1.20	
	p*	.045	.062	.228		

Not. \*Wilcoxon işaretli sıralar testi, \*\*Kruskal wallis testi

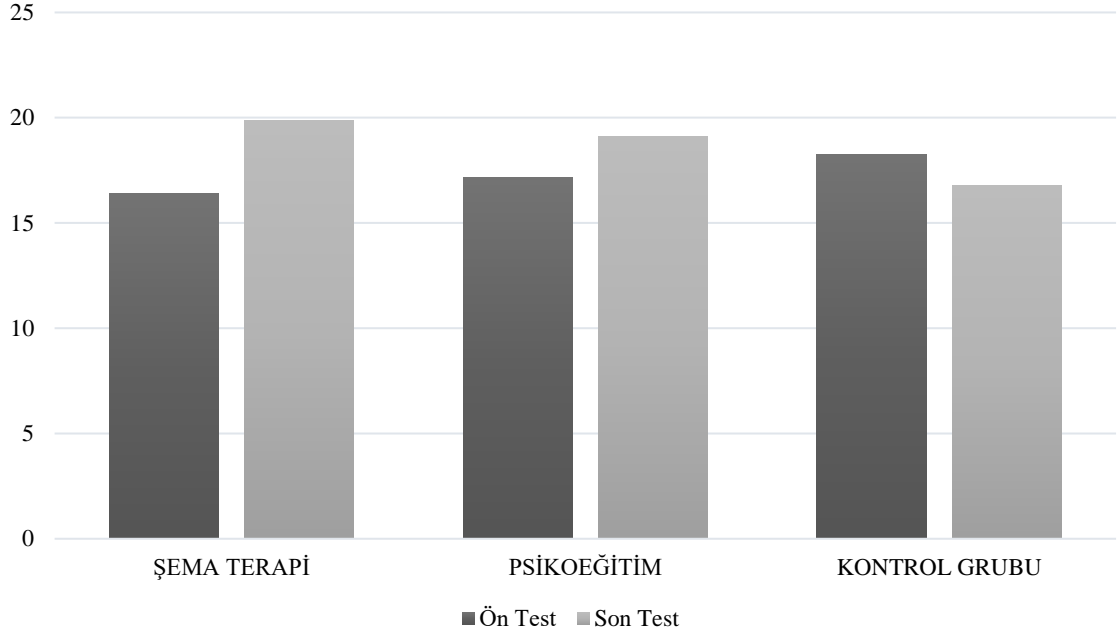
Şema terapi ile psikoeğitim uygulanan grup ile kontrol grubunun ön test ve son test çözüm odaklı envanter puanlarının grup içi karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası analizler için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tablo 5'den da takip edilebileceği gibi problem-den ayırma, hedefe yönelim ve kaynakları harekete geçirme boyutlarında gruplar arası analizlerde yalnızca

problemden ayırma boyutunun ön test skorlarında ve kaynakları harekete geçirme boyutunun son test skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Problemden ayırma boyutu için ön testte gözlenen farklılık son test ölçümünde ortadan kalkmıştır. Ancak kaynakları harekete geçirme boyutu puan ortalaması şema terapi grubundakilerin anlamlı şekilde daha yüksektir.

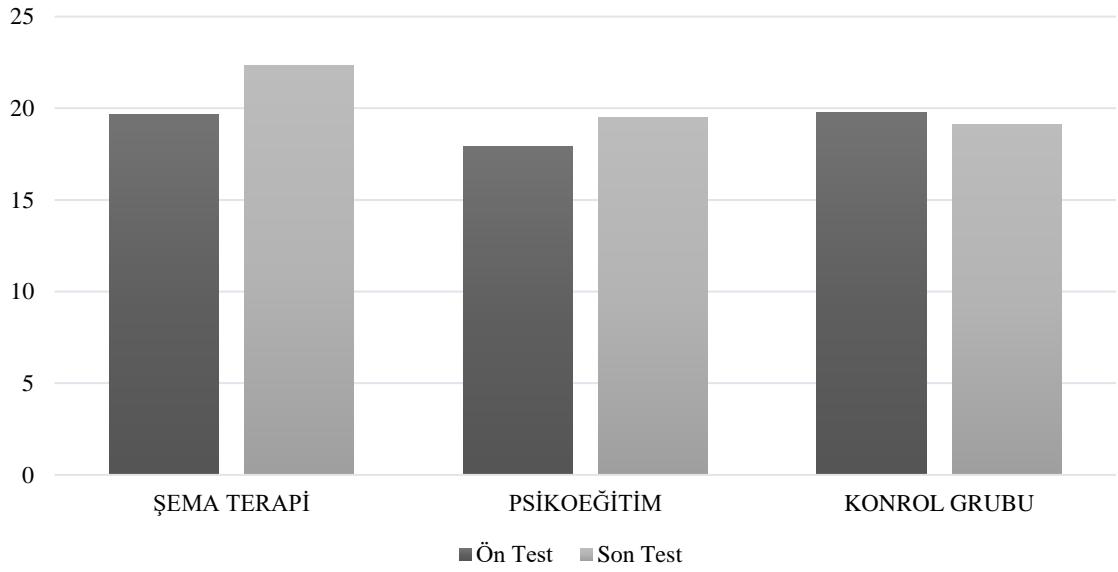
Problemden ayırma, hedefe yönelim ve kaynakları harekete geçirme boyutu skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin grup içi analiz sonuçları kontrol grubu açısından herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Ancak psikoeğitim grubunda yer alan katılımcıların problemden ayırma puan ortalamaları uygulama sonrası istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır ( $z = -1.97$ ,  $p = .049$ ). Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların ise problemden ayırma ( $z = -2.67$ ,  $p = .008$ ), hedefe yönelim ( $z = -2.54$ ,  $p = .011$ ) ve kaynakları harekete geçirme ( $z = -2.00$ ,  $p = .045$ ) boyutlarının hepsine ilişkin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselmiştir.



**Şekil 11:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının problem ayırma puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 12:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının hedefe yönelim puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 13:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının kaynakları harekete geçirme puanlarına ilişkin dağılımlar

#### 4.2.4. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının aile bağımlılık profili indeksi skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

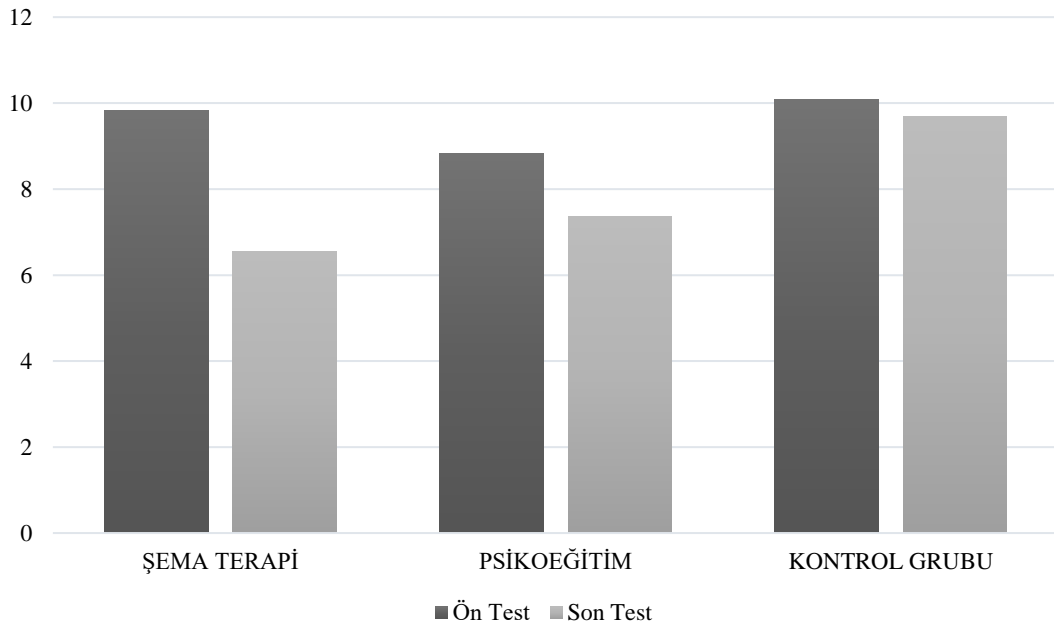
**Tablo 6:** Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının aile bağımlılık profili indeksi skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

					<b>Gruplar Arası Analizler</b>	
		<b>Şema Terapi Grubu</b>	<b>Psikoeğitim Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>KWH</b>	<b>p**</b>
		<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>		
<b>İlişkisel Beceriler</b>	Ön Test	9.83±2.33	8.83±2.62	10.08±2.11	1.68	.431
	Son Test	6.56±3.54	7.37±3.93	9.70±2.41	3.71	.156
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son-test		
		z	-2.53	-1.69	-.736	
	p*	.011	.092	.461		
<b>Aile İçi Bağlar</b>	Ön Test	1.67±1.23	1.75±1.21	1.67±1.50	.129	.938
	Son Test	2.56±1.24	2.12±1.36	1.50±1.27	2.99	.224
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.59	-.736	-.171	
	p*	.010	.461	.864		
<b>Bağımlıya Karşı Tutum</b>	Ön Test	2.17±1.47	2.17±1.40	2.42±1.62	.283	.868
	Son Test	2.11±1.45	1.75±1.39	2.70±1.16	2.75	.253
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-1.41	-1.13	-.535	
	p*	.157	.257	.593		
<b>Toplam Puan</b>	Ön Test	13.67±2.84	12.75±3.72	14.17±2.44	1.13	.569
	Son Test	11.22±3.99	11.25±3.92	13.90±2.96	3.06	.216
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
		z	-2.44	-1.84	-.141	
	p*	.015	.066	.888		

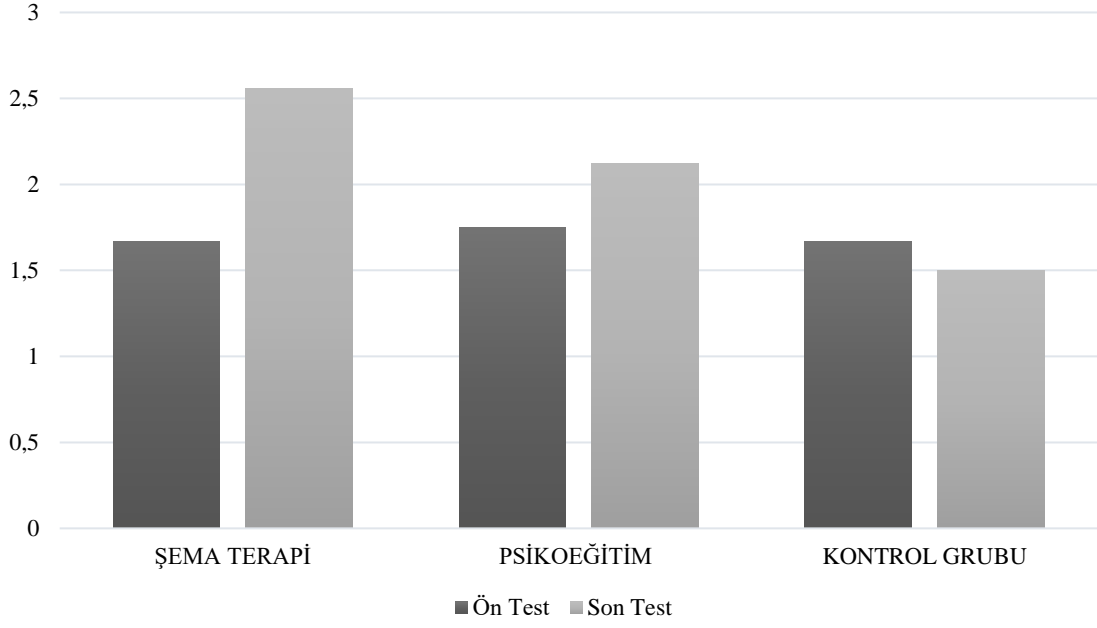
Not. \*Wilcoxon işaretli sıralar testi, \*\*Kruskal wallis testi

Şema terapi ile psikoeğitim uygulanan grup ile kontrol grubunun ön test ve son test aile bağımlılık profili indeksi puanlarının grup içi karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası analizler için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tablo 6'dan da takip edilebileceği gibi ilişkisel beceriler, aile içi bağlar, bağımlıya karşı tutum ve toplam skora dair gruplar arası analizlerde herhangi bir istatistiksel farklılık bulunamamıştır.

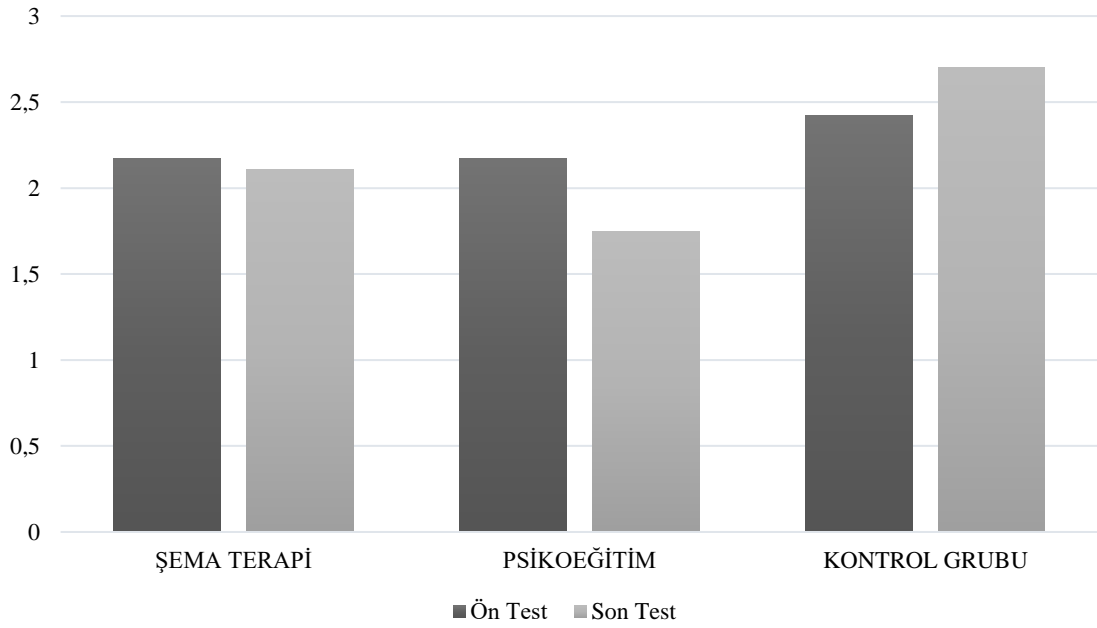
İlişkisel beceriler, aile içi bağlar, bağımlıya karşı tutum ve toplam skor karşılaştırılmasına ilişkin grup içi analiz sonuçları hem psikoeğitim grubu hem de kontrol grubu açısından herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Ancak şema terapi grubunda yer alan katılımcıların ise ilişkisel beceriler ( $z = -2.53$ ,  $p = .011$ ), aile içi bağlar ( $z = -2.59$ ,  $p = .010$ ) ve toplam puanlarına ( $z = -2.44$ ,  $p = .015$ ) ilişkin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişmiştir.



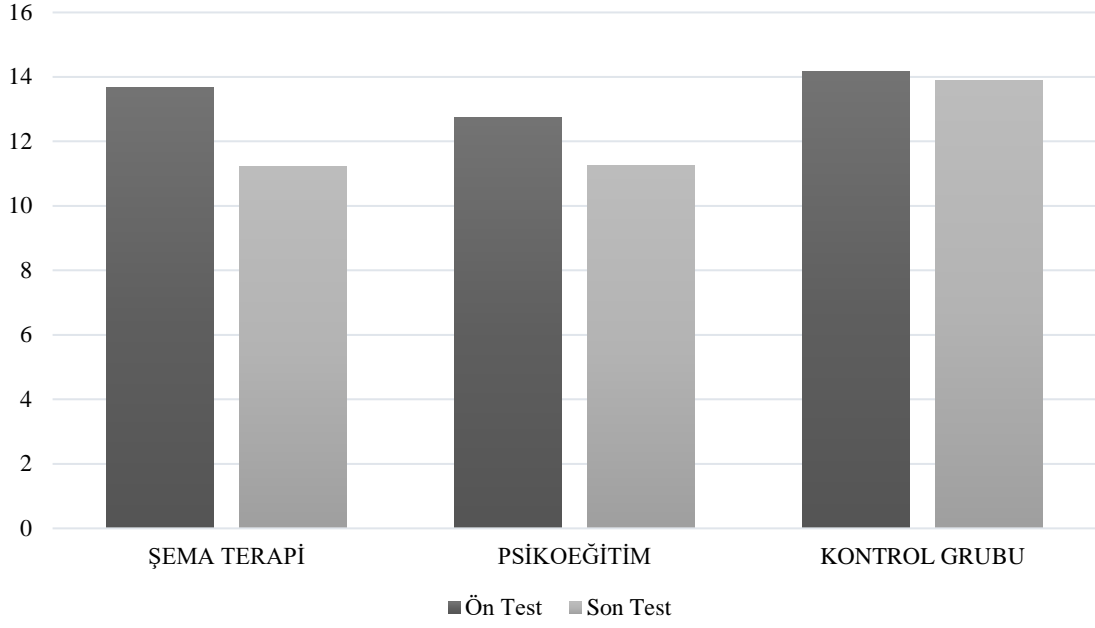
**Şekil 14:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının ilişkisel beceriler puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 15:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının aile içi bağlar puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 16:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının bağımlıya karşı tutum puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 17:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının BAPİ-A toplam puanlarına ilişkin dağılımlar

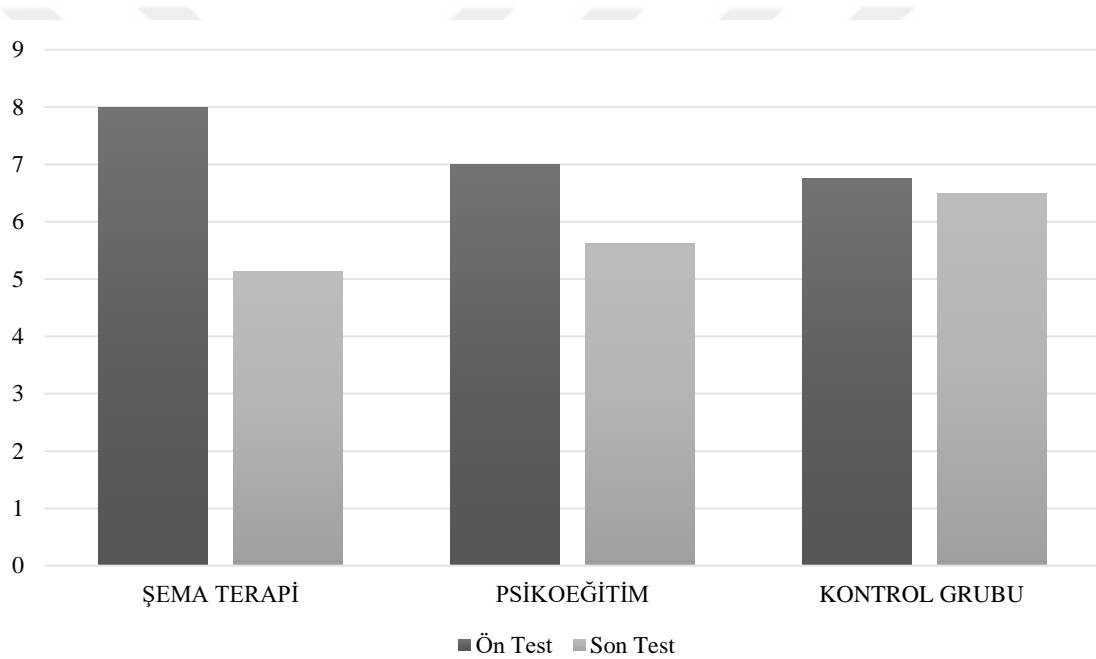
#### 4.2.5. Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların BAPİ-Kısa Formu puanlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analizleri

**Tablo 7:** Şema terapi, psikoeğitim ve kontrol gruplarının BAPİ-Kısa Formu skorlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları

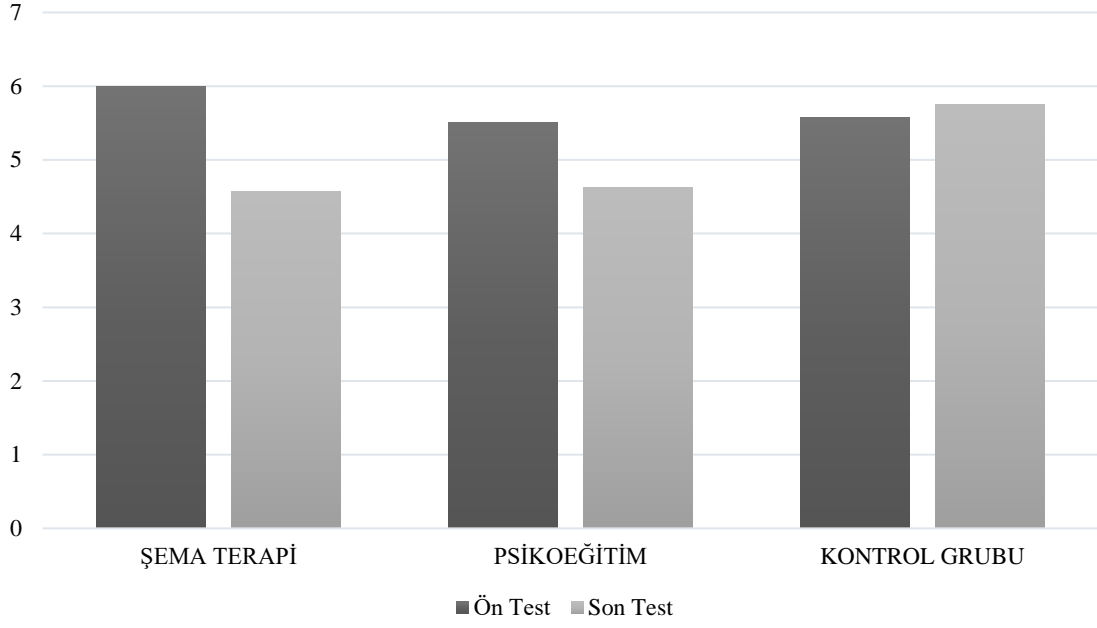
		Şema Terapi	Psikoeğitim	Kontrol	Gruplar	
		Ort ±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	KWH	P**
<b>Madde kullanım sıklığı</b>	Ön Test	8.00±4.55	7.00±4.24	6.75±3.86	.596	.742
	Son Test	5.14±5.11	5.62±4.03	6.50±3.93	.880	.644
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-son test		
	z	-1.41	-.744	-.680		
	p*	.157	.457	.496		
<b>Tanı</b>	Ön Test	6.00±1.73	5.50±1.51	5.58±1.56	1.01	.583
	Son Test	4.57±3.15	4.62±2.50	5.75±2.25	1.16	.559
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
	z	-1.51	-1.20	-.531		
	p*	.131	.230	.595		
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>	Ön Test	8.50±1.88	8.92±1.16	8.75±1.42	.054	.973
	Son Test	6.57±3.21	7.37±3.11	8.25±2.71	1.45	.485
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
	z	-2.03	-1.22	-.412		
	p*	.042	.221	.680		
<b>Şiddetli İstek</b>	Ön Test	1.42±0.51	1.75±0.45	1.75±0.45	3.75	.154
	Son Test	1.29±0.76	1.50±0.53	1.75±0.46	2.01	.365
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
	z	-1.00	-1.41	.000		
	p*	.317	.157	1.00		
<b>Motivasyon</b>	Ön Test	1.58±0.51	1.33±0.49	1.50±0.52	1.52	.468
	Son Test	1.71±0.49	1.50±0.76	1.75±0.46	.485	.785
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
	z	-1.07	-1.12	-.420		
	p*	.285	.263	.674		
<b>Toplam BAPİ Skoru</b>	Ön Test	6.81±1.36	6.82±1.14	6.96±1.41	.294	.863
	Son Test	5.89±2.25	6.10±1.86	7.13±1.82	1.84	.399
		Ön test-Son test	Ön test-Son test	Ön test-Son test		
	z	-1.07	-1.12	-.420		
	p*	.285	.263	.674		

Not. \*Wilcoxon işaretli sıralar testi, \*\*Kruskal wallis testi, KWH: Kruskal Wallis testi

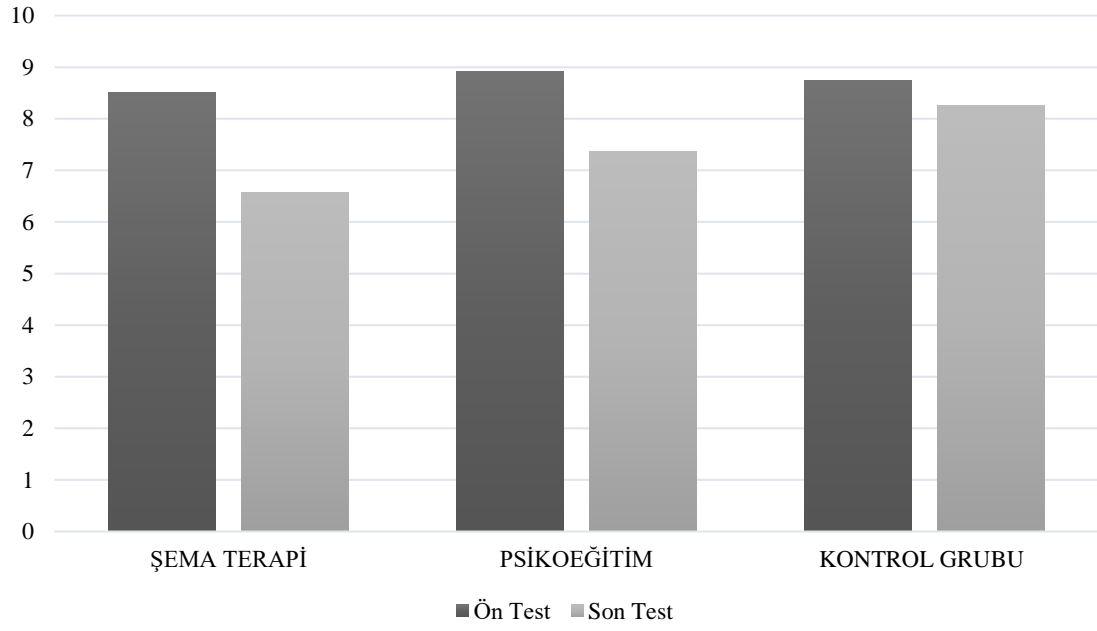
Şema terapi ile psikoeğitim uygulanan grup ile kontrol grubunun ön test ve son test BAPİ kısa form puanlarının grup içi karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası analizler için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tablo 7'den de takip edilebileceği gibi madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPİ skorlarına ilişkin gruplar arası analiz sonuçlarının hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon boyutları ile BAPİ toplam skorunun grup içi analizleri incelendiğinde de herhangi bir istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Yalnızca şema terapi grubunda yer alan katılımcıların yaşam üstüne etkileri boyutu skorlarından istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlenmiştir ( $z = -2.03, p = .042$ ).



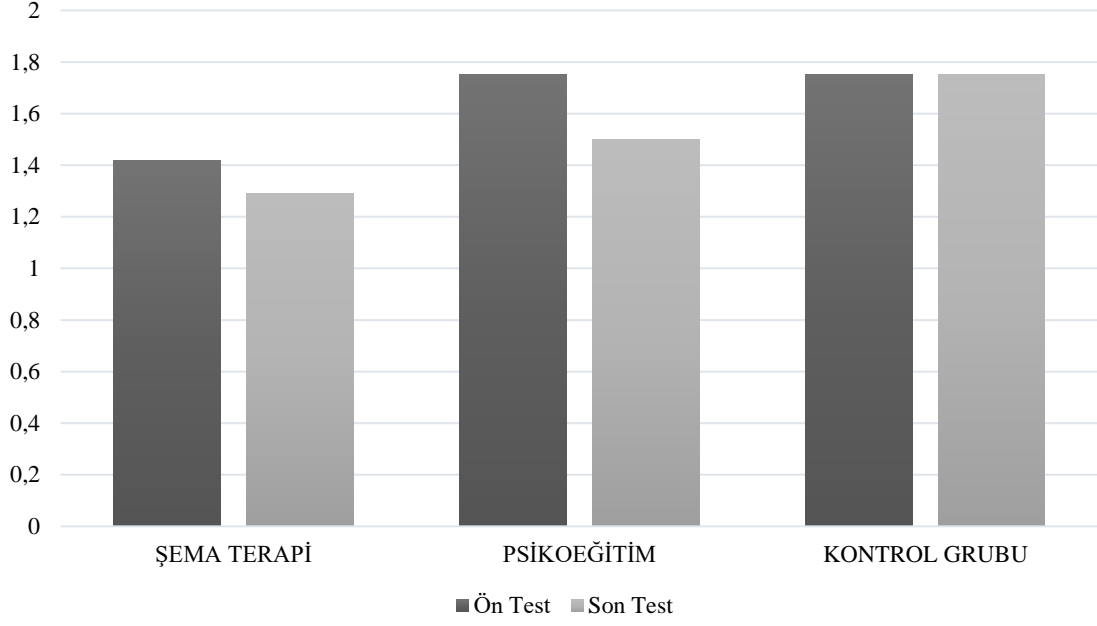
**Şekil 18:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının madde kullanım sıklığı puanlarına ilişkin dağılımlar



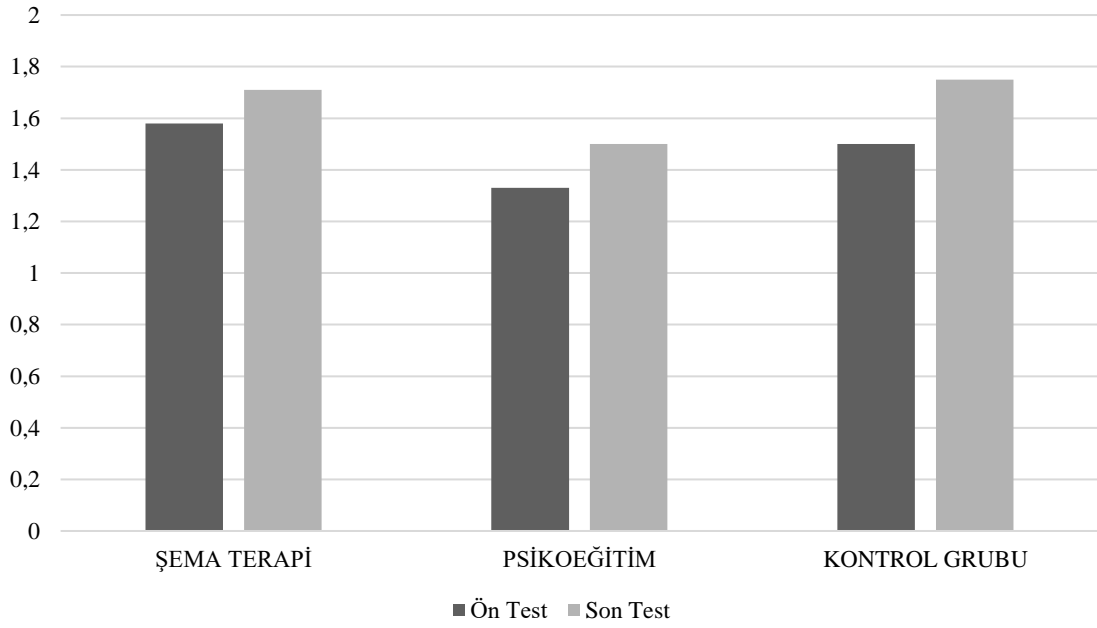
Şekil 19: Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının tanı puanlarına ilişkin dağılımlar



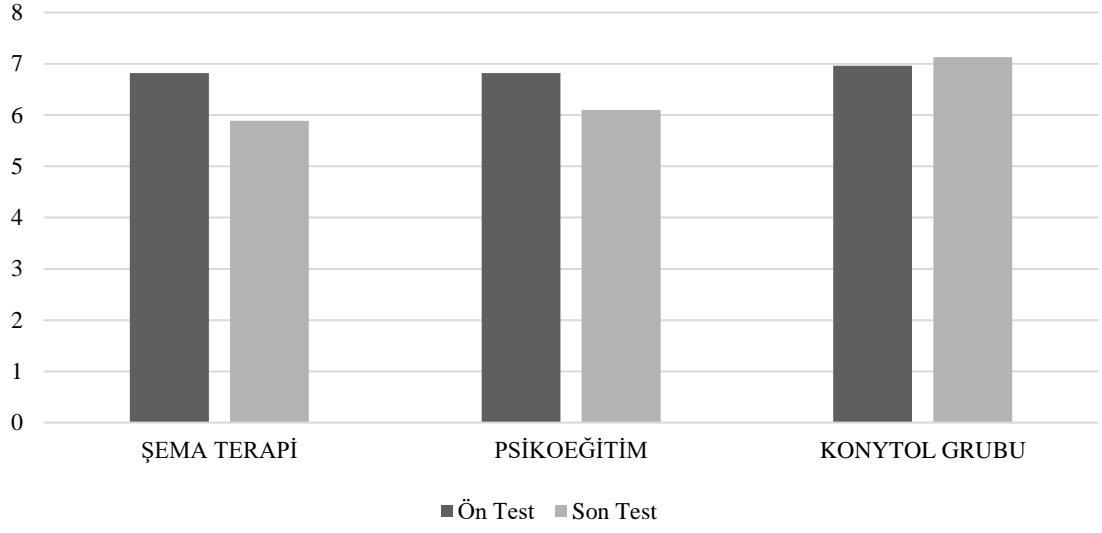
Şekil 20: Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının yaşam üstüne etkileri puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 21:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının şiddetli istek puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 22:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının motivasyon boyutu puanlarına ilişkin dağılımlar



**Şekil 23:** Şema terapi, psikoeğitim grubu ve kontrol gruplarının BAPİ toplam puanlarına ilişkin dağılımlar

## 5. TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu araştırmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde şema terapinin madde kullanıcılarının annelerinde pek çok değişken açısından işe yaradığını göstermektedir. Bunun yanında madde kullanıcılarının kendilerinde istikrarlı bir değişim tespit edilememiştir. Buda madde kullanan çocuklarda şema terapinin belirgin bir değişime yol açmadığını göstermektedir. Şema terapi literatürü incelendiğinde bu araştırmanın sonuçlarının kıyaslanacağı bir çalışma olmadığından buradaki tartışma kendi içinde ve yakın araştırmalardan yararlanılarak yapılacaktır. Ayrıca bu çalışmanın az sayıda kişiyle yürütülmesi “p değerlerinin” yorumlanması açısından önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

### 5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine İlişkin Betimsel İstatistikler

#### 5.1.1. Katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırılması

Bu çalışmaya katılan annelerin toplam yaş ortalaması ise 51’dir. Gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu çalışmanın madde kullanan kişilerin annelerinin yaş ortalamasına ilişkin bulguları literatürle benzerlik taşımaktadır. Velleman ve ark. (2008) tarafından 5 Adımlı Modelin İtalya örnekleminde uygulandığı bir çalışmada %90’ı kadın olan katılımcıların yaş ortalaması 46’dır. Marcon ve ark. (2012) tarafından uyuşturucu bağımlılarına bakım veren ve çoğunluğunu annelerin oluşturduğu bir grupta yapılan çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması 47.66 olarak bulunmuştur. Pedroso ve ark. (2019) tarafından hastaneye yatırılan kronik psikiyatri hastalarına bakım veren ve çoğu annelerden oluşan grupta yaş ortalamasını 49 olarak belirtmişlerdir. Fontana ve ark. (2011) tarafından çoğunu annelerin oluşturduğu madde kullanan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada en yüksek yaş grubunu 35-55 yaş arası oluşturmuştur. Aynı makale bakım verenler arasında 55 yaş üzerindeki artışa dikkat çekmektedir.

#### 5.1.2. Katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Bu çalışmaya katılan annelerin %66’sı ilkokul mezunudur. İlkokul mezunu kişi sayısının en çok olduğu grup ise kontrol grubudur. Gruplardaki lise mezunlarının oranı %19’dur. Üniversite mezunlarının oranı ise %11’dir. En çok üniversite mezunu 2 kişi ile şema terapi grubundadır. Gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu çalışmanın annelerin eğitim düzeyiyle ilişkili

bulguları literatürle benzerlik taşımaktadır. Marcon ve ark. (2012) tarafından yapılan ve katılımcıların çoğunu annelerin oluşturduğu bir çalışmada madde bağımlılarına bakım veren kişilerin %50'sinden fazlası ilkokul mezunuyken ancak %10'luk bir kısmı üniversite mezunudur. Atar ve ark. (2016) tarafından madde kullanan ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %74'ünün annesinin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Arslan (2016) tarafından yapılan çalışmada madde kullananların anneleriyle kullanmayanların annelerinin eğitim düzeyleri açısından bir farklılaşma göstermediği ifade edilmiştir. Literatürün önemli bir kısmında madde kullanıcılarının annelerinin yüksek oranda ilkokul seviyesinde eğitim aldıkları ve düşük oranda lise ve üniversite mezuniyetine sahip oldukları görülmektedir (Avşar ve ark., 2022; Mutlu ve Sarıkaya, 2019). İran'da üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada annelerin eğitim düzeylerinin artmasının çocuklarda sigara kullanımı açısından koruyucu bir faktör olabileceği ifade edilmiştir (Jalilian ve ark., 2015). Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arttıkça çocuklarına karşı daha profesyonelce yaklaşacaklarından bu durum ergenlerde içerisinde madde bağımlılığının da olduğu riskli davranışların azaltılmasında etkili olabilir (Biçer ve Özcebe, 2016). Norveç'te yapılan bir çalışmada ise düşük ebeveyn eğitiminin ergenlerde alkol tüketiminin artması ve entoksikasyonla ilişkili bulunmuştur (Pape ve ark., 2017).

### **5.1.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırılması**

Tüm gruplarda evli olan kadınların oranı %63'tür. Boşananların oranı %13'ken eşi vefat edenlerin oranı %22'dir. Evli oranının en düşük olduğu grup psikoeğitim grubudur (%58). Gruplar arasında medeni duruma göre herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır. Uçucu madde kullanan kişilerle yapılan bir çalışmada bu kişilerin maddeye başladığı süreçte %17'si babasının, %11'i ise annesinin vefat ettiği tespit edilmiştir (Demirbek ve ark., 1991). Atar ve ark. (2016) tarafından madde kullanım bozukluğu olan ergenlerle yapılan bir çalışmada bu ergenlerin %26'sının ebeveynlerinin ya boşandığı ya da öldüğü tespit edilmiştir. Tebeka ve ark. (2016) ergenlik döneminde ebeveynlerin boşanmalarının maddeye başlamada bir etmen olduğunu ifade etmişlerdir. Otowa ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada ebeveynlerden ayrılmanın (boşanma ya da ebeveynin evden uzaklaşması) ebeveynin ölmesinden daha çok çocuklarda psikopatoloji gelişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sakyi ve ark. (2012) tarafından yapılan bir araştırmada esrar kullanıcılarının ebeveynlerinin %15'inin eşlerinden ayrıldıkları ifade edilmiş ancak bu çalışmada bazı araştırmalardan farklı olarak (Neher ve

Short, 1998) ebeveyn boşanması ile ergenlerde esrar kullanımını arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ünal, Mutlu ve Yıldırım (2020) tarafından yapılan bir çalışmaya katılan madde bağımlısı olan kişilerin %18'inin parçalanmış bir ailede büyüdüğü, %18'inin ise ebeveyn kaybı yaşadığı gözlemlenmiştir. Ebeveynleriyle beraber yaşayan bireylerin ebeveynlerinde ayrı yaşayanlara göre madde (Jalilian ve ark., 2015; Synder ve Rubenstein, 2014) ve alkol kullanma (White ve ark., 2006) riskleri daha yüksektir. Şehirlerde eroin kullananların %50'sinin ebeveynlerinin ya ölmüşler ya da boşanmışlardır ve bu kişiler tek ebeveynli olarak büyümüşlerdir (Kaplan ve Sadock, 2016). Bu istatistiklerden de görüleceği gibi pek çok çalışma madde kullanıcılarının ebeveynlerinin boşanma ve ölüm oranlarıyla ilgili farklı bilgiler vermektedir ancak bu istatistikler normal örnekleme göre yüksektir. Bu durum ebeveynlerin ölümünün ya da ayrılmasının madde kullanımı açısından bir risk etmeni olduğuna işaret etmektedir.

#### **5.1.4. Katılımcıların çalışma durumuna göre karşılaştırılması**

Şema terapi grubundaki katılımcılardan 1'i (%8.3), psikoeğitim grubundaki katılımcıların 3'ü (%25) ve kontrol grubundaki katılımcıların ise 3'ü (%25) çalışmaktadır. Gruplar arasında çalışma durumuna göre herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır. Sharma ve ark. (2019) tarafından Hindistan'da madde bağımlılarına bakım veren aile üyeleriyle yapılan bir çalışmada aile üyelerinin %61'inin ev hanımı oldukları, Lamichhane ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada da madde bağımlılarına bakım veren kadınların yarısının ev hanımı kadın olduğu tespit edilmiştir. Mattoo ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlılarına bakım veren ve çoğu kadın olan kişilerin %74'ünün çalışmadıkları ifade edilmiştir. Bunun yanında yaş ortalaması daha düşük annelerle yapılacak çalışmalar madde bağımlılarının annelerinin çalışma durumuna ilişkin daha farklı bilgiler vereceklerdir.

#### **5.1.5. Katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırılması**

Bu çalışmaya katılan annelerin gelir düzeyleri genellikle düşük ve orta sınıfta yer almaktadır. Üç grupta da birer tane anne gelir durumunu yüksek olarak belirtmiştir. Geliri düşük olanların en çok olduğu grup ise kontrol grubudur (%58). Gelirini orta olarak belirtenlerin en çok olduğu grup ise şema terapi grubudur (%66). Gruplar arasında gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu çalışmada aile üyelerinin önemli bir kısmı kendisini alt ve orta gelir grubuna ait olarak nitelendirmiştir. Yüksek sosyoekonomik sınıfa dahil olanlara nazaran alt ekonomik

sınıflara ait olanlarda opioid bağımlılığı insidansı daha yüksektir (Kaplan ve Sadock, 2016). Bu çalışmaya katılan annelerin çocuklarının neredeyse yarısı eroin bağımlıdır. Dolayısıyla da bu çalışmanın bulguları literatürde düşük gelir ve madde bağımlılığıyla ilişkili verilerle örtüşmektedir. Kusumawaty (2021) tarafından madde kullanan çocuğu olan annelerle yapılan bir çalışmada annelerin çoğunun alt ve orta gelir grubunda sahip anneler olduğu ifade edilmiştir. Literatürde düşük sosyoekonomik durumla madde kullanım ilişkisini ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur (Goodman ve Huang, 2002). Düşük gelire sahip olmak ebeveynin stresini artırarak psikolojik sorunlara sebebiyet verebilir (Mowbray ve ark., 2000). Düşük gelirin madde kullanıma yol açmasını destekleyen çalışmalara zıt olarak Karatay ve Kubilay (2004) tarafından yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik sınıftan olan öğrencilerin gittiği bir okulda düşük sosyoekonomik sınıftan kişilerin gittiği okula göre madde kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi ekonomik durumun artmasının maddelere ulaşmayı kolaylaştırması olabilir. Daha yüksek gelire sahip olan aileler evlatlarının madde kullanımına karşı daha toleranslı şekilde davranabilmektedirler ancak bu tolerans madde kullanımını artırabilmektedir (Patrick ve ark., 2012). Literatür incelediğinde yüksek ve düşük gelirlere sahip olmanın madde kullanımı açısından ayrı ayrı risklerinin olduğu görülmektedir.

#### **5.1.6. Katılımcıların psikiyatrik tanı durumuna göre karşılaştırılması**

Şema terapi grubunda olup psikiyatrik tanısı olan katılımcılardan 3'ünün (%60) tanısı depresyon, 2'sinin (%40) ise anksiyetedir. Psikoeğitim grubundakilerin 4'ü (%80) depresyon, 1'i (%20) anksiyete ve kontrol grubundakilerin 3'ü (%50) depresyon, 2'si (%25) anksiyete ve 1'i de (%16.7) OKB tanısına sahiptir. Şema terapi grubunda yer alan katılımcılardan 5'inin (%41.7), psikoeğitim grubundakilerin 5'inin (%41.7) ve kontrol grubundakilerin 6'sının (%50) psikiyatrik bir tanısı bulunmaktadır. Tanı türüne göre gruplar arasında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır. Olafsdottir ve ark. (2018) tarafından İrlanda'da madde bağımlılarının yakınlarıyla (eş, ebeveyn, kardeş) yapılan çalışmada madde bağımlılarının yakınlarının %36'sında orta, ciddi ve çok ciddi düzeyde depresyon, kaygı ve stres tespit edilmiştir. Marcon ve ark. tarafından (2012) yapılan ve çoğunluğunu madde bağımlılarına bakım veren annelerin oluşturduğu bir grupta depresyon oranı %23 olarak bulunmuştur. Sayki ve ark. (2012) tarafından Fransa'da esrar kullanıcılarıyla yapılan bir araştırmada bu kişilerin ebeveynlerinin %30'unda depresyon olduğu ve ebeveyn depresyonu ile de esrar kullanımının ilişkili

olduğu ifade edilmiştir. Literatürdeki bu veriler bizim çalışmamızla benzerlikler taşımaktadır. Türkçe literatürde de madde bağımlılarının ailelerindeki psikopatoloji düzeyini inceleyen çalışmalar mevcuttur (Karataş, 2020; Nebioğlu, Yalnız ve Geçici, 2013; Yüncü ve ark., 2009). Depresyonla mücadele eden ebeveynlerin çocuklarında içinde pek çok yıkıcı davranışsal sorun gelişebilmektedir (Molen ve ark., 2019; Van Loon ve ark., 2011; Weissman ve ark., 2006). Annelerin psikiyatrik bozukluklara sahip olması erken ergenlik döneminde madde kullanımıyla pozitif olarak ilişkilidir. Anne sahip olduğu sıkıntıdan dolayı çocuğuna bakım vermekte ve destek sağlamakta güçlük çektiği için bu durum özellikle de kız çocuklarını madde kullanımına karşı savunmasız ve korumasız bırakabilir (Herman-Stahl ve ark., 2008). Gross ve ark.'na (2008) göre maternal depresyonla çocuklardaki yıkıcı davranış sorunları arasında ilişki vardır. Bu çalışmalar dikkate alındığında ebeveynlerdeki ve annelerdeki psikopatolojiyle çocuklardaki bağımlılık da dahil olmak üzere pek çok sorun arasında ilişki olduğu görülmektedir.

#### **5.1.7. Katılımcıların psikoterapi geçmişleri açısından karşılaştırılmaları**

Bu çalışmaya katılan annelerin %44'ü daha önce psikoterapi almamıştır. Katılımcıların %11'i üç ay, %5'i de bir yıl ve üzerinde terapi almışlardır. Daha önce terapi alma durumlarına göre gruplar arasında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamaktadır. Ailelerin tedavi hizmetlerine erişimi en çok engelleyen şeyler izolasyon, mali sıkıntı ve çalışma saatleridir (Bertrand ve ark., 2013). Bu anlamda çalışmaya katılan annelerin çoğunun çalışmayan anneler olduğunu düşünürsek bu durum onları terapilere katılımını artırmış olabilir.

### **5.2. Katılımcıların Çocuklarını Madde Kullanım Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistikler**

#### **5.2.1. Katılımcıların madde kullanan çocuklarının yaşları açısından karşılaştırılması**

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların madde kullanan çocuklarının yaş ortalaması 25.42 yıl olarak, psiko eğitim grubundakilerin 25.58 olarak ve kontrol grubundakilerin 26.00 olarak hesaplanmıştır. Madde kullanan çocukların toplam yaş ortalaması ise 25.67'dir. Gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Literatürdeki çalışmalarla bu çalışmanın madde bağımlılarına ilişkin yaş ortalaması benzerlik taşımaktadır. Avcı ve ark. (2016) çalışmasında madde

kullanıcılarının yaş ortalaması 28, Eren ve ark. (2018) 25, Polat ve ark. (2021) 30, Sehlikoğlu ve ark.'nda (2022) ise 27'dir.

### **5.2.2. Katılımcıların çocuklarının madde kullanım süresine göre karşılaştırılmaları**

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların çocuklarının madde kullanma yıl ortalaması 8.33 yıl olarak, psikoeğitim grubundakilerin 8.58 yıl olarak ve kontrol grubundakilerin 9.17 yıl olarak hesaplanmıştır. Çocukların toplam madde kullanım yıl ortalaması ise 8.69'dur. Gruplar arasında madde kullanım süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Gaziantep'te alkol ve madde tedavisi için hastaneye başvuran kişilerin ortalama madde kullanma süresi 13 yıl olarak tespit edilmiştir (Bulut ve ark., 2006). Aktürk ve Yaman (2022) yapmış oldukları nitel bir araştırmaya katılan madde bağımlılarının ortalama madde kullanım sürelerinin 8.5 yıl olduğunu belirtmişlerdir. Aslan ve ark. (2019) tarafından madde kullanan hüküm giymiş kişilerle yapılan bir çalışmada madde kullanıcısı katılımcıların ortalama madde kullanma süresi 6.69 yıl olarak tespit edilmiştir. Bu anlamda literatürdeki çalışmalar incelediğinde çalışmalara katılım sağlayan madde kullanıcılarının madde kullanım yıl ortalamaları farklılık arz etmektedir.

### **5.2.3. Katılımcıların çocuklarının kullandıkları maddelere göre karşılaştırılmaları**

Bu çalışmada annelerin bildirimine göre çocuklarda en çok kullanılan maddeler sırasıyla eroin, metanfetamin ve esrardır. Son üç ayda kullanılan madde türüne göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu çalışmada iki deney grubunda metanfetamin kullanımını %41 olarak, kontrol grubunda ise %25 olarak tespit edilmiştir. Karcı ve ark. (2022) tarafından madde kullanan ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %72'sinde esrar, %34'ünde metanfetamin ve %12'sinde de eroin kullanımının olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda madde kullanıcılarının kullandıkları maddeler birbirlerinden farklılık arz etmektedirler (Eren ve ark., 2018; Sarıkaya ve ark., 2019; Sehlikoğlu ve ark., 2022). Bu çalışmalara bakıldığında esrar kullanımının daha yüksek eroin ve metanfetamin kullanımının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda metanfetamin bağımlılarının eroin bağımlılarından sonra ikinci sırada yer almaları dünyada ve ülkemizde metanfetamin kullanımındaki artışla ilişkili olabilir. Türkiye'de metanfetamin kullanımını 2014 yılından itibaren artış göstermiş durumdadır (TUBİM, 2017). 2022 TUBİM raporuna göre 2010-2020 döneminde dünyada yakalanan metanfetamin miktarı beş kat artmıştır. Türkiye'de ise

2016-2020 döneminde her yıl yakalanan metanfetamin miktarında artış olmuştur. Türkiye’de son yıllarda yakalanan maddelerin miktarları yıldan yıla değişkenlik arz ederken yalnızca her yıl yakalanan metanfetamin miktarında artış olmuştur (Ateş ve Banazılı, 2020).

#### **5.2.4. Katılımcıların çocuklarıyla aynı evde yaşama durumuna göre karşılaştırılmaları**

Şema terapi grubunda yer alan katılımcıların hepsi, psikoeğitim grubundaki katılımcıların 11’i (%91.7) ve kontrol grubundaki katılımcıların 11’i (%91.7) madde kullanan çocukları ile aynı evde yaşadıklarını bildirmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Eren ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada yaş ortalamaları 25 olan 132 madde kullanıcısından 78’inin anne ve babalarıyla beraber yaşadıkları rapor edilmiştir. Nebioğlu ve ark. (2013) tarafından eroin bağımlılarıyla yapılan bir çalışmaya göre katılımcıların %75’inin ailesiyle beraber yaşadığı tespit edilmiştir. 35 yaşının altında uyuşturucu kullanan bireylerin %60 ila %80’i ya ebeveynleriyle beraber yaşamakta ya da ebeveynleriyle günlük iletişime geçmektedir (Baharudin ve ark., 2013).

#### **5.2.5. Katılımcıların eşlerinin ya da eski eşlerinin yardımcı olmaları durumuna göre karşılaştırılmaları**

Bu çalışmada annelerin algıladıkları eş ya da eski eş desteği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan annelerin sadece küçük bir yüzdesi şema terapi grubunda %33’ü, psikoeğitim grubunda %16’sı ve kontrol grubunda ise %25’i eşlerinin ya da eski eşlerinin çocuklarıyla iyi şekilde ilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin algısına göre babaların çocuklarıyla çok az ve biraz ilgilenme kategorilerinden aldıkları skorlar oldukça yüksektir. Sadece şema terapi grubunda iyi şekilde ilgileniyor diyenler hiç ilgilenmiyor (%16) diyenlere göre daha yüksektir ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur. Babaların reddedici tutumları çocukların uyuşturucuya başlamalarında önemli bir etmendir (Caliendo ve ark., 2017). Begum ve Mahmood (2019) tarafından Bangladeş’te yapılan bir çalışmada madde bağımlılarının babalarını reddedici buldukları ve onlarla sıcak ve samimi bir ilişki kuramadıkları tespit edilmiştir. Bağımlılık tedavisindeki bir aksama, nüks ya da geriye dönüş babanın çok hızlı şekilde umudunun ve motivasyonunun kırılmasına sebebiyet vermektedir (Aktürk ve Yaman, 2022). Babalar annelere nazaran

çocuklarının tedavilerinden daha erken ayrılabilirler (Parent ve ark., 2017). Bağımlılık tedavilerindeki en önemli durumlardan birisi bağımlı bireyin tedaviyi tamamlamadan yarıda kesme sorunsalıdır. Şimşek ve ark. (2019) tarafından yapılan bir araştırmada tedaviyi bırakan bireylerin önemli bir kısmının babalarıyla aralarının kötü olduğu tespit edilmiştir. Cooms ve Landsverk (1998) tarafından yapılan bir çalışmada ise babalarıyla olumlu ilişkileri bulunan madde kullanıcılarının tedaviyi sonlandırmadıkları, tedaviyi sonlandıran kişilerin babalarıyla olumsuz ilişkileri olan bireyler oldukları tespit edilmiştir. Literatürdeki bu bilgiler babalığın hem maddeye başlamada hem de bağımlılık tedavilerindeki rolüne ve önemine dikkat çekmektedir. Babaların sürecin sadece maddi boyutunda değil manevi boyutunda yer almaları, bağımlılık tedavilerinde çocuklarını desteklemeleri ve sıcaklık göstermeleri önemlidir.

#### **5.2.6. Katılımcıların çevrelerinin yardımcı olmaları durumuna göre karşılaştırılmaları**

Bu çalışmada tüm gruplarda yer alan annelerin %61'i çok az, %8'i ise az çevresel desteğe sahip olduklarını belirtmişlerdir. Annelerden %8'i çevrelerinden destek alma düzeyini çok iyi olarak belirtirken annelerden %11'i de çevresinden iyi düzeyde destek aldığını belirtmiştir. Gruplara bakıldığı zaman sosyal destek açısından gruplar arası bir farklılaşma yoktur ve genel olarak annelerin daha düşük bir çevresel desteğe sahip oldukları söylenebilir. Buradaki veriler annelerin çok önemli bir kısmının sosyal çevrelerinden destek alamadıklarını göstermektedir. Madde bağımlıların ailelerinin güçlü bir sosyal desteğe ve sağlam kişilerarası bağlara sahip olmaları onların baş etme yetenekleri ve stresleri üzerinde olumlu şekilde etkilidir. SSCS ve 5 Adımlı Model, madde bağımlıların ailelerinde sosyal destek kaynaklarını genişletmeye odaklanmaktadır (Orford ve ark., 2010b; Orford ve ark., 2017). Madde bağımlılığından etkilenen aile üyeleri sosyal destek kaynaklarını genişlettikçe ve uygun baş etme yöntemleri geliştirdikçe bu onların stres ve gerginliklerini azaltacaktır (Nadkarni ve ark., 2019).

#### **5.2.7. Katılımcıların çocuklarının tanı aldığı kişilik bozuklukları açısından karşılaştırılması**

Bu çalışmada madde kullanıcılarının annelerine çocuklarındaki kişilik bozuklukları sorulmuştur. Sadece psikoeğitim grubundan bir anne çocuğunda antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir. Alkol ve madde bağımlılığı olanlarda bir

kişilik bozukluğunun yaygınlığı %30-%75 aralığındadır (Verheul ve ark., 2000). Evren'in (2004) yaptığı bir derleme çalışmasında literatürde madde bağımlılarında %17 ile %50 arasında değişen oranlarda antisosyal kişilik bozukluğunun bulunduğu ifade edilmiştir. Madde bağımlılarında en sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarıdır (Sadock ve Kaplan, 2016). Saldırganlık, dürtüsellik ve psikopati özellikleri madde kullanıcıları arasında yüksektir ve bu özelliklerin varlığı ergenlik evresinde maddeye başlama açısından bir risk teşkil etmektedirler (Alcorn ve ark., 2013). Madde bağımlısı olan bireylerde bir kişilik bozukluğunun varlığı maddeyi bıraktıktan sonra depresme ve nüks açısından önemli bir risk kaynağıdır (Thomas ve ark., 1999). Bu çalışmada kişilik bozuklukları oranının bu kadar düşük olması kişilik bozukluğu tespitinin annelerin bildirimine dayalı olarak yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında katılımcı anneler çocuklarının psikiyatrik tanılarıyla ilgili bilgi sahibi olmayabilirler.

### **5.3. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanterinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması**

Bu çalışmada şema terapi grubunda depresyon, anksiyete ve somatizasyon skorlarında psikoeğitim ve kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş olmuştur. Bunun yanında şema terapi grubunda KSE'nin tüm alt boyutlarında son test ölçümlerinde ön test ölçümlerine göre anlamlı bir düşüş olmuştur. Psikoeğitim grubunda ise son test ölçümlerinde puan azalmaları görülse de bu anlamlı bir seviyeye ulaşamamıştır.

Bu çalışma şema terapinin madde kullanıcılarının annelerinde depresyon semptomlarının düşmesinde işe yaradığını göstermektedir. Şema terapi kişilik sorunlarının yanında depresyon gibi bozukluklarda da kullanılmaktadır Özellikle kronik depresif tabloların sağaltımı şema terapinin hedefidir (Renner ve ark., 2013). Renner ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada şema terapinin depresyon üzerindeki değişim mekanizmalarını tespit etmeye çalışmışlar ve bu çalışmada depresyondaki değişimin aynı anda çekirdek inançlarda meydana gelen değişimle modlarda meydana gelen değişimden kaynaklandığını tespit etmişlerdir. Literatürde pek çok çalışma şema terapinin depresyon tedavilerinde etkili olduğunu göstermiştir. Heileman ve ark. (2011) tarafından sosyoekonomik seviyesi düşük olan 8 kadınla yürütülen bir şema terapi çalışmasında şema terapinin kadınlarda depresyon düzeyini anlamlı şekilde düşürdüğü tespit edilmiştir. Hashemi ve Darvishzadeh (2016) tarafından evli ve depresyonu olan 30 kadınla yapılan grupta şema terapinin kadınların depresif belirtilerini anlamlı şekilde düşürdüğü

bulgulanmıştır. Körük ve Özabacı (2018) tarafından şema terapinin depresif bozukluklar üzerindeki etkililiğinin incelendiği bir meta analiz çalışmasında şema terapinin depresyon üzerindeki etkililiğini inceleyen pek çok çalışma özetlenmiştir.

Anksiyete bozuklukları olanlarda içsel savunmasız/kırılgan yan ortaya çıktığında bu durum beraberinde uyum bozucu baş etme modlarını tetiklemektedir (Tenore ve ark., 2018). Baş etme modları ise (kaçınma ve aşırı telafi) bumerang etkisi yaparak uzun vadede anksiyeteyi artırmaktadırlar (Young ve ark., 2016; Young ve Klosko, 2017). Straarup ve ark. (2022) tarafından şiddetli anksiyete bozukluklarına sahip kişilerle yürütülen mod yönelimli bir grup şema terapide, şema terapinin etkililiği panik bozukluğa sahip bir olgu üzerinden incelenmiş ve modlara yönelik müdahalelerin bu kişideki panik bozukluk semptomlarını düşürdüğü tespit edilmiştir. Bahsi geçen çalışma grup şema terapinin etkili olmasında, şema terapinin kaygılı/incinmiş çocuk moduna sınırlı yeniden ebeveynlik yapma imkânı tanınmasının etkili olabileceği vurgulanmıştır. Ayrıca bu çalışmada grup ortamının sınırlı bir aile özelliği taşıması dolayısıyla İÇM'ye verdiği bakımın da değişim açısından etkili olabileceği ifade edilmiştir. Çeşitli kaygı bozukluklara sahip bir grupta yürütülen şema terapi sürecinde Peeters ve ark. (2021) kaygı belirtilerindeki değişimin semptomatoloji ve şemalar/modlar arasındaki eş zamanlı değişimden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Literatürde şema terapinin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkililiğini gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Demir ve Soygüt, 2014; Mohammadi ve Moradi, 2016; Peeters ve ark., 2022).

Somatik belirtilerde duyguların ketlenerek açığa vurulamaması önemli bir etmendir (Kırpınar ve ark., 2014). Bu anlamda somatik belirtilerin tedavisinde duyguların uygun şekilde ifade edilmesi önemlidir. Şema terapi altta yatan acı verici duyguların bulunduğu katmanı İÇM olarak kavramsallaştırmaktadır. Şema terapide amaç altta yatan İÇM'yi tetikleyerek bu modun ihtiyaçlarının ve duygularının açığa çıkmasını sağlamak ardından da sınırlı yeniden ebeveynlikle İÇM'ye bakım vermektir. Sonrasında ise duygulardan kaçınmaya yol açan davranışsal stratejiler yerine duyguların sağlıklı şekilde ifade edilmesine salık veren adaptif davranışlar kazandırmaktır (Arntz ve Jacob, 2016; Roediger, 2020). Kopuk korungan modla ilişkili olan dissosiyasyon ve somatizasyon bir donma tepkisidir ve bu donma halinden çıkış bedensel duyumlara ilişkin farkındalık geliştirmekle ve duyguları açığa çıkartmakla mümkündür (Karaosmanoğlu ve ark., 2022). Çalışma sonuçları şema terapinin somatizasyon üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

ÖÇM'nin arkasında genellikle bir İÇM yer almaktadır. (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob ve ark., 2015; Rafaeli ve ark., 2016). Literatürde hostileyle ilgili ifade edilenler (Balkaya ve Şahin, 2003; Garcia-Leon ve ark., 2002; Leyse-Wallace, 2013; Ramirez ve Andreu, 2006; Ünübol ve Sayar, 2020) ÖÇM ve öfkeyle ilişkili aşırı telafi modlarının tetiklenmesinde hostilitenin bir hassasiyet unsuru olabileceğini düşündürmektedirler. Madde bağımlılarının ebeveynleri madde kullanan çocuklarına karşı yoğun bir öfke duyabilmektedirler (Ögel, 2015). Ekinci ve ark. (2016) tarafından yapılan bir araştırmada madde bağımlılarının ebeveynlerinde öfke düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Şema terapi öfkeli çocuğun altında yatan İÇM'yi açığa çıkartıp, çocuk yanına sınırlı yeniden ebeveynlik yapar ve öfkeli çocuğu SYM'nin denetimine sokmaya çalışır (Farell ve Shaw, 2012; Farell ve ark., 2015).

Şema terapinin amacı olumsuz şema ve modları zayıflatarak MÇM ve SYM'yi güçlendirmektir (Arntz ve Jacob, 2016). CEM negatif mesajlar iletmek yoluyla kişinin olumsuz benlik algısını pekiştirebilmektedir. Ayrıca bu mod MÇM'nin etkinleşmesini de kısıtlamaktadır. CEM'in gücünün kırılması kişinin kendine dönük negatif değerlendirmelerinin azalmasına ve MÇM'nin etkinleşebilmek için serbesti elde etmesine yol açabilir (Farall ve Shaw, 2012; Jacob ve ark., 2015). Bu çalışmanın sonuçları literatürdeki benzer araştırmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir. Null ve Mirbagheri (2018) tarafından kadınlarla yapılan 13 seanslık bir şema grup çalışmasında şema terapi, kadınlarda olumlu benlik skorunu anlamlı şekilde artırmıştır. Pondehnezhadan ve Fard (2018) tarafından beden dismorfik fobisi olanlarla yapılan şema terapi neticesinde şema terapinin beden memnuniyetini ve olumlu benlik algısını yükselttiği ifade edilmiştir.

#### **5.4. Şema Terapi, Psikoëğitim ve Kontrol Gruplarının Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması**

Bu çalışmada şema terapi grubunda psikoëğitim ve kontrol gruplarına göre sadece genel yaşam doyumu skorları açısından anlamlı bir artış olmuştur. Bunun yanında şema terapi grubunda son test ölçümlerinde yaşam doyumunun iş doyumu hariç tüm alt boyutlarında ön test skorlarına göre anlamlı bir artış görülmüştür. Psikoëğitim grubunda ilişki doyumu alt boyutunda son test skorlarında yaklaşık 4 puanlık bir artış olsa da bu anlamlı bir seviyede değildir. Bu durumun sebebi kişi sayısının azlığı olabilir.

Uyumsuz şemaların varlığı ile yaşam doyumu arasında negatif korelasyonel bir ilişki vardır. Erken dönem uyumsuz şemaların varlığı yaşam doyumunu düşürür. Şemalar değişime uğradıkça kişinin hayatın farklı alanlarındaki memnuniyeti artar (Mohammad ve ark., 2015). Aghayi ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada şema grup terapisi ile duygu odaklı grup çift terapileri yaşam doyumu açısından karşılaştırılmış ve her iki terapinin de yaşam doyumunu artırmada eşit seviyede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Erken dönem uyumsuz şemalarla düşük ilişki doyumu arasındaki ilişki pek çok çalışmada ortaya konmuştur (Chay ve ark., 2014; McDermott, 2008; Yiğit ve Çelik, 2016). Şema terapi kişilerarası ilişkilerden kaçınmayı azaltarak sosyal ilişkiler kurmayı teşvik eder (Young ve Klsko, 2017). Psikolojik ihtiyaçların karşılanması ilişki doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. İhtiyaçların karşılanması ilişkilerden daha çok tatmin ve doyum sağlanmasına yol açmaktadır (Kermen ve Sarı, 2014; Ryan, 2000; Yarkın, 2013). Şema terapi temel psikolojik ihtiyaçlar temelinde inşa edilmiş bir yaklaşımdır (Roediger, 2015; Young ve ark., 2016). Terapi sürecinde, kişinin erken dönemde karşılanmayan ihtiyaçlarını fark etmesi, ihtiyaçlarına hak vermesi ve yetişkin hayatında ihtiyaçlarını karşılamının sağlıklı yollarını bulmasının sağlanması amaçlanmaktadır (Arntz ve Jacob, 2015; Farell ve ark., 2016). Khatamsaz ve ark. (2017) evli kadınlarda, şema terapinin evlilik doyumunu artırdığını tespit etmişlerdir. Shafiei ve ark. (2022) zihinsel engelli çocuğa sahip annelere uygulamış oldukları 10 seanslık grup şema terapi neticesinde annelerin evlilik doyumlarının arttığını tespit etmişlerdir.

Çalışmanın sonuçları şema terapinin benlik doyumunu artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Mohammadi ve ark. (2020) tarafından evlilik sorunları yaşayan kadınlarla yapılan 8 seanslık şema terapinin kadınlardaki benlik saygısını yükseltmiştir. Bahadori ve ark. (2022) tarafından obez bireylere yapılan şema grup terapisinin obez bireylerin beden algılarında ve benlik saygılarında anlamlı bir değişiklik oluşturduğu tespit edilmiştir. Tavakoli ve ark. (2022) tarafından yapılan bir çalışmada estetik cerrahiye başvuran kadınlarda şema terapi ile pozitif psikoterapi karşılaştırılmış ve her iki terapinin de kadınlarda fiziksel görünümle ilgili olarak benlik saygısını yükselttiği tespit edilmiştir.

Literatürde şema terapi ve sosyal çevre doyumunu inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Uyum bozucu şemalar ve modlar kişinin kendini ve dünyayı algılama biçimini bozabilmektedirler. Şemalar ve onlardan neşet eden uyumsuz modlar değiştiklerinde ise kişi etrafındaki insanları ve cereyan eden hadiseleri daha gerçekçi

şekilde değerlendirmeye ve deneyimlemeye başlayabilmektedir (Rafaeli ve ark., 2016; Young ve ark., 2016).

İş doyumunu işe karşı duygusal bir tepkidir ve iş doyumuyla yaşam doyumunu arasında olumlu bir ilişki vardır (Dikmen, 1995). Mirshekari ve Kahrazei (2020) tarafından yapılan bir çalışmada 10 seanslık grup şema terapi şirket çalışanlarında iş doyumunu artırmıştır. Bu çalışmada şema terapi grubundaki annelerin %91'i diğer iki gruptaki annelerinde %75'i çalışmadığından dolayı iş doyumuyla ilgili değerlendirmeler yapmak güçleşmektedir. Bunun yanında bu çalışmada çalışan az sayıda annenin iş doyum skorlarına ayrıyeten bakılmaması bir sınırlılıktır.

### **5.5. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Çözüm Odaklı Envanterinin Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması**

Bu çalışmada çözüm odaklı envanter için yapılan gruplar arası analizde sadece kaynakları harekete geçirme boyutunda şema terapi grubunda anlamlı bir artış vardır. Bunun yanında grup içi analizlerde son test skorlarına göre şema terapi tüm alt boyutlarda ön test skorlarına göre anlamlı bir artış sağlamıştır. Psikoeğitim grubunda ise problemden ayırma alt boyutunda son test skorlarında ön test skorlarına göre anlamlı bir artış vardır. Kontrol grubunda ise ne gruplar arası ne de grup içi analizlerde anlamlı bir değişiklik yoktur.

Problemden ayrışamamanın sebebi olumsuz düşünceler ve ruminasyon olabilir (Aydoğdu, 2021). Şema terapi rumunatif düşünmeyi bir baş etme modu olarak kavramsallaştırmaktadır. Negatif tekrarlayan düşüncelerden sorumlu olan bu mod, yeni çalışmalarda aşırı analiz etme veya düşünme modu olarak formüle edilmektedir (Simpson ve Smith, 2020). Madde bağımlılarının ailelerinde çözüme odaklanmak yerine soruna takılıp kalma eğilimi vardır. Aile üyeleri çözüm odaklı düşünmekten ziyade geçmişte yapılan hatalı davranışlarına takılıp kalabilmektedirler. Literatürde şema terapinin ruminasyon konusunda etkililiğini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Manesh ve Monirpour, 2022; Pourjaberi ve DashtBozorgi, 2019; Varmazyar ve ark., 2021).

Kaynakları harekete geçirme boyutu çözüm için çok önemli bir aşamadır (Grant ve ark., 2011; Grant ve ark., 2012). Birey çözüme ulaşmak için elinin altındakileri ve güçlü yönlerini fark ettiğinde bu onun çözüme ulaşabileceğine dair inancını kuvvetlendirebilir. Bu anlamda şema terapinin katılımcıların öz kaynaklarını harekete geçirmelerine yardımcı olduğu söylenebilir. Akbari ve ark. (2021) tarafından yapılmış bir

çalışmada şema terapi ve BDT yaklaşımlarını karşılaştırmışlar ve her iki yaklaşımında problem çözme becerilerini artırdığını tespit etmişlerdir. Farzaneh ve ark. (2021) tarafından kalp sorunu yaşayan kişilere Şema Terapi ve Kabul-Kararlılık Terapisi uygulanmış ve her iki terapinin de katılımcıların problem çözmelerinde anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında aynı çalışmada ACT yaklaşımının daha etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada şema terapi çözüm odaklılığın hedeflere yönelme boyutunu artırarak katılımcıların daha etkili hedefler belirlemelerine ve onlara yönelmelerine yardımcı oluyor gibi gözükmektedir. SYM gerçekçi, somut ve işlevsel davranışlar sergileyen moddur. Şema terapide SYM'nin gelişmesi için olumsuz modların zayıflatılması yeterli değildir. Bu modu güçlendirmek için spesifik olarak mod üzerinde çalışmak gerekmektedir. İlk etapta terapist sağlıklı yetişkin modeli olarak modu canlandırır sonrasında ise danışanın terapistin SYM'sini içselleştirerek bu modu üstlenmesi beklenir. Çözüm odaklı envantere hedefe yönelme alt ölçeği için hazırlanan sorular şema terapinin tanımladığı SYM ile benzerlik göstermektedirler (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob ve ark., 2015; Simeone ve ark., 2017).

#### **5.6. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Aile Bağımlılık Profil İndeksi Alt Boyutları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması**

BAPİ-Aile için yapılan gruplar arası analizde anlamlı bir değişiklik tespit edilememiştir. Bu anlamda hiçbir grup Aile Bağımlılık İndeksi açısından ötekenden farklı değildir. Bunun yanında şema terapi grubunda son test ölçümlerinde ön test ölçümlerine göre ilişkisel beceriler ve aile içi bağlar skorlarında anlamlı bir değişiklik bulunmuştur. İlişkisel beceriler skorları düşmüş aile içi bağlar skorları ise artmıştır. Bu analizde ilişkisel becerilere ilişkin skorların düşmesi ilişkisel becerilerin arttığına işaret etmektedir. Bağımlıya karşı tutum skorlarında ise şema terapi grubunda son test ölçümlerine göre anlamlı bir azalma yoktur. Ölçeğin toplam puanına ilişkin yapılan analizde ise şema terapinin totalde anlamlı bir değişiklik oluşturduğu görülmektedir. Toplam skora ilişkin analizde psikoeğitim grubunda anlamlı bir değişim olmasa da p puanı .66 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonuçları şema terapinin annelerin ilişkisel becerilerinin artırılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Çocukları yetersiz gözetleme ya da izleme, sınır koyma güçlükleri ve iletişim sorunları madde kullanımıyla ilişkili etmenler arasında

yer almaktadırlar (Moon ve ark., 2014; Rusby ve ark., 2018; Önal ve ark., 2011; Tobler ve Komro, 2011; Trucco, 2020). Aile içi güçlü bir iletişimin olması bağımlılığa karşı önemli bir koruyucu unsurdur (Kliever ve Murrelle, 2007). Annelerin mental sorunlarının çözülmesi annelerin madde kullanan çocuklarıyla daha fazla katılıma ve şefkate dayalı ilişkiler kurmalarını sağlayabilir. Bunun yanında madde bağımlılarının aileleri için geliştirilen pek çok eğitim programı ebeveynlerin mental bozukluğunu dikkate almaksızın direkt ebeveynin ebeveynlik becerilerini artırmaya odaklanmış durumdadır. Ciddi bir psikolojik sıkıntının varlığı ebeveynin yeni ebeveynlik becerileri kazanmasını engelleyebilir (Bertrand ve ark., 2013).

Aile içi bağlar hem bağımlılığın ortaya çıkmasında hem sürmesinde hem de tedavi sürecinde etkili olmaktadır (Ögel ve ark., 2017). Aile içi bağların zayıf olması ergenlerde madde bağımlılığıyla ilişkilidir (Heydarnia ve Charkhian, 2007; Matejevic ve ark., 2014; Mirkoviç-Hacdukov ve ark., 2017; Tafa ve Baicocco, 2009). Pomini ve ark. (2014) yapmış oldukları çalışmada eroin bağımlılığının devam etmesinde ailenin rolünün önemli olduğunu ve bu kişilerin ebeveynlerin kontrol grubuna göre daha çok çocuklarını reddettiklerini bulgulamışlardır. Çalışmanın sonuçları şema terapinin aile içi bağları kuvvetlendirdiğine işaret etmektedir.

Madde bağımlısına karşı ailenin tutumu bağımlılık davranışının sürmesinde ve tedavi sürecinde etkili olmaktadır. Bu anlamda ailede bağımlı bireye karşı olan tutumların ele alınması gerekmektedir (Kalampalikis, 2010). Aile bağımlılık profili indeksinde bağımlıya karşı tutum boyutunu ölçen iki madde bulunmaktadır. Bunlardan biri “bize bunu nasıl yapar diye ona kızgıyım” maddesidir (Ögel ve ark., 2017). Bu madde kızgın çocuk modu ile ilgili açıklamalarla örtüşmektedir (Jacob ve ark., 2015). Kızgın çocuk modu genellikle arkasında bir İÇM barındırır ve kızgın çocuk altta yatan yaralı tarafın ihtiyaçlarının karşılanması için harekete geçer. Bu çalışmada bağımlıya karşı kızgınlığın devam etmesi altta yatan öfkeli ve incinmiş çocuk modlarının yeterince regüle edilememesinden kaynaklanıyor olabilir. Bağımlıya karşı tutum alt boyutunda yer alan diğer bir madde de “ona davranışları yüzünden artık ona eskisi gibi sevgi duyamıyorum” maddesidir (Ögel ve ark., 2017). Bu ifade şema terapinin güvensizlik şemasıyla ilgili olarak yapmış olduğu tanımlamayla uyuşmaktadır. Güvensizlik şeması en zor iyileşen şemalardan birisidir (Young ve ark., 2016). Bu çalışma annelerdeki şema ve mod düzeylerindeki değişimi ölçmediği için madde bağımlısına karşı olumsuz tutumun hangi şemalarla ve modlarla bağlantılı olduğunu inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

## **5.7. Şema Terapi, Psikoeğitim ve Kontrol Gruplarının Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu Alt Ölçekleri Açısından Gruplara Arası ve Grup İçi Analizlerinin Karşılaştırılması**

Bu çalışmada BAPİ kısa formunda gruplar arası düzeyde hiçbir grupta anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. Sadece şema terapi grubunda ölçeğin yaşam üstüne etkileri alt ölçeğinde grup içi bir anlamlı farklılaşma mevcuttur. Bunun yanında hem şema terapi grubunda hem de diğer deney grubunda son test ölçümlerinde puan düşüşleri söz konusudur. Mesela şema terapi grubunda yer alan madde kullanıcılarında madde kullanım sıklığı skorlarında son test ölçümlerine göre yaklaşık 3 puanlık bir düşüş vardır. Aynı şekilde puan düşmeleri psikoeğitim grubunda da görülmektedir. Bunun yanında son test ölçümlerinde görülen puanlardaki azalma anlamlı bir seviyede değildir. Gruplardaki son test ölçümlerindeki puan değişimlerinin pek çok katılımcıda mı meydana geldiği yoksa birkaç katılımcıdaki radikal bir değişimin mi buna yol açtığını değerlendirmek için BAPİ-Kısa skorları için bir ön test son test ortalama puan farklılıkları tablosu oluşturulmuştur. Bu tabloda son test ölçümlerindeki değişimin pek çok katılımcıda meydana gelen istikrarlı bir değişimden ziyade belirli katılımcılardaki değişimden ve skorlardaki radikal düşüşlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Son test skorlarındaki değişimin anlamlı bir seviyeye ulaşamaması çalışmanın sınırlı sayıda kişiyle yürütülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bundan dolayı daha kalabalık gruplarla yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Johnson tarzı sert ve yüzleştirmeci müdahalelerin, aşamalı şekilde basıncı ve dozajı artıran ARISE gibi müdahalelere göre madde kullanıcılarına etkisi daha düşük olmaktadır (Garrett ve ark., 1998; Landau ve ark., 2004). Bu çalışmada şema terapi son üç seansta daha yüzleştirmeci ve aşırı telafi modlarına sınır koymaya odaklı şekilde yürütülmüştür. Ayrıca aile üyelerine odaklı Al-Anon/Nar-Anon gibi müdahaleler her ne kadar aile üyelerinin psikolojik işlevselliklerinin yükselmesinde etkili olsalar da bağımlı bireyin tedaviye girmesi ve madde tüketimini azaltması açısından yeterince etkili olamamaktadırlar (Landau ve ark., 2004; Meyers ve ark., 2002; Sisson ve Azrin, 1988). Aile üzerinde etkili olup madde kullanıcısı üzerinde etkisi az olan bir diğer müdahale de aile üyelerini merkeze alan 5 Adımlı Modeldir (Orford ve ark., 2007; Velleman ve ark., 2011).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Grup Şema Terapi madde kullanan çocuğu olan annelerde psikolojik semptomların azalmasında, yaşam doyumunun artmasına, çözüm odaklılığın yükselmesinde, ebeveynlik becerilerinin artması ve aile içi bağların gelişmesinde olumlu bir etkiye sahiptir. Bunun yanında şema terapi madde kullanan bireylerde maddenin yaşam üzerine etkilerini fark etme noktasında etkili olurken bunun dışında madde kullanım paternleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Madde kullananların aile üyelerindeki modları tespit edecek ve modların madde kullanan bireyle olan ilişkide nasıl bir rol ve işlev gördüğünü ortaya koyacak daha çok araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Katılımcı sayısı artırılarak yapılan Grup Şema Terapi çalışmaları anneler üzerindeki etkinin madde kullanan çocuklara olan yansımalarına ilişkin anlamlılıkla ilgili daha iyi sonuçlar vereceklerdir.

Bundan sonra annelerin yanında babalarla yürütülecek Grup Şema Terapi çalışmalarına da ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışmalar Grup Şema Terapinin babalar üzerindeki etkilerini ve babalardaki değişimin madde kullanan çocukların madde kullanım davranışları üzerindeki etkilerini göstereceklerdir.

Anneler ve babaların karşılaştırıldıkları Grup Şema Terapi çalışmaları madde kullanım paternlerinin değişmesi konusunda ebeveynlerden hangisinin daha etkili olduğunu göstereceklerdir.

Aile üyeleriyle madde kullanan bireylerin modları arasındaki etkileşimlerin daha fazla çalışılmasına imkân verecek Grup Şema Terapi çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Özellikle öncelikle aşırı telafi modlarına sınır koymaya odaklanan bir yaklaşımdan ziyade madde kullanıcılarının incinmiş yanlarına da yeniden ebeveynlik yapmaya imkân tanıyan ve anneleri bu konuda yeniden ebeveynlik becerileriyle donatacak şema terapi çalışmalarına gereksinim bulunmaktadır.

Spesifik olarak madde kullanıcılarının maddeyi bırakması konusuna odaklanmış kısa süreli şema terapi müdahalelerine ihtiyaç bulunmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Aalbers, G., Engels, T., Haslbeck, J. M., Borsboom, D. ve Arntz, A. (2021). The network structure of schema modes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1065-1078.
- Acar, G. ve Buldukoğlu K. (2014). Bipolar bozuklukta psikoeğitimin relapsa etkisi: Sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 310-329.
- Aghayi, A., Kahrazeni, F. ve Farnam, A. (2019). The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction. *Journal of Psychological Science*, 18(73), 133-142.
- Ak, M., Kesici, Ş., Yalçın, S. B. ve Kavaklı, M. (2019). *Çocuğum bağımlı olmasın*. Nobel Yayıncılık.
- Ak, M., Kırpınar, İ., Atmaca, M. Erkan, A., Güler, Ö., ... Akkişi-Kumsar, N. (2020). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi*. Nobel Yayıncılık.
- Akbari, M., Shokhmgar, Z., Sanagoo, A., Nasiri, A. ve Ahange, A. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on communication skills and problem solving and mental health in couples with extra-marital experience. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 9(1).
- Akkuzu, H. (2019). *Üniversite öğrencilerinde sosyal zekâ ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi* [Yüksek lisans tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Aktürk, İ. ve Yaman, Ö. M. (2022). Babaların madde kullanımı tedavisine katılımları üzerine nitel bir araştırma. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 37-51.
- Akvardar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., ... Zorlu, N. (2012). *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V. ve Karatepe H. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-204.

- Alcorn J. L., Gowin, J. L., Green, C. E., Swann, A. C., Moeller, F. G. ve Lane, S. D. (2013). Aggression, impulsivity, and psychopathic traits in combined antisocial personality disorder and substance use disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 25(3), 229-232.
- Alevsaçanlar, S. (2015). *Madde bağımlılarında erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema sürdürücü baş etme davranışları: Şema terapi çerçevesinde bir inceleme*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı (DSM-5)* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.
- Anton, R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 165.
- Archer, M., Harwood, H. L., Stevelink, S., Rafferty, L. A. ve Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: A systematic review. *Addiction*, 115(6), 1024-1037.
- Arcidicano, C., Velleman, R., Fioretti, G. ve de Georgio, U. (2007). Professionals' evaluation of the '5-step method' for helping family members of substance misusers in the context of the Italian Health Services. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(4), 267-388.
- Arıkan, M. (2019). *Madde bağımlılarının erken dönem uyumsuz şemaları ve işlev bozucu baş etme biçimleri: Şema terapi perspektifinde bir inceleme* [Yüksek lisans tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Armutlu, İ. (2019). *Belirsizliğe tahammülsüzlük, dürtüsellik, ruminasyon ve genel erteleme eğiliminin psikolojik belirtiler ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi]. Başkent Üniversitesi.
- Arntz, A. ve Genderen, A. A. (2013). *Sınır kişilik bozukluğu şema terapi* (M. Şaşıoğlu ve S. Kohen, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Arntz, A. ve Jacob, G. (2016). *Uygulamada şema terapi/şema mod yaklaşımına giriş rehberi* (G. S. Pekak, Çev.). Nobel Yayıncılık.
- Arntz, A., Klokman, J. ve Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

- Arslan, H. (2016). *Ankara ili Polatlı ilçesindeki ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ve aile içi ilişkiler temelinde 13-18 yaş gençlerde madde bağımlılığı* [Doktora tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Arslantaş, H., Seviçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoëğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3-10.
- Aslan, A., Arıcak, O. T. ve Karadaşlı, B. (2019). Madde kullanan hükümlü bireylerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 20(1), 1-11.
- Atar, A. Ö., Yalçın, Ö., Uygun, E., Demirci, A. C. ve Erdoğan, A. (2016). The assessment of family functions, dyadic adjustment, and parental attitude in adolescents with substance use disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(1), 38.
- Ateş, H. ve Banazılı, A. M. (2020). Türkiye’de uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadele: Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı raporları üzerinden bir inceleme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 63-80.
- Avcı, S., Sarıkaya, R., Kavak, N., Ozmen, F. N., Aydın, M. ve Arslan, E. D. (2016). Socio-demographic and clinical profile of substance abuse patients admitted to an emergency department in Ankara, Turkey. *Acta Biomed*, 87(3), 286-290.
- Avşar, G., Koç, F. ve Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 44-49.
- Aydiner, B. B. (2011). *Üniversite öğrencilerinin yaşam amaçlarının alt boyutlarının genel öz-yeterlik yaşam doyumu ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Aydoğdu, F. (2021). Öğretmenlerde çözüm odaklı düşünme ile mutluluk ilişkisinde sürekli umut ve yaşam doyumunun aracı rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1), 337-360.
- Bachrach, N. ve Arntz, A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *J Clin Psychol*, 1-16.

- Bahadori, A., Golkar, M. K. ve Pashang, S. (2022). The effectiveness of schema therapy intervention in weight, body image and self-esteem of obese people: A randomized controlled trial. *Hormozgan Medical Journal*, 26(2), 82-87.
- Baharudin, D. F., Hussin, A. M., Sumari, M., Mohamed, S., Zakaria, M. Z. ve Sawai, R. P. (2013). Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: An exploratory study. *J Subst Use, Early Online*, 1-6.
- Baharudin, D. F., Zakaria, Z., Hussin, A. H., Mohamed, H., Sumari, M., ... Ahmad Z. A. (2012). *The experiences of family support by people in recovery from drug addiction*. The Asian Conference on the Social Sciences, Osaka, Japan.
- Bal, F. (2018). Bibliyoterapi uygulamasının depresyon üzerindeki etkililiğinin değerlendirilmesi. *Journal of Social and Humanites Sciences Research*, 5(24), 1630-1640.
- Balkaya, F. ve Şahin, N. H. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-202.
- Ball, S. A. ve Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P. ve Arntz, A. (2013). Results of multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 170(12), 1503-1508.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of Socialization Theory and Research*, 213, 262.
- Barber, J. G. ve Gilbertson, R. (1997). Unilateral interventions for women living with heavy drinkers. *Social Work*, 42(1), 69-78.
- Barnard, M. (2006). *Drug addiction and families*. Jessica Kingsley Publishers.
- Baylan, N. (2019). *Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü* [Yüksek lisans tezi]. Işık Üniversitesi.
- Begum, F. ve Mahmood, S. I. (2019). Exploring psychological correlates of peers and fathers of drug addict adolescents. *Dhaka University Journal of Biological Sciences*, 28(1), 9-20.

- Behary, W. (2014). *Narsistle ateşkes*. Psikonet Yayınları.
- Berna, L. T. (2021). *Erken dönem uyumsuz şemaların ve şema modlarının saldırganlık türleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Kent Üniversitesi.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. ve Vos, M. D. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., IBeaudoin, I., Lemieux, A., ... Ménard, J. M. (2013). Substance abuse treatment for adolescents: How are family factors related to substance use change. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(1), 28-38.
- Biçer, B. K. ve Özcebe, H. (2016). Adolesanların riskli sağlık davranışlarını önlemek için üç yönlü bakış açısını anlamak: Aile, okul ve aile hekimi. *TAF Prev Med Bull*, 15(6), 479.
- Biçer, F. (2019). *Genç yetişkinlerde psikosomatik belirtilerin erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Bloch, L., Haase, C. M. ve Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*, 14(1), 130-144.
- Bohart, A. C. ve Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work*. American Psychological Association.
- Bojed, F. B. ve Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International Journal of High Risk Behaviors and Addictation*, 2(2), 72-76.
- Boog, M., Van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J. ve Franken, I. H. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European Addiction Research*, 24(5), 226-233.
- Brigham, G. S., Slesnick, N., Winhusen, T. M., Lewis, D. F., Guo, X. ve Somoza, E. (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 240-243.

- Brown, N. W. (1998). *Psychoeducational groups*. Taylor & Francis.
- Brown, N. W. (2018). *Psychoeducational groups: Process and practice*. Routledge.
- Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., ... Vırıt, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Journal of Dependence*, 7, 65-70.
- Bulut, S. (2010). Yetişkinlerle yapılan psikolojik danışmada bibliyoterapi (okuma yoluyla sağaltım) yönteminin kullanılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(33), 46-56.
- Burns, D. (2020). *İyi hissetmek* (E. Tuncer, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. A., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2022). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Yayınları.
- Caliendo, C., Senese, V. P. ve Cantone, D. (2017). Parental rejection, addiction and current fathering: A comparative study. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 59-69.
- Canel, A. N. (2021). *Psikoterapide yeni ufuklar kuramdan uygulamaya*. Pinhan Yayıncılık.
- Çankaya, Z. C. (2009). Özerklik desteği, temel psikolojik ihtiyaçların doyumu ve öznel iyi olma: Öz belirleme kuramı. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(31), 23-31.
- Carlson, N. R. (2012). *Fizyolojik psikoloji. Davranışın nörolojik temelleri* (M. Şahin, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Carstenson, B. (1955). The auxiliary chair technique: A case study. *Group Psychotherapy*, 8, 50-56.
- Cervantes, O. F., Sorensen, J. L., Wermuth, L., Fernandez, L. ve Menicucci, L. (1988). Family ties of drug abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2(1), 34.
- Charpman, A. L. ve Gratz, K. L. (2015). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anger*. New Harbinger Publications Inc.
- Charpman, A. L., Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2011). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety*. New Harbinger Publications Inc.

- Chay, S. R. F., Zarei, E. ve Pour, F. (2014). Investigating the relationship between maladaptive schemas and marital satisfaction in mothers of primary school children. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 4(2), 119-124.
- Christensen, L. B., Johnson, R. B. ve Turner, L. A. (2020). *Araştırma yöntemleri desen ve analiz* (A. Alpay, Çev.). Anı Yayıncılık.
- Church, S., Bhatia, U., Velleman, R., Velleman, G., Orford, J., ... Nadkarni, A. (2018). Coping strategies and support structures of addiction affected families: A qualitative study from Goa, India. *Families, Systems & Health*, 36(2), 216.
- Çivitçi, A. (2018). *Grup psikoeğitimi*. Pegem Yayınları.
- Cockram, M. D., Drummond, P. D. ve Lee, W. C. (2010). Role and Treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182.
- Coombs, R. H. ve Landsverk, J. (1988). Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 473-482.
- Copello, A. G., Velleman, R. ve Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Copello, A., Ibanga, A., Orford, J., Templeton, L. ve Velleman, R. (2010d). The 5-step method: Future directions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 203-210.
- Copello, A., Templeton, L. ve Powell, J. (2010c). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 63-74.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. ve Velleman, R. (2010a). The 5-step method: Principles and practice. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 86-99.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. ve Velleman, R. (2010b). The 5-step method: Evidence of gains for affected family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 100-112.
- Cordova, J. V., Gee, C. B. ve Warren, L. Z. (2005). Emotional skilfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skilfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.

- Dadashzadeh, H., Hekmati, I., Gholizadeh, H. ve Abdi, R. (2016). Schema modes in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 22-28.
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A. ve Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, 7, 1987.
- Dahmardeh, T., Shirazi, M. ve Arab, A. (2021). The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and resilience of mothers with mentally retarded students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(6), 443-451.
- Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), 73-76.
- Daş, C. (2017). *Geştalt terapi bütünleşmek ve büyüme*. Altınordu Yayıncılık.
- De Vries, D. (2017). Healing with books. *Therapeutic Recreation Journal*, 51(1), 48-74.
- Demir, E. Y. ve Soygüt, G. (2014). Şema terapisi ile izlenen bir olgu bağlamında panik bozukluğu ile şemalar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 109-115.
- Demirbek, B., Kalyoncu, A. ve Alpay, N. (1991). *Uçucu madde bağımlılarının uçucu madde kullanım ve sosyo-demografik özelliklerinin incelenmesi*. 25. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, Akdeniz Üniversitesi.
- Derogatis, L. (1992). *The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures Manuel-II*. Clinical Psychometric Research Inc.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. ve Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.
- Dikmen, A. A. (1995). İş doyumunu ve yaşam doyumunu ilişkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 50(03).

- Duman, Z. C. ve Dorttepe, Z. U. (2017). Psychoeducational in mental illnesses. *Research Gate*.
- Dunne, A. L., Gilbert, F., Lee, S. ve Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior*, 44(3), 246-256.
- Dutcher, L. W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., ... Smith, J. E. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2(1), 80.
- Dykes, G. ve Casker, R. (2021). Adolescents and substance abuse: the effects of substance abuse on parents and siblings. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 224-237.
- Edwards, D. (2019). *Understanding psychological problems in terms of schemas and schema modes*. <https://www.schematherapysouthafrica.co.za/wp-content/uploads/2019/06/Understanding-psychological-problems-in-terms-of-schemas-and-schema-modes-4.pdf>
- Ekinci, S., Yalçınay, M., Uğur Kural, H. ve Kandemir, H. (2016). Madde bağımlılığı olan hastaların ebeveynlerinde öfke düzeyi: Öfkenin, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 125-129.
- Epstein, E. E. ve McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A. S. Gurman ve N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (s. 597-628). The Guilford Press.
- Erdim, L. (2019). Alkolizmin aile ve çocuk üzerindeki etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 193-200.
- Eren, F., Gündüz, N., Turan, H. ve Erzincan, E. (2018). Erzurum ilinde denetimli serbestlik polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik incelenmesi.
- Erikson, E. (2018). *İnsanın 8 evresi* (G. Akkaya, Çev.). Okuyan Us Yayınları.
- Ertürk, İ. Ş. ve Kaynar, G. (2017). Kişilik bozukluklarında şema terapi yaklaşımı. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(12), 97-114.

- Escoda, N. P. ve Alegre, A. (2016). Does emotional intelligence moderate the relationship between satisfaction in specific domains and life satisfaction? *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(2), 131-140.
- Evren, C. (2004). Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 111-119.
- Evren, C., Ögel, K. ve Uluğ, B. (2012). *Alkol ve madde bağımlılığı tanı ve tedavi el kitabı*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D. ve Ryan, R. M. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.
- Farell, J. M., Reiss, N. ve Shaw, I. A. (2015). *Şema terapi klinisyenin rehberi* (S. G. Alkan ve E. Alkan, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Farell, J. ve Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley & Sons Ltd.
- Farell, J., Shaw, I. ve Webber, M. (2009). A schema focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Farzaneh, A., Marzieh, S. ve Abed, M. (2021). A comparative study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy (ST) on problem solving styles in people with heart diseases. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 21114-21126.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G. ve Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie*, 11(02), 78-86.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. ve Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373.
- Follette, V. M. ve Ruzek, J. I. (2018). *Travmaya yönelik bilişsel davranışçı terapiler* (E. Dökmetaş, Çev.). Litera Yayıncılık.

- Fontana, I. V., Stumm, E. M. F., Kirchner, R. M., Gomes, J. S. ve Ubessi, L. D. (2011). Stress and coping in familiar of dependent on psychoactive substances. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 5(3).
- Furr, S. R. (2000). Structuring the group experience: A format for designing psychoeducational groups. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25(1), 29-49.
- Galanter, M. (1993a). Network therapy for addiction: A model for office practice. *Am J Psychiatry*, 150, 28-36.
- Galanter, M. (1993b). Network therapy for substance misuse: A clinical trial. *Psychotherapy*, 30, 251-258.
- Galanter, M., Dermatis, H., Glickman, L., Maslansky, R., Sellers, M. B., Neumann, E. ve Rahman-Dujarric, C. (2004). Network therapy: Decreased secondary opioid use during buprenorphine maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), 313-318.
- García-León, A., Reyes, G. A., Vila, J., Pérez, N., Robles, H. ve Ramos, M. M. (2002). The Aggression Questionnaire: A validation study in student samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 45-53.
- Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, M. D., Baciewicz, G. ve Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE intervention: Using family and network links to engage addicted persons in treatment. *J Subst Abuse Treat*, 15, 333-343.
- Garrett, J., Stanton, D., Landau, J., Baciewicz, G., Brinkman-Sull, D. ve Shea, R. (1999). The 'concerned other' call: Using family links and networks to overcome resistance to addiction treatment. *Subst Use Misuse*, 34, 363-382.
- Geniş, B. (2021). Bağımlılıklar ve madde aşermesinde serebellumun rolü. B. Coşar (Ed.), *Nöropsikiyatrik açıdan serebellum içinde* (s. 71-76). Türkiye Klinikleri.
- Ghaderi, F., Kalantari, M. ve Meehrabi, H. A. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 6(24), 1-28.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.

- Gladding, S. T. (2012). *Aile terapisi tarihi, kuram ve uygulamaları* (İ. Keklik ve İ. Yıldırım, Çev.). Türk PDR Derneği Yayınları.
- Gogel, L. P., Cavaleri, M. A., Gardin, J. G. ve Wisdom, J. P. (2011). Retention and ongoing participation in residential substance abuse treatment: Perspectives from adolescents, parents and staff on the treatment process. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(4), 488-496.
- Gökçe, S., Önal-Sönmez, A., Yusufoglu, C., Yulaf, Y. ve Adak, İ. (2017). Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3).
- Goodman, E. ve Huang, H. (2002) Socioeconomic status, depressive symptoms and adolescent substance use. *Archives of Paediatrics Adolescent Medicine*, 156(5), 448-453.
- Grant, A. M. (2011). The solution-focused inventory: A tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *The Coaching Psychologist*, 7(2), 98-106.
- Grant, A. M. ve Cavanagh, M. J. (2018). The solution-focused approach to coaching. *The Complete Handbook of Coaching*, 35-51.
- Grant, A. M. ve O'Connor, S. A. (2010). The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: A pilot study with implications for practice. *Industrial and Commercial Training*.
- Grant, A. M., Cavanagh, M. J., Kleitman, S., Spence, G., Lakota, M. ve Yu, N. (2012). Development and validation of the solution-focused inventory. *The Journal of Positive Psychology*, 7(4), 334-348.
- Groenewald, C. ve Bhana, A. (2016). "It was bad to see my [Child] doing this": Mothers' experiences of living with adolescents with substance abuse problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 646-661.
- Groenewald, C. ve Bhana, A. (2017). Mothers' experiences of coping with adolescent substance abuse: A phenomenological inquiry. *Contemporary Nurse*, 53(4), 421-435.

- Groenewald, C. ve Bhana, A. (2018). Substance abuse and the family: An examination of the South African policy context. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(2), 148-155.
- Gross, H. E., Shaw, D. S. ve Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693-709.
- Gruber, K. J., Fleetwood, T. J. ve Herring, M. W. (2001). In-home continuing care services for substance-affected families: The bridges program. *Social Work*, 46(3), 267-277.
- Guebaly, N., Giuseppe, C., Galenter, M. ve Baldaccino, A. (2020). *Textbook of addiction treatment*. Springer Nature Switzerland.
- Gümüş, A. B. (2006). Şizofreni hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 23-34.
- Günaltay, S. (2017). *Alkol ve madde bağımlılığı ile erken yaş dönemi uyum bozucu şemalar arasındaki iliőtki* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Arel Üniversitesi.
- Gürçay, S. S., Çekici, F. ve Çolakkadıoğlu, O. (2009). Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeler. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 5(1), 134-153.
- Hacıömeroğlu, B., Ak, M., Garip, B., Çınar A. ve Conguloğlu, E. (2014). The role of maladaptive schemas and coping strategies in substance depece. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 162-170.
- Hajikhaniyan, Z., Astaneh, A. N., Sadighi, G. ve Koushkestani, R. (2020). The effect of schema therapy on emotion regulation, happiness, and procrastination in health centre employees. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 5(1), 43-49.
- Halford, W. K., Price, J., Kelly, A. B., Bouma, R. ve Young, R. M. (2001). Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of three treatments. *Addiction*, 96(10), 1497-1508.
- Harris, R. (2016). *ACT'İ kolay öğrenmek* (T. Karatepe, Çev.). Litera Yayıncılık.

- Hashemi, R. Darvishzadeh, K. (2016). Effectiveness of group schema therapy in reducing the symptoms of major depression in a sample of women. *Asian Social Science*, 12(6), 232-238.
- Hawke, L. D. ve Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276.
- Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P. ve Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low-income, second-generation Latinas. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42, 473-480.
- Hendar, K., Awalya, A. ve Sunawan, S. (2019). Solution-focused brief therapy group counseling to increase academic resilience and self-efficacy. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 8(3), 1-7.
- Henker, J., Keller, A., Reiss, N., Siepmann, M., Croy, I. ve Weidner, K. (2019). Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 418-429.
- Herman-Stahl, M. A., Ashley, O. S., Penne, M. A., Bauman, K. E., Williams, J., ... Cfroerer, J. C. (2008). Moderation and mediation in the relationship between mothers' or fathers' serious psychological distress and adolescent substance use: Findings from a national sample. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 141-150.
- Heydarnia, A. ve Charkhian, A. (2007). A study on the quality of parental-child relationship in addicted adolescents versus normal ones. *Social Welfare Quarterly*, 6(25), 39-58.
- Hornberger, S. ve Smith, S. L. (2011). Family involvement in adolescent substance abuse treatment and recovery: What do we know? What lies ahead?. *Children and Youth Services Review*, 33, 70-76.
- Ibanga, A. (2010). Web-based 5-step method for affected family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 129-153.
- Jackson, D. ve Mannix, J. (2003). Then suddenly he went right off the rails: Mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemporary Nurse*, 14(2), 169-179.

- Jackson, D., Usher, K. ve O'Brien, L. (2007). Fractured families: Parental perspectives of the effects of adolescent drug abuse on family life. *Contemporary Nurse*, 23(2), 321-330.
- Jacob, G., Genderen, H. ve Seebauer, L. (2015). *Mod terapisi* (N. Azizerli ve M. Soykut, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E. ve Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44-55.
- Jalali, M. R., Zargar, M., Salavati, M. ve Kakavand, A. R. (2011). Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers. *Iran J Psychiatry*, 6, 54-60.
- Jalilian, F., Karami, M. B., Ahmadpanah, M., Atae, M., Ahmadi, J. T., ... Mirzaei, A. M. (2015). Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 15(1), 42-46.
- Janbozorgi, M. (2011). The effect of parenting style and early maladaptive schemas on children's self-esteem. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(2), 165-172.
- Johnson, V. (1973). *I'll quit tomorrow*. Harper & Row.
- Johnson, V. (1986). *Intervention: How to help someone who doesn't want help*. Johnson Institute Books.
- Jones, J. L. (2006). A closer look at bibliotherapy. *Young Adult Library Services*, 5(1), 24-27.
- Jones, K. D. ve Robinson, E. H. M. (2000). Psychoeducational groups: A model for choosing topics and excircles appropriate the group stage. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25(4), 356-365.
- Kaba, İ. Erol, M. ve Güç, K. (2017). Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(18), 1-14.
- Kahng, S. K., Oyserman, D., Bybee, D. ve Mowbray, C. (2008). Mothers with serious mental illness: When symptoms decline does parenting improve?. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 162.

- Kahyaoğlu, G., Dinc, M., Işık, S. ve Ögel, K. (2020). Effects of engaging family in addiction treatment for substance use and treatment compliance: A preliminary study. *Addicta*, 7(4), 229-233.
- Kalampalikis, V. (2010). The family's attitude towards addiction. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 1.
- Karagül, S. (2018). Çocuk edebiyatı ve bibliyoterapi. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 2, 43-55.
- Karami, Z., Massah, O., Forhoudian, A. ve O'jei, A. (2015). Early maladaptive schemas in opiate and stimulant users. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2), 10-15.
- Karaosmanoğlu, H. A. (2016). *Eyvah kötü bir şey olacak*. Psikonet Yayınları.
- Karaosmanoğlu, H. A. (2019). *Hepsini istiyorum hemen istiyorum*. Psikonet Yayınları.
- Karaosmanoğlu, H. A., Ateş, N., Köse-Karaca, B. ve Aytaç, M. (2022). A new viewpoint to schema modes and mode domains through Polyvagal Theory: Could schema modes be just a way of coping?. *Current Psychology*, 1-14.
- Karataş, Z. (2020). Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerin sorunlarının açıklanmasında aile işlevleri ve çeşitli demografik değişkenlerin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 70-105.
- Karatay, G. ve Kubilay, G. (2004). Sosyodemografik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 6(1), 57-70.
- Karcı, C. K., Gürbüz, A. A., Özdemir, F. A., Varmış, D. A. ve Tahiroğlu, A. Y. (2022). Madde kullanan ergenlerde psikiyatrik eş tanı, bağımlılık profili ve tedavi isteği: ÇEMATEM verileri. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 61-68.
- Kellogg, S. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on "chairwork" in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 310-320.
- Kelly, J. F., Fallah-Sohy, N., Cristello, J. ve Bergman, B. (2017). Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 193-200.

- Kermen, U. ve T, Sarı (2014). Üniversite öğrencilerinde ihtiyaç doyumu ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(2), 175-185.
- Kersten, T. (2012). Schema therapy in personality disorders and addiction. In M. van Vreeswijk, J. Broersen ve M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (s. 415-424). John Wiley & Sons.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 14-19.
- Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The Cocaine Crisis*, 65-74.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Khatamsaz, B., Forouzandeh, E. ve Ghaderi, D. (2017). Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(1), 11.
- Kılıç, F. S. (2016). Bağımlılık ve uyarıcı maddeler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 55-60.
- King, K. A., Vidourek, R. A. ve Merianos, A. L. (2015). Ebeveynlik davranışları ile esrar kullanımı arasındaki ilişki ergenlik yaşına dayanmaktadır. *Uyuşturucular: Eğitim, Önleme ve Politika*, 22(4), 334-343.
- Kirby, K. C., Benishek, L. A., Kerwin, M. E., Dugosh, K. L., Carpenedo, C. M., ... Meyers, R. J. (2017). Analysing components of Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Is treatment entry training sufficient? *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 818-827.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A. ve LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56(1), 85-96.
- Kırpınar, İ., Deveci, E., Çamur, D. Z. ve Kılıç, A. (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 84-93.

- Kliwer, W. ve Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health, 40*(5), 448-455.
- Klostermann, K. ve O'Farell, T. J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Health and Social Care Journal, 28*(3), 234-247.
- Koerner, N., Tallon, K. ve Kusec, A. (2015). Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(6), 441-455.
- Kömürcü, B. ve Gör, N. (2016). Erken dönem uyumsuz şemalar ve kaygı üzerine bir derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi, 4*(8), 183-203.
- Koppers, D., Van, H., Peen J. ve Dekker, J. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Published in Psychotherapy Research, 32*(7), 831-842.
- Körlük, S. ve Özabacı, N. (2018). Şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiği: Bir meta analiz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10*(4), 470-480.
- Köroğlu, E. (2016). *Psikiyatri tedavi kılavuzları*. Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2017). *Psikoterapi yöntemleri*. Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2018). *Bağımlı aileleri için kılavuz*. Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2020). *Klinik psikiyatri*. Esenkal Yayıncılık.
- Kültür S. E. Ç., Ünal M. F. ve Özusta Ş. (2006) Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(1), 3-11.
- Kusumawaty, I. (2021). Family resilience in caring for drug addiction. *Gaceta Sanitaria, 35*, 491-494.
- Lamichhane, N., Shyangwa, P. M. ve Shakya, R. (2008). Family burden in substance dependence syndrome. *J Gandaki Med Coll Nepal, 1*(1), 57-65.
- Landau, J. L. (2013). Family and community resilience relative to the experience of mass trauma: Connectedness to family and culture of origin as the core components of healing. In *Handbook of family resilience* (s. 459-480). Springer.

- Landau, J. ve Garrett, J. (2013). Invitational intervention: The ARISE model for engaging reluctant alcohol and other drug abusers in treatment. In *Family Interventions in Substance Abuse* (s. 147-168). Routledge.
- Landau, J., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., ... Wamboldt, F. (2004). Outcomes with the ARISE approach to engaging reluctant drug-and alcohol-dependent individuals in treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 711-748.
- Leahy, R. L. (2015). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. Litera Yayıncılık.
- Lewis, J. A. (1991). Change and the alcohol-affected family: Limitations of the “intervention”. *Fam Psychol*, 7, 43-44.
- Leyse-Wallace, R. (2013). *Nutrition and mental health*. CRC Press.
- Linehan, M. M. (2020a). *DBT becerileri eğitimi gereçler ve işlem çizelgeleri* (E. Köroğlu ve K. Köroğlu, Çev.). Esenkay Yayıncılık.
- Linehan, M. M. (2020b). *DBT becerileri eğitim kılavuzu* (E. Köroğlu ve K. Köroğlu, Çev.). Esenkay Yayıncılık.
- Lobbestaël, J., Arntz, A. ve Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240-253.
- Lobbestaël, J., Van Vreeswijk, M. F. ve Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860.
- Lobbestaël, J., van Vreeswijk, M. ve Arntz, A. (2007). Number 3 shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Neth J Psychol*, 63, 69-78.
- Loose, C., Graaf, P. ve Zarbock, G. (2018). *Çocuk ve ergenler için şema terapi* (N. Azizerli, Y. Yürükler, İ. G. Şan, Ö. Koç ve Z. Karabuda, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Low, S., Tiberio, S. S., Shortt, J. W., Capaldi, D. M. ve Eddy, J. M. (2017). Associations of couples' intimate partner violence in young adulthood and substance use: A dyadic approach. *Psychology of Violence*, 7(1), 120.

- Mackenzie, C. S., Scott, T., Mather, A. ve Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(12), 1010-1019.
- Mahler, M. S., Pine, F. ve Bergman, A. (2018). *İnsan yavrusunun psikolojik doğumu* (A. N. Babaoğlu, Çev.). Metis Yayınları.
- Mahoor, H. ve Farzinfar, K. (2017). The effectiveness of schema therapy on psychological well-being of mothers of the children suffering deafness. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 24(5), 311-318.
- Manesh, N. D. ve Monirpour, N. (2022). The effectiveness of group schema therapy on reducing rumination due to depression. *Journal of Positive School Psychology*, 6(2), 3380-3387.
- Manning, S. Y. (2018) *Borderline kişilik bozukluğu olan birini sevmek* (N. Gürdoğan, Çev.). Apamer Psikoloji Yayınları.
- Mansourijalilian, A. ve Yazdanbakhsh, K. (2015). Prediction of substance abuse based on early maladaptive schemas and perfectionism among students. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(32), 42-49.
- Manuel, J. K., Austin, J. L., Miller, W. R., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., ... Bogenschutz, M. P. (2012). Community reinforcement and family training: A pilot comparison of group and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 129-136.
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., Belasco, A. ve Barbosa, D. A. (2012). Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 7-12.
- Masterson J. M. (2010). *Kendilik bozukluklarının psikoterapisi* (P. Özdemir, Çev.). Litera Yayıncılık.
- Matejevic, M., Jovanovic, D. ve Lazarevic, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 281-287.
- Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Kumar, B. A., Basu, D. ve Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: A study from India. *The Indian Journal of Medical Research*, 137(4), 704.

- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., ... Quensel, S. (2002). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97(3), 329-336.
- McCann, T. V. ve Lubman, D. I. (2018a). Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 693-701.
- McCann, T. V. ve Lubman, D. I. (2018b). Adaptive coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 100-109.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., Boardman, G. ve Flood, M. (2017). Affected family members' experience of, and coping with, aggression and violence within the context of problematic substance use: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11.
- McCarthy, C. J., Bauman, S., Choudhuri, D. D., Coker, A., Justice, C., ... Shaw, L. (2022). Association for specialists in group work guiding principles for group work. *The Journal for Specialists in Group Work*, 47(1), 10-21.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E. ve Hirsch, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: Outcomes at 6 months. *Addiction*, 94(9), 1381-1396.
- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., Stout, R. L., Nelson, H. F. ve Hay, W. M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(6), 459-467.
- McCrary, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D. ve Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction*, 86(11), 1415-1424.
- McCulliss, D. (2012). Bibliotherapy: Historical and research perspectives. *Journal of Poetry Therapy*, 25(1), 23-38.
- McDermott, N. (2008). *Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction* [Yüksek lisans tezi]. Rowan Üniversitesi.

- McGillicuddy, N. B., Rychtarik, R. G., Duquette, J. A. ve Morsheimer, E. T. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 59-68.
- McKay, M. ve Wood, J. (2011). *The dialectical behavior therapy diary*. New Harbinger Publications, Inc.
- McKay, M., Wood, J. C. Brantley, J. (2017). *Diyalektik davranışçı terapi beceri öğrenim kılavuzu*. Dev Belgesel Yayınları.
- Meyer, R. ve Kayo, R. (2014). *Community reinforcement and family training support and prevention (CRAFT-SP)*. [https://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/CRAFT-sp\\_Final.pdf](https://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/CRAFT-sp_Final.pdf)
- Meyers, R. J., Miller, W., Hill, D. ve Tonigan, J. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse*, 10, 291-308.
- Meyers, R. J., Smith, J. E. ve Lash, D. N. (2002). The community reinforcement approach. *Recent Developments in Alcoholism*, 183-195.
- Meyers, R. J., Smith, J. E. ve Lash, D. N. (2005). A program for engaging treatment-refusing substance abusers into treatment: CRAFT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 90.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. ve Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688.
- Mirković-Hajdukov, M., Efendić Spahić, T., Softić, R., Bećirović, E. ve Šimić, J. (2017). Family atmosphere and relationships as predictors of heroin addiction. *Psychiatria Danubina*, 29(2), 129-133.
- Mirshakari, H. ve Kahrazei, F. (2022). The effectiveness of group schema therapy training on quality of work life and job satisfaction of Sistan and Baluchestan Electricity Emergency Employees in 2020. *Iran Occupational Health*, 19(8).
- Mohammad Nezhady, B. ve Rabiei, M. (2015). The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine*, 4(3), 179-190.

- Mohammadi, F. ve Moradi, O. (2016). Comparison of the effectiveness of schema therapy and Neuro linguistic programming on reducing anxiety and improve social functioning in patients with generalized anxiety disorder (GAD). *International Journal of Philosophy and Social Psychological Sciences*, 2(3), 56-66.
- Mohammadi, S., Hafezi, F., Ehteshamzadeh, P., Eftekhar Saadi, Z. ve Bakhtiarpour, S. (2020). The effect of schema therapy on sexual self-esteem in the women involved in marital conflicts. *Women's Health Bulletin*, 7(2), 49-55.
- Molen, E., Hipwell, A. E., Vermeiren, R. ve Loeber, R. (2019). Maternal characteristics predicting young girls' disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2), 179-190.
- Moon, S. S., Blakey, J. M., Boyas, J., Horton, K. ve Kim, Y. J. (2014). The influence of parental, peer, and school factors on marijuana use among Native American adolescents. *Journal of Social Service Research*, 40(2), 147-159.
- Morrison, J. (2017). *DSM-5'İ kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi* (H. U. Kural, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Mowbray, C., Schwartz, S., Bybee, D., Spang, J., Rueda-Riedle, A. ve Oyserman, D. (2000). Mothers with a mental illness: Stressors and resources for parenting and living. *Families in Society*, 81(2), 118-129.
- Mozaffari, E., Khaledian, M. ve Taghavi, F. (2013). The relationship between early maladaptive schemas of cuts-exclusion and slip among addicts abusing drugs under methadone maintenance treatment. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 13, 67-74.
- Mutlu, E. (2013) Madde bağımlılığında ailenin rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2), 13-17.
- Mutlu, E. A. ve Sarıkaya, Ö. Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 276-285.
- Nadkarni, A., Bhatia, U., Velleman, R., Orford, J., Velleman, G., ... Pednekar, S. (2019). Supporting addictions affected families effectively (SAFE): A mixed methods exploratory study of the 5-step method delivered in Goa, India, by lay counsellors. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(2), 195-204.

- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behav Res Ther*, 47, 961-973.
- Nebioğlu, M., Yalnız, H. ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull*, 12(1), 35-42.
- Neher, L. S. ve Short, J. L. (1998). Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 154-161.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. ve Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*.
- Noel, N. E. ve McCrady, B. S. (1993). Alcohol-focused spouse involvement with behavioral marital therapy. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (s. 210-235). The Guilford Press.
- Null, N. ve Mirbagheri, M. (2018). The effectiveness of schema therapy-based group counseling in increasing the positive self-concept in the street women. *Women Studies*, 9(23), 123-134.
- O'Connell, B., Palmer, S. ve Williams, H. (2013). *Solution focused coaching in practice*. Routledge.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A. ve Cutter, H. S. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(4), 357-370.
- Ögel, K. (2000). *Madde bağımlılığında tedavi*. IQ Yayınları.
- Ögel, K. (2002). *Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi (doktorlar, psikologlar, rehberler ve diğer ilgilenenler için)*. IQ Kùltür Sanat.
- Ögel, K. (2015). *Bağımlı aileleri için rehber kitap*. Türkiye İş Bankası Kùltür Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı*. IQ Kùltür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K., Başabak, A. (2012). *Aile ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA). Aile eğitimi uygulayıcı kılavuzu*. Yeniden Yayınları.

- Ögel, K., Çelikay, H. ve Başabak, A. (2017). Aile Bağımlılık Profili İndeksinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20, 255-262.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.
- Ögel, K., Güneş, R., Koç C. ve Başabak, A. (2015). Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçeğinin Kısa Formunun geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 175-181.
- Okumuşaoğlu, S. (2019) Bilişsel bir simülasyon olarak sanat: Edebiyat, sinema, bibliyoterapi ve diğer kesişimler. *Curr Res Soc Sci*, 5(1), 1-8.
- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S. ve Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(3), 165-178.
- Öncü, H. (2012). Bibliyoterapi yönteminin okullarda psikolojik danışma ve rehberlik amacıyla kullanımı. *TSA*, 1(16), 147-170.
- Öner, U. (2007). Bibliyoterapi. *Çankaya Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sanat ve Bilim Dergisi*, 7, 133-150.
- Öner, U. ve Yeşilyaprak, B. (2006). *Bibliyoterapi: Psikolojik danışma ve rehberlik programlarında çocuk edebiyatından yararlanma*. 11. Ulusal Çocuk ve Gençlik Edebiyat Sempozyumu Bildiriler Kitabı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını.
- Orford, J. (2012). Re-empowering family members disempowered by addiction: Support for individual or collective action. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 3(1).
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R. ve Templeton, L. (2010b). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 36-43.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., ... Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5), 761-774.

- Orford, J., Templeton, L., Patel, A., Copello, A. ve Velleman, R. (2007). The 5-step family intervention in primary care: I. strengths and limitations according to family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(1), 29-47.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. ve Ibanga, A. (2010a). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 44-62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. ve Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. ve Velleman, G. (2017). *Responding to alcohol and drug problems in the family: The 5-step method*. Practioner Handbook.
- Örnek, D. B. (2022). Zihnin gözüyle görmek, zihnin kulağıyla duymak: Bir terapötik teknik olarak imgeleme ile yeniden senaryolaştırma. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 3(2), 78-92.
- Otowa, T., York, T. P., Gardner, C. O., Kendler, K. S. ve Hettema, J. M. (2014). The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 404-409.
- Özakkaş, T., Çorak, A., Sezgin, B. ve Yamli, İ (2014). *Bütüncül psikoterapi 11. dönem Şubat 2013 ders notları*. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14. Baskı). Nobel Tıp Kitapevi.
- Palombo, J., Bendicsen H. ve Koch, B. (2018). *Psikanalitik gelişim teorileri rehberi* (F. B. Helvacıoğlu, Çev.). Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Pape, H., Norström, T. ve Rossow, I. (2017). Adolescent drinking a touch of social class? *Addiction*, 112(5), 792-800.
- Parent, J., Forehand, R., Pomerantz, H., Peisch, V. ve Seehuus, M. (2017). Father participation in child psychopathology research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(7), 1259-1270.

- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F. ve Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: A comparison across constructs and drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 772-782.
- Pedroso, T. G., Araújo, A. D. S., Santos, M. T. S., Galera, S. A. F. ve Cardoso, L. (2019). Caregiver burden and stress in psychiatric hospital admission. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 1699-1706.
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B. ve Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76.
- Peeters, N., van Passel, B. ve Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597.
- Pehrsson, D. ve McMillen, P. S. (2005). A bibliotherapy evaluation tool: Grounding counsellors in the therapeutic use of literature. *The Arts in Psychotherapy*, 32(1), 47.
- Perls, F., Hefferline, G. ve Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19-313.
- Petr, K. ve Katarína, S. (2020). Core beliefs: Schemas and Coping styles in addictions. *Cognitive Remediation Journal is an Online Peer-Reviewed Journal*, 9(3), 9-19.
- Polat, S., Koparal, B., Okumuş, B. ve Hocaoglu, C. (2021). Bir eğitim ve araştırma hastanesi denetimli serbestlik birimine başvuran olguların madde kullanım özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(2), 78-82.
- Pomini, V., Gournellis, R., Kokkevi, A., Tomaras, V., Papadimitriou, G. ve Liappas, J. (2014). Rejection attitudes, poor parental bonding, and stressful life events in heroin addicts' families. *Substance Use & Misuse*, 49(14), 1867-1877.
- Pondehnezhadan, A. ve Fard, R. J. (2018). Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(10), 162.
- Pourjaberi, B. ve DashtBozorgi, Z. (2019). The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. *Community Health Journal*, 13(1), 1-10.

- Prins, S. J., Kajeepeta, S., Pearce, R., Beardslee, J., Pardini, D. ve Cerdá, M. (2021). Identifying sensitive periods when changes in parenting and peer factors are associated with changes in adolescent alcohol and marijuana use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 605-617.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E. (2016). *Şema terapi ayırıcı özellikler* (H. A. Karaosmanoğlu, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Rafaeli, E., Maurer, O. ve Thoma, N. C. (2014). Working with modes in schema therapy. Working with emotion in cognitive behavioral therapy. *Techniques for Clinical Practice*, 263-287.
- Ramirez, J. M. ve Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291.
- Rane, A., Church, S., Bhatia, U., Orford, J., Velleman, R. ve Nadkarni, A. (2017). Psychosocial interventions for addiction-affected families in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 74, 1-8.
- Ray, G., Mertens, J. ve Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: Health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma: Family members of persons with AODD. *Addiction*, 104, 203-214.
- Razavi, V., Soltaninezhad, A. ve Rafiee, A. (2012). Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. *Zahedan J Res Med Sci*, 14(9), 60-63.
- Recepoglu, E. ve Tümlü, G. Ü. (2015). Üniversite akademik personelinin mesleki ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(4), 1851-1868.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. ve Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20, 166-180.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J. ve Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 51, 66-73.

- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J. ve Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- Rhein, D. ve Sukawatana, P. (2015). Thai university student schemas and anxiety symptomatology. *International Education Studies*, 8(7), 108-126.
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R. ve Westling, E. (2018). Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 310.
- Ş, Karahan, F. ve Hamarta, E. (2015). Çözüm odaklı envanter: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *İlköğretim Online*, 14(2), 757-769.
- Sabzi, N., Farah Bijari, A. ve Khosravi, Z. (2022). The effectiveness of group schema-based parenting education to mothers on modifying maladaptive schemas of the child and improving the quality of the parent-child relationship. *Practice in Clinical Psychology*, 10(1), 33-44.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2016). *Psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri* (A. Bozkurt, Çev.). Güneş Tıp Yayıncılık.
- Safer, D. L., Telch, C. F. ve Chen, E. Y. (2013). *Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve bulimia için diyalektik davranış terapisi*. Nobel Yayıncılık.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Sakiyama, H. M., Padin, M. D. F. R., Canfield, M., Laranjeira, R. ve Mitsuhiro, S. S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?. *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 276-279.
- Sakyi, K. S., Melchior, M., Chollet, A. ve Surkan, P. J. (2012). The combined effects of parental divorce and parental history of depression on cannabis use in young adults in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1-2), 195-199.
- Sehlikoğlu, K., Özkan, Ö. L., Sehlikoğlu, Ş., Eğilmez, O. B. ve Kafadar, H. (2022). Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri olan bireylerin sosyodemografik, klinik ve suç özelliklerinin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 27(1), 42-51.

- Selbekk, A. S., Sagvaag, H. ve Fauske, H. (2015). Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. *Addiction Research & Theory*, 23(3), 196-204.
- Selwyn, J. ve Grant, A. M. (2019). Self-regulation and solution-focused thinking mediate the relationship between self-insight and subjective well-being within a goal-focused context: An exploratory study. *Cogent Psychology*, 6(1), 1695413.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A. ve Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev*, 33, 426-447.
- Şengün, F., Altıok, H. Ö. ve Üstün, B. (2011). Kanıta dayalı bir uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 66-74.
- Sevimli, F. ve İşcan, Ö. F. (2005). Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. *Ege Academic Review*, 5(1), 55-64.
- Sevinç, G. (2019). Ruh sağlığını okuma yoluyla iyileştirme. Bibliyoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(4), 483-495.
- Shafiei, A., Younesi, J., Khanjani, M. S., Azkhosh, M. ve Hossainzadeh, S. (2022). Effects of schema therapy on marital satisfaction and marital conflict in mothers of children with intellectual disability. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1).
- Sharma, A., Sharma, A., Gupta, S. ve Thapar, S. (2019). Study of family burden in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 131.
- Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. ve Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10(2), 122-135.
- Shorey, R. C., Anderson, S. ve Stuart, G. L. (2012b). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 429-441.

- Shorey, R. C., Anderson, S. ve Stuart, G. L. (2013). Early maladaptive schemas of substance abusers and their intimate partners. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 266-275.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. ve Anderson, S. (2012a). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 271-278.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. ve Anderson, S. (2013b). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 522-527.
- Shorey, R. C., Stuart, G.L. ve Anderson, S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinic comparison group. *Clinic Psychological Psychother*, 21(1), 21-28.
- Simeone, C., Roediger, E. ve Stevens, B. A (2017). *Çiftlerde şema terapi* (I. G. Danişman, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Simpson, S. G., Morrow, E., Vreesvick, M. ve Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Front Psychol*.
- Simpson, S. ve Smith, E. (2020). *Schema therapy for eating disorders*. Routledge.
- Şimşek, M., Dinç, M. ve Ögel, K. (2019). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counselling centre: A cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446-454.
- Sisson, R. W. ve Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Skeves, S. A., Samson, R. A., S. G., Simpson ve Vreesvick, M. V. (2015). Short term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Front Psychol*.
- Smith J. E. ve Meyers R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. Guilford Press.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyckx, K. ve Goossens, L. (2006). Parenting and adolescent problem behavior: An integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variable. *Developmental Psychology*, 42(2), 305-318.

- Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell J. ve Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *J Clin Psychol*, 1-11.
- Straver, F. R. (2017). *A theoretical model of substance use based on schema therapy concepts* [Yüksek lisans tezi]. Utrecht Üniversitesi.
- Suchman, N. E., Pajulo, J. ve Mayes, L. J. (2013). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. Oxford University Press.
- Synder, S. M. ve Rubenstein, C. (2014). Do incest, depression, parental drinking, serious romantic relationships, and living with parents influence patterns of substance use during emerging adulthood?. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(3), 188-197.
- Tafa, M. ve Baiocco, R. (2009). Addictive behavior and family functioning during adolescence. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5), 388-395.
- Tamam, L. (2015). *Dürtüsellik*. Kaknüs Yayınları.
- Tarhan, N. ve Nurmedov, S. (2012). *Bağımlılık*. Timaş Yayınları.
- Tavakoli, Z., Ghadampour, E., Bagherim, N. ve Tanha, Z. (2022). Comparison of the efficacy of positive psychotherapy and schema therapy on cognitive flexibility and physical self-esteem in women seeking cosmetic surgery. *Journal of Psychological Science*, 21(115), 1443-1461.
- Taylor, J., Loney, B.R., Bobadilla, L., Iacono, W.G. ve McGue, M. (2003). Genetic and environmental influences in psychopathy trait dimensions in a community sample of male twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 633-645.
- Tebeka, S., Hoertel, N., Dubertret, C. ve Le Strat, Y. (2016). Parental divorce or death during childhood and adolescence and its association with mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 678-685.
- Tenore, K., Barbara Basile, F. M. ve Luppino, O. I. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: Conceptualization and rationale (Part II). *Scientific Research Publishing*, 9, 2278-2295.
- Thomas, E. J. ve Ager, R. D. (1993). Unilateral Family Therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (s. 3-33). The Guilford Press.

- Thomas, E. J., Adams, K. B., Yoshioka, M. R. ve Ager, R. D. (1990). Unilateral relationship enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcohol abusers. *The American Journal of Family Therapy*, 18(4), 334-344.
- Thomas, E., Cathleen, S., Bronson, D. ve Oyserman, D. (2018). *Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics*. Routledge Library Editions: Psychiatry.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P. ve Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 271-277.
- Tobler, A. L. ve Komro, K. A. (2010). Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 560-568.
- Toumbourou J. (1994). Family involvement in illicit drug treatment. *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 385-392.
- Toumbourou, J. W., Blyth, A., Bamberg, J. ve Forer, D. (2001). Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(4), 291-304.
- Toumbourou, J. W., Bowes, G. ve Blyth, A. (1997). Behaviour exchange systems training: the “BEST” approach for parents stressed by adolescent drug problems. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(2), 92-98.
- Toy, E. C. ve Kleman, D. (2015). *Olgu dosyaları psikiyatri* (İ. Balcıoğlu, Çev.). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Trucco, E. M. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 196, 172969.
- Türkçapar, H. (2014). *Bilişsel terapi*. Hekimler Yayın Birliği.
- Ünal, S., Mutlu, E. A. ve Topaktaş, Ö. (2020). Madde bağımlılığının gelişiminde birikimli risk faktörlerinin rolü. *Bağımlılık Dergisi*, 22(1), 31-42.
- Ünüböl, H ve Sayar, G. H. (2020). Türkiye’de hostilitenin sosyodemografik özelliklere göre incelenmesi. *İslam Medeniyeti Dergisi*, 6(45), 22-45.
- Usher, K., Jackson, D. ve O’Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 209-214.

- Van Loon, L., Granic, I. ve Engels, R. C. (2011). The role of maternal depression on treatment outcome for children with externalizing behavior problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 178-186.
- Van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M. ve Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 29-38.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J. ve Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Varmazyar, A., Makvandi, B. ve Seraj Khorrami, N. (2021). Effectiveness of schema therapy in social anxiety, rumination, and psychological well-being among depressed patients referred to Health Centers in Abadan, Iran. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(1), 32-39.
- Velleman, R. (2006). The importance of family members in helping problem drinkers achieve their chosen goal. *Addiction Research & Theory*, 14(1), 73-85.
- Velleman, R. ve Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 79-89.
- Velleman, R., Arcidiacono, C., Procentese, F., Copello, A. ve Sarnacchiaros, P. (2008). A 5-step intervention to help family members in Italy who live with substance misusers. *Journal of Mental Health*, 17(6), 643-655.
- Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., ... Godfrey, C. (2011). 12-month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. *Addiction Research & Theory*, 19(4), 362-374.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. ve Rounsaville, B. J. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 110-118.

- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C. ve Ball, S. A. (2009). Substance abuse. In J. M. Oldham, A. E. Skodol ve D. S. Bender (Eds.), *Essentials of personality disorders* (s. 361-378). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wegscheider-Cruse S. (1981). *Another chance: Hope for the alcoholic family*. Science and Behavior Books.
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., ... Rush, A. J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR D-child report. *Jama*, 295(12), 1389-1398.
- White, H. R., McMorris, B. J., Catalano, R. F., Fleming, C. B., Haggerty, K. P. ve Abbott, R. D. (2006). Increases in alcohol and marijuana use during the transition out of high school into emerging adulthood: The effects of leaving home, going to college, and high school protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 810-822.
- Wilson, F. R., Rapin, L. S. ve Haley-Banez, L. (2000). Association for specialists in group work: Professional standards for the training of group workers. *Journal for Specialists in Group Work*, 25(4), 327-342.
- Wong, J. J., Cucciare, M. A., Booth, B. M. ve Timko, C. (2019). Predicting substance use patterns among rural adults: The roles of mothers, fathers, and parenthood. *Family Process*, 58(2), 431-445.
- Wootton, B. M., Steinman, S. A., Czerniawski, A., Norris, K., Baprie, C., ... Tolin, D. F. (2018). An evaluation of the effectiveness of a transdiagnostic bibliotherapy program for anxiety and related disorders: results from two studies using a benchmarking approach. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 565-580.
- Yalman, E. (2019). Ebeveyn ve akran ilişkilerinin genç kızlarda madde kullanımına etkisi. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 372-391.
- Yalom, I. (2008). *Alkolizm terapisi*. Prestij Yayınları.
- Yalom, I. D. (2018a). *Kısa süreli grup terapileri* (Z. Babayiğit, Çev.). Pegasus Yayınları.
- Yalom, I. D. (2018b). *Grup psikoterapisinin teori ve pratiği*. Pegasus Yayınları.

- Yarkin, E. (2014). *Temel psikolojik ihtiyaçların karşılanma düzeyinin ilişki doyum ve yaşam doyum düzeyine katkısının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.
- Yiğit, İ. ve Çelik, C. (2016). İlişki doyumunun erken dönem uyum bozucu şemalar, kişilerarası ilişki tarzları ve kendilik algısı açasından değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 77-87.
- Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
- Yılmaz, M. (2014). Bilgi ile iyileşme: Bibliyoterapi. *Türk Kütüphaneciliği*, 28(2), 189-191.
- Yoon, S., Pei, F., Wang, X., Yoon, D., Lee, G., ... Schoppe-Sullivan, S. J. (2018). Vulnerability or resilience to early substance use among adolescents at risk: The roles of maltreatment and father involvement. *Child Abuse & Neglect*, 86, 206-216.
- Young, J. E. (2018). *Kişilik bozuklukları için bilişsel terapi: şema odaklı bir yaklaşım* (İ. Yiğit, Çev.). Klinik Psikoloji Araştırmaları Derneği.
- Young, J. E. ve Klosko, J. S. (2017). *Hayatı yeniden keşfedim* (S. Kohen ve D. Güler, Çev.). Psikonet Yayınları.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2016). *şema terapi* (T. V. Soylu, Çev.). Litera Yayıncılık.
- Yüncü, Z., Kesebir, S., Özbaran, B., Çelik, Y. ve Aydın, C. (2009) Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 5-13.
- Zuckerman, M. ve Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169-204.
- <http://www.narkotik.pol.tr>. Ulusal uyuşturucu ile mücadele eylem planı 2016-2018.
- <http://www.narkotik.pol.tr>. Ulusal uyuşturucu ile mücadele eylem planı 2022.

## EKLER

### EK 1: SOSYO DEMOGRAFİK FORM

**1. Yaşınız .....**

**2. Eğitim durumunuz**

*İlkokul / Ortaokul / Lise / Üniversite*

**3. Sosyoekonomik durumunuz**

*Düşük / Orta / Yüksek*

**4. Medeni durumunuz**

*Evlü / Boşanmış / Vefat Etmiş*

**5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**

*Evet / Hayır*

**6. Çocuğunuz temel olarak son 3 aydır aşağıdaki maddelerin hangisini kullanıyor?**

*Esrar / Eroin / Metanfetamin / Diğer*

**7. Madde kullanan çocuğunuzla aynı evde mi yaşıyorsunuz?**

*Evet / Hayır*

**8. Madde kullanan çocuğunuz kaç yaşında .....**

**9. Çocuğunuz kaç yıldır madde kullanıyor .....**

**10. Çocuğunuzun babası bu süreçte yardımcı oluyor mu?**

*Babası vefat etti / Hiç olmuyor / Biraz ilgileniyor / Orta şekilde ilgileniyor/*

*İyi şekilde ilgileniyor*

**11. Yakın çevrenizden bu süreçte ne kadar destek alıyorsunuz (Ebeveynleriniz, kardeşleriniz, akrabalarınız)**

*Çok az / Az / Orta / İyi / Çok iyi*

**12. Çocuğunuza herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı kondu mu?**

*Hayır / Borderline / Antisosyal / Narsisistik*

**13. Herhangi bir psikiyatrik tanınız var mı?**

*Evet / Hayır*

**14. Psikiyatrik bir tanınız varsa bu hangi gruptaki bir bozukluktur?**

*Depresyon / İki Uçlu Bozukluk / Anksiyete Bozukluğu / Obsesif Kompulsif Bozukluk /  
Kişilik Bozukluğu / Diğer*

**15. Daha önce psikoterapi aldınız mı?**

*Hayır / Birkaç görüşme aldım / En az 3 ay kadar aldım / 6 ay aldım / 1 yıl ve üstünde aldım*



## EK 2: KISA SEMPTOM ENVANTERİ SORULARI

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin bir listesi verilmiştir. Soruları okuyarak, o belirtilen sizde bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu yandaki bölüme uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0: Hiç yok

3: Epey var

1: Biraz var

4: Çok fazla var

2: Orta derecede var

1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada zorluk	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrı	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4

15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0 1 2 3 4
16. Yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0 1 2 3 4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0 1 2 3 4
19. Ağlamaklı hissetmek	0 1 2 3 4
20. Kolayca incinebilmek, kırılmak	0 1 2 3 4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0 1 2 3 4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0 1 2 3 4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0 1 2 3 4
24. Diğerlerinin bizi gözlediğini ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0 1 2 3 4
25. Uykuya dalmada güçlük	0 1 2 3 4
26. Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27. Karar vermede güçlükler	0 1 2 3 4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlardan korkmak	0 1 2 3 4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0 1 2 3 4
30. Sıcak soğuk basmaları	0 1 2 3 4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0 1 2 3 4
32. Kafanızın bomboş kalması	0 1 2 3 4
33. Beyninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gereği	0 1 2 3 4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36. Konsantrasyon (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük çekmek	0 1 2 3 4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0 1 2 3 4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4

40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0 1 2 3 4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47. Yalnız bırakıldığında/ kalındığında yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0 1 2 3 4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52. Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4

### EK 3: YETİŞKİN YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 21 madde bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz maddeye ne derecede katılıp katılmadığınıza karar veriniz. Seçeneklerinden size uygun gelen seçeneği çarpı işareti (X) ile belirtiniz. Bütün maddelere tepkide bulunuz. Ölçek üzerine adınızı ve adresinizi yazmayınız. Duyarlılığınız için teşekkür ederim.

1: Hiç uygun değil

4: Uygun

2: Uygun değil

5: Tamamen uygun

3: Kısmen uygun

1. Hayatımdan memnunum.	1 2 3 4 5
2. Hayat şartlarım mükemmel.	1 2 3 4 5
3. Hayatım; çoğu arkadaşımın hayatından daha iyidir.	1 2 3 4 5
4. Hayattan şimdiye kadar önemli şeyleri elde ettim.	1 2 3 4 5
5. İyi bir hayatım var.	1 2 3 4 5
6. Hayatımda keşkelerim çoktur.	1 2 3 4 5
7. Ailemle vakit geçirmeyi severim.	1 2 3 4 5
8. Yeterince arkadaşım var.	1 2 3 4 5
9. İhtiyacım olduğunda arkadaşlarım bana yardımcı olurlar.	1 2 3 4 5
10. Arkadaşlarım bana iyi davranır.	1 2 3 4 5
11. Arkadaşlarımdan memnunum.	1 2 3 4 5
12. Eğlenceli biriyim.	1 2 3 4 5
13. Kendimi seviyorum.	1 2 3 4 5
14. İyi bir insanım.	1 2 3 4 5
15. Kendimi başarılı bulurum.	1 2 3 4 5
16. Mahallemden memnunum.	1 2 3 4 5
17. Komşularımdan memnunum.	1 2 3 4 5
18. Yaşadığım yerde yapabilecek eğlenceli birçok aktivite var.	1 2 3 4 5
19. İşimden memnunum.	1 2 3 4 5
20. İşe gitmek için sabırsızlanıyorum.	1 2 3 4 5
21. Hayata tekrar başlama şansı verilse aynı işi yaparım.	1 2 3 4 5

#### EK 4: ÇÖZÜM ODAKLI ENVANTER SORULARI

Aşağıda çözüm odaklı düşünmeyi temel alan bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyunuz ve bu ifadelere katılıp katılmadığınızı 1-6 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Her bir maddeye tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız.

1: Kesinlikle katılmıyorum

4: Biraz katılıyorum

2: Katılmıyorum

5: Kesinlikle katılıyorum

3: Biraz katılmıyorum

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Olası çözümlere ağırlık vermektense zamanımın çoğunu problemlerimi analiz etmeye yönelirim. | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Problemlerimi düşünmeye takılıp kalmaya eğilimliyim.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Her problemin mutlaka bir çözümü vardır.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Olumsuzla odaklanmaya eğilimliyim.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. İşlerin yolunda gittiğini fark etmede çok iyi değilim.                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Nereye bakacağınızı bilerseniz bir problemi çözmek için her zaman yeterli kaynaklar vardır. | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Birçok insan zannettiğinden daha fazla dayanıklıdır.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Aksilikler başarısızlığı başarıya dönüştüren gerçek birer fırsattır.                        | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Hedeflerimi kafamda canlandırırım ve sonra onlara yönelik çalışırım.                        | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Hedeflerimin izinde ilerlerim.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Etkili eylem planları geliştirmede çok iyiyim.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Her zaman hedeflerimi gerçekleştiririm.  | 1 2 3 4 5 6 |

## EK 5: BAPİ-A

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Aşağıdaki ifadelerde kullanılan 'o' sözcüğü, bağımlı ailenin bağımlı üyesini tanımlamak içindir.

Katılıyorum

Kısmen/Bazen

Katılmıyorum

- |   |       |
|---|-------|
| 1. O, hiçbir sorumluluğu üstlenmiyor.                                       | 2 1 0 |
| 2. Kendisine verilen hiçbir görevi tam yapmıyor.                            | 2 1 0 |
| 3. Onunla çok sık tartışma yaşıyoruz.                                       | 2 1 0 |
| 4. Onunla evde pek iyi geçinemeyiz.   | 2 1 0 |
| 5. Bir sıkıntı veya üzüntü ile karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz. | 0 1 2 |
| 6. Birbirimizi anladığımızı düşünüyorum.                                    | 0 1 2 |
| 7. Koyulan hiçbir kurala uymuyor.   | 2 1 0 |
| 8. Hiçbir sözümü dinlemiyor.  | 2 1 0 |
| 9. Onun davranışları yüzünden, artık ona eskisi kadar sevgi duyamıyorum.    | 2 1 0 |
| 10. Bize bunu nasıl yapar diye ona kızgınım.                                | 2 1 0 |

## EK 6: BAPİ-KISA

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

Son bir yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkla kullandığınızı belirtiniz.

0: Hiç veya ayda 3 kezden fazla değil

1: Haftada 1-5 kez

2: Hemen hemen her gün

1. Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz? 0 1 2

0: Hiçbir zaman

1: En az bir kez kullandım

2: Üçten fazla kez

2. Esrar (marihuana, joint, gubar vb.) kullandınız mı? 0 1 2

Ne sıklıkla?

2b. Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid) 0 1 2

3. Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı? Ne sıklıkta 0 1 2

4. Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta 0 1 2

5. Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta 0 1 2

6. Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkla 0 1 2

7. Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? 0 1 2

Ne sıklıkta

8. Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb.) kullandınız mı? 0 1 2

Ne sıklıkta

9. Akineton, tantum, xanax, vb. gibi çeşitli haplar kullandınız mı? 0 1 2

Ne sıklıkta

*Eğer bu ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız '0' işaretleyiniz.*

10. LSH, GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta 0 1 2

## **Dikkat!**

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin;

'[Madde] kullanmak aile ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi' yerine alkol içiyorsanız 'Alkol kullanımı aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi' veya esrar içiyorsanız. 'Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi' biçiminde okuyun.

## **SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkla olduğunu belirtiniz**

0: Hiçbir zaman

1: Bazen

2: Neredeyse her zaman

12. Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı? 0 1 2

13. Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan  
çektığınız için [madde] kullandığınız oldu mu? 0 1 2

14. Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? 0 1 2

*Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?*

15. [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi  
hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? 0 1 2

16. Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı  
olumuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı? 0 1 2

17. Alkol veya uyuşturucu kullanmanız ailenle veya arkadaşlarınızla  
ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? 0 1 2

18. Alkol veya uyuşturucu kullanmanız eğitim hayatınızı olumsuz etkiledi  
mi? İş hayatınızı olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunuzu olumsuz  
yönde etkiledi mi? 0 1 2

19. Gündüz saatlerinde de alkol veya uyuşturucu kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla? 0 1 2

20. Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol veya uyuşturucu kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla 0 1 2

**SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz.**

21. [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta? 0 1 2

22. Alkol veya uyuşturucu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz? 0 1 2