

Terapötik İşbirliği Neden Önemli? Psikiyatrik Yakınması "Olmayan" Bir Aile İçi Şiddet Olgusu

Özge DOĞANAŞARGİL*, Işıl VAHİP**

ÖZET

Terapötik işbirliği, sağaltım işini yürütmek üzere, hasta ve klinisyen arasında kurulan bir ortak çalışma ilişkisidir. Klinisyenin terapötik işbirliği kurma becerisini ise, sorunları / bulguları ayırt etme, tanıma ve en yararlı sağaltımı düşünme sürecine hastayı etkin olarak katabilme becerisi olarak basitçe tanımlayabiliriz. Bu olgu sunumunun amacı, yaşamakta olduğu sorunlara rağmen başlangıçta psikiyatrik yakınması olmayan bir olguyla kurabilecek terapötik işbirliğini ve olgunun dinamiklerini kısaca tartışmaktır. Aile içi şiddete maruz kalmakta olan, ancak başlangıçta yakınmasız gelen bu olgu, psikanalitik yönelimli psikoterapi tekniklerinden yaralanılarak kurulan terapötik işbirliği sonucunda, adım adım sorunlarını fark etmiş, çözüm arayışına girmiştir.

Anahtar Sözcükler: Terapötik işbirliği, çalışma işbirliği, aile içi şiddet, yasak-sevi, ensest.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:165-169

SUMMARY

Why is Therapeutic Alliance Vital? A Case Study of Domestic Violence Who does not Complain

Therapeutic alliance is a collaborative relationship between the patient and the therapist aiming to facilitate the work of psychotherapy. Clinician's skill for establishing therapeutic alliance consists of recognizing, distinguishing the problems/symptoms and considering the most helpful treatment with the patient. The aim of this case report is to discuss the therapeutic alliance in a

situation which the patient does not complain despite severe domestic violence and additionally to address the dynamics of the patient. The therapeutic alliance and psychoanalytically-oriented therapeutic techniques facilitated the patient to gradually recognize her problems and seek solutions.

Key Words: Therapeutic alliance, working alliance, domestic violence, incest.

GİRİŞ

Bireysel psikoterapinin tüm formlarında, iki kişi arasındaki ilişki, yani terapist ile hasta arasındaki ilişki esastır. Hasta, stres yaratan durumu ortadan kaldırmakta kendisini yetersiz hisseder ve sorunu çözme konusunda usta olduğunu kabul ettiği terapistin yardımını arar. Terapist ve hasta, hastanın duygu, tutum ve davranışlarında arzu edilen değişiklikleri sağlamak üzere bir dizi etkileşim içine girerler.

Hartley (1995) terapötik işbirliği kavramının ortaya çıkışını ve gelişmesini şöyle özetler:

Modern psikoterapinin erken dönemlerinde, Breuer ve Freud (1895/1955) hastaların sağaltıma etkin olarak katılmalarının öneminin farkına varmışlardı. Freud (1912/1958), sonraki çalışmalarının önemli bölümünde aktarım ve direnç üzerine odaklanmakla birlikte, aynı zamanda sıcaklık ve samimiyeti psikoterapide başarıya giden yol olarak tanımlamıştır. Sterba (1934) terapistle olumlu özdeşleşmenin, terapötik işi başarıya doğru götürmek için hastaya rehberlik etmede rolü olduğunu açıklamıştır. Daha sonra Freud

* Dr., ** Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

(1940) hasta ve analisti, hastanın semptomlarına karşı birlikte çalışan bir "pakt" olarak tanımlamıştır. Zetzel'le başlayarak (1956) psikoanalitik yönelimli terapistler, büyük oranda hastanın temel güvenine ve benliğin (egonun) göreceli olarak yüksek düzeyde işlev görmesine dayalı olan "**terapötik işbirliği**" kavramına giderek artan bir şekilde dikkatlerini yönlendirdiler (Hartley 1995).

Terapötik işbirliği, sağaltım işini yürütmek üzere, hasta ve klinisyen arasında kurulan bir ortak çalışma ilişkisidir (Goldstein 1998). Klinisyenin terapötik işbirliği kurma becerisi ise, **sorunları / bulguları ayırt etme, tanıma ve en yararlı sağaltımı düşünme sürecine hastayı etkin olarak katabilme becerisi** olarak basitçe tanımlanabilir (Gabbard 2000). Terapötik işbirliği terimiyle kastedilen, terapötik süreçteki gerçekçi işbirliğidir. Teknik olarak, terapistin bu yetiye sahip olduğu varsayılır. Fakat hastanın buna karşılık verebilme yetisi ve bu konudaki istekliliği soru işaretlerine açıktır (Moore ve Fine 1990).

Terapötik işbirliğinin iki bileşeni vardır: Gerçek ilişki ve çalışma işbirliği (Hartley 1995). Gerçek ilişki, terapi ortamının doğasında var olan eşitsizliğe rağmen, hasta ve terapistin gerçeklik ve doğruluk zemininde çarpık olmayan algılarıyla yaptıkları birlikte çalışmadır. Bu karşılıklı insan ilişkisi, kendine özgü sevgi, saygı ve güveni de içerir. Çalışma işbirliğine gelince, terapist ve hasta ikilisinin birlikte çalışma yeteneğini yansıtır ve ona bağımlıdır. Hastanın sorununu hafifletmek için bu iki insanın birlikte çalışmaya karar vermesi ile başlar. Başlangıçta, terapist hasta tarafından sıklıkla gizemli bir otorite olarak algılanır. İdeal olarak, bu duygunun yerini, belirlenmiş rol ve sorumluluklar içinde işbirliği yapan iki erişkin oldukları duygusu alır. Sorunların birlikte tanımlanması, terapistin amaçlarının ve uygulanacak yöntemlerin birlikte saptanması sürecinde, hasta sağaltıma ilişkin daha gerçekçi bir algı ve yapılan anlaşmaya sadık kalma konusunda daha ciddi bir kararlılık geliştirir. Kendisinden ne beklendiğini ve bazı gerekliliklerin neden yararlı olduğunu anladığı zaman, iç dünyasının araştırılmasında daha katılımcı, iletişime daha açık olacak ve daha üretken yeni tutumları terapi ortamında deneme yürekliliğini gösterebilecektir.

Bordin (1976) terapötik işbirliğinin üç bileşenini tarif eder: **Bağlar**, terapist ve hasta arasındaki ortalama sosyal ilişki ve bunun oluşmasını kolaylaştıran ve zorlaştıran etkenler anlamına gelir. **İşler**, terapistin kullandığı teknikler ve hastanın rol beklentileri ve

davranışlarıdır. **Hedefler** ise, sağaltımdan istenen sonuç ve buna doğru yönelmedir. Terapötik ilişkide hedefe ulaşmak için hastaya ve terapistte ait etkenler rol oynamaktadır.

Hastalara ait üç tür etken tanımlanmıştır: Cana yakınlık, sorun çözücü tutum, deneyim kapasitesi. Terapistin hastayı cana yakın bulması ile olumlu psikoterapötik sonuçlar arasında ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır (Stoler 1963, Strupp ve ark. 1963). Sorun çözücü tutum, hastanın kendi sorunu ve buna karşı gelişmiş savunmalarını çözebilmek için psikodinamik yönelimli psikoterapide neler yapabileceğini gösterir. Deneyim kapasitesi ise, hızlıca derinleşebilir ve fark ettiklerini değişime yönelik adımlar atarak yaşam içinde kullanabilme yeteneğiyle ilişkilidir. Terapistte ait etkenler; eşduyum ve terapistin gerçekçilik, içtenlik gibi kolaylaştırıcı diğer özellikleri ve mesleki bilgisidir. Ancak, psikoterapiden yararlanma başarısı, terapistin ve hastanın özelliklerinden daha çok, terapötik ilişkinin kalitesine bağlıdır. Hastanın terapistle anlaştığını hissetmesi ve ona karşı iyi duygular beslemesi, terapistin hastaya olumlu bakması ve hastayla aynı oranda anlaştığını hissetmesi, terapist ve hastanın anlama hızının birbirine yakın olması ve terapötik işi yardımlaşarak yapabilmeleri terapötik ilişkinin kalitesini belirleyen etmenlerden bazılarıdır (Hartley 1995).

Aşağıdaki örnekte psikiyatrik yakınması 'olmayan', ancak ciddi sorunlarla karşı karşıya olan bir hastayla kurulabilecek terapötik işbirliği anlatılacak ve hastanın dinamikleri kısaca tartışılacaktır. Terapist, bu hasta ile haftada bir gün 50 dakikalık seanslar halinde, psikanalitik yönelimli psikoterapi ilkeleri çerçevesinde iki yıldır çalışmaktadır.

OLGU ÖRNEĞİ

Terapötik İşbirliğine Doğru...

35 yaşında, evli, bir erkek çocuk sahibi, üniversite mezunu kadın hasta, unutkanlık yakınmasıyla nöroloji polikliniğine başvurmuş, daha sonra psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. O dönemde major depresyon tanısı konularak farmakoterapi önerilmiş, ancak eşi istemediği için hasta ilaç kullanmayı ve kontrollere gelmeyi sürdürmemiştir.

Yaklaşık bir buçuk yıl sonra, yine unutkanlık yakınmasıyla yeniden nöroloji polikliniğine başvurmuş ve çeşitli incelemeler sonunda organik bir neden saptanamayınca, yine konsültasyon amacıyla kliniğimize

yönlendirilmiştir. Bu başvurusunda, hasta herhangi bir ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamamaktaydı. Yeni randevular verildi ve başka bir nedenle açıklanamayan unutkanlık yakınmasının genellikle psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı ve birlikte araştırmaya değer bir durum olduğu anlatıldı. Hasta ve hekimin, unutan bu **zihnin nasıl işlediğini araştırmak üzere birlikte çalıştıkları** takdirde, bir sonuç elde edilebileceği açıklandı.

Herhangi bir psikiyatrik yakınmasının olmadığını öne süren hasta, buna bir anlam veremediğini belirterek isteksizlik göstermekle birlikte, randevularına zaman zaman aksatarak da olsa gelmeyi sürdürdü. Hastanın anlamlı bir açıklama getiremediği bir başka durum, görüşmelerin başından sonuna kadar ağırlıyorduydu.

Bu arada, terapist hasta ile ilgili **tüm kayıtları** bir araya getirmiş ve poliklinik kartlarına yazılan notlardan, hastanın eşi tarafından yaralanmaya yol açacak şekilde zaman zaman fiziksel şiddet gördüğünü öğrenmiştir. Hastayı bu veriyle yüzleştirip yüzleştirmeme konusu düşünülmüş ve hastanın **güvensiz bağlanma** (McClellan ve Killeen 2000) örüntüsü göz önüne alınarak, müdahaleci değil, sabırlı ve **hastanın hızına öncelik veren** bir tutum benimsenmiştir. Terapötik işbirliğinin henüz kurulmadığı bu ilk dönem boyunca, terapist saygılı ve eşduyumsal bir atmosfer içinde, bazı temel teknikleri uygulamaya çalışmıştır. En basit tekniklerden olan **açıklığa kavuşturmada** bile zorluk çıkmıştır. Hasta unutkanlık yakınmasına adeta yapışmış, bağlantılar kurmaya fırsat verecek bilgileri pek az vermiştir.

Terapist, bir yandan sabırla hastanın kendisiyle ve gündelik olaylarla ilgili yakınmalarını dinleyip bir yandan gelişimsel öykü almaya çalışırken, bir yandan da **duyguların ayrıştırılmasına** yönelmiştir. Hastanın bitip tükenmek bilmeyen gözyaşları ve tekdüze yakınmacı tutumunun içinden, yerine göre üzüntüyü, yerine göre öfkeyi, yerine göre çaresizlik ve umutsuzluğu ayrıştırılmaya çalışmıştır.

Psikiyatrik yakınması olmayan bu olguda, terapistin hissettiği diğer iki önemli duygu ise, kuşku ve korku idi. Bu hasta ile güven ilişkisi kurmak, ortalama bir hastaya kıyasla daha uzun zaman aldı. Hasta, içinde bulunduğu aile ortamı ve aile üyeleri ile ilgili sıradan olduğunu söylediği bilgiler veriyor, kendisine çoğu kez destek olan bir ailesi olduğunu anlatıyordu. Özellikle annesinin son derece özverili, çocuklarının mutlu-

luğunu ve iyiliğini daima kendisinden önde tutan bir kişi olduğunu söylüyordu. Annesini kaybetmekten korktuğunu sık sık vurguluyordu.

Daha ziyade eşiyle ilgili düş kırıklıklarını dile getiriyor, fakat onu suçlamadığını çünkü eşinin çok iyi bir insan olduğunu belirtiyordu. Hasta eşiyle üniversite öğrencisi iken plajda tanışmıştı. Kendisini üniversite mezunu olarak tanıtan eşinin, aslında ilköğretim mezunu, evli ve çocuklu bir adam olduğunu sonradan öğrenmiş ve çok sarsılmıştı. Daha sonra eşi karısından boşanmış ve hastayla evlenmişti. Hasta, bütün bunları kabul etmeyecekleri korkusuyla, evlendiğini önceleri ailesinden gizlemişti. Aile üyeleri de tıpkı hasta ve eşi gibi "çok iyi" insanlardı ve hasta onları üzmemek istemiyordu.

Terapist ise, hastanın aile üyeleriyle çocukluk yaşantılarını ve güncel ilişkilerini soruyor, yaşadığı güçlükleri birlikte anlayabilmeleri için onlarla olan ilişkilerini düşünmesini istiyordu. "Beni boşuna oyalıyorsunuz. Düşünüp araştırmaya değer ne olabilir ki?" edasıyla görüşmelerden ayrılan hasta, sonunda görüşmelerden birine dramatik olarak şöyle başladı: "Doktor hanım, benden aile ilişkilerimi düşünmemi istiyorsunuz. Ben bunları **unutmak istiyorum**. Hiçbirini hatırlamak istemiyorum."

Ardından yalnızca kocasından gördüğü fiziksel şiddet değil, babasından gördüğü cinsel kötüye kullanım da dahil olmak üzere öykünün karanlıkta kalan birçok yönü ortaya çıktı. Bu görüşmeyle birlikte hastanın unutkanlık yakınması sona erdi ve gerçek psikoterapi işi başladı. Ancak bu defa da, unutkanlık yakınmasının yerini kimi zaman terapi seanslarına gelmeme, kimi zaman yeni belirtilerin ortaya çıkışı ve kimi zaman da aile içi şiddetin düzeldiğini söyleyerek terapiyi bitirme isteği aldı. Bunların her biri, tıpkı unutkanlık gibi zaman zaman direnç olarak ortaya çıktı. Hastanın yaşam öyküsünün karışıklığı ve zorluğu hastayı bir çok hastadan ayırmaktaydı. Çocukluk çağında yaşadığı örselenmeleri hatırlamanın yarattığı katlanılması güç bunalı, hastanın randevularına gelmesine engel oluyor, hastanın unutkanlığını artırıyor, yeni belirtilerin ortaya çıkmasına neden oluyordu.

Direncin yoğunlaşması ve seansları aksatmanın sıklaşması üzerine, terapötik işbirliği üzerinde çalışıldı ve yeniden terapötik anlaşma yapıldı. Hastaya eşduyumsal bir biçimde yeniden çerçeve çizilerek, hastanın ve terapistin birlikte çalışacakları atmosfer hatırlatıldı.

Çerçeve, hastanın çocukluk çağı örselenmeleri ile tekrarladığı örüntüler arasındaki bağlantıyı ve yapılan terapötik çalışmanın özetini içermekteydi. Yani bir bakıma, hastanın formülasyonunu ve terapötik sürecini anlaması ve anlamlandırması sağlandı.

Yeniden çizilen bu çerçeve, hastayı tekrar kendi iç dünyasına yöneltti. Terapist, kendisini hasta için sağlam, unutmayan, bunaltıya katlanabilen yeni bir nesne olarak tanımladı ve terapi odasında **birlikte** bir yapıt inşa ettiklerini hastaya ilettiler.

Aşağıda, psikoterapisi sürmekte olan olgunun öyküsünün bir bölümü özetlenmiştir.

Gün Işığına Çıkmaya Başlayanlar...

Hastanın babası Almanya'da çalışan bir işçi, annesi ise belirgin depresif kişilik özellikleri olduğu anlaşılan bir ev hanımıdır. Kendisinden 10 yaş büyük bir ablası ve 6 yaş büyük bir ağabeyi vardır. Ailesi, hasta doğmadan önce Almanya'ya göç etmişti. Annesi hastaya hamile kalınca, çocukları alıp Türkiye'ye dönmüş ve hasta Türkiye'de doğmuştu. Hastanın dünyaya gelişi, *aileyi parçalayan olay* olarak özellikle anne tarafından sonraki yıllarda sık sık anlatılmış ve hastanın suçluluk duygularına zemin hazırlamada önemli rol oynamıştı.

İlkokul ve ortaokul yıllarında okul başarısı iyi olan hasta, öğretmenlerinin aynı zamanda aile dostları olmasından dolayı okulda kendisini güvende hissetmişti. Şimdi yedi yaşındaki oğluyla birlikte uyuyan hasta, liseyi bitirinceye kadar geceleri annesiyle uyuyuştu. Hastanın annesiyle değil kendi yatak odasında uyuduğu dönemler, babanın tatil için Almanya'dan geldiği dönemlerdi. Bu dönemlerde, baba geceleri üç kardeşin yattığı odaya gelip ablaya cinsel tacizde bulunmaktaydı. Bu durum ailede asla konuşulmamıştı. Lise birinci sınıftayken, baba hastaya da cinsel tacizde bulunmaya başlamıştı. Bu durum, üniversite yıllarına kadar devam etmişti.

Hasta üniversitede öğrenci iken şimdiki eşiyle tanışmış ve daha sonra evlenmiştir. Eşi kumar oynamakta, yalan söylemekte ve kendisini aldatmaktadır. Ayrıca hastanın sosyal ortamlarda bulunmasını engellemekte, baskı ve şiddet uygulamaktadır.

Hastanın tematik algı testinde dikkati çeken en belirgin tema, aile ilişkilerindeki bozukluktur. Hasta, gergin ve birbirine sırtını dönmüş üyelerden oluşan bir aile ortamı tanımlamıştır. Ancak bu durumdan rahatsızlık dile getirmemiştir. Öykülerde, yadsıma bir

savunma olarak sık sık kullanılmıştır. Özdeşim kurulan karakterlerin mutsuz ve depresif duyguduruma sahip kimseler olduğu görülmüştür. Öykülerde kayıp, yas gibi temalar anlatılmıştır. Karşı cinsle ilişkiler ve cinsellikle ilgili öykülerde kadınlara yönelik saldırganlık görülmüştür. Bu bulgular psikoterapi sürecinde ortaya çıkan özelliklere paraleldir.

Hasta, psikoterapi süreci başlayınca dek, eşinden şiddet göreceği korkusuyla, yeterli ve doyurucu düzeyde sosyal ilişki kurmamış ve yardım almak amacıyla sorunlarını hiç kimseye paylaşmamıştır. İş yaşamında ön planda olmaktan hoşlanmadığını, rahatsız olduğunu söylemektedir. Önemli seminerlerin olacağı günlerde işyerine daha bakımsız olarak gitmektedir. Ön planda olmayı gerektiren durumlarda, gerekli performansı göstermediği için kayıplara uğramaktadır. Gerek iş yaşamı, gerekse evliliğinde, tıpkı psikoterapi sürecinde olduğu gibi edilgin bir tutum içinde olduğunu hasta ve terapist birlikte saptamışlardır. Ayrıca hasta, evliliğini ailesinden, terapiye geldiğini eşinden, dayak yediğini terapistinden gizlemiştir.

Başlangıçtaki tüm dirençlerine rağmen, kurulan terapötik işbirliği sonucunda çocukluk yılları ve evlilik yaşamında ciddi düzeyde kötüye kullanılan bir "kurban" olduğu anlaşılmıştır. Sosyokültürel donanımı eşinden daha fazla olmasına ve ekonomik olarak eşine bağımlı olmamasına karşın, hasta bu kötüye kullanım ilişkisinin kısır döngüsünden kendisini kurtaramamaktadır. Eşi hastayı sürekli olarak eleştirerek onun üzerinde kontrol kurmakta, bu durum hastanın yetersizlik duygularını arttırmaktadır. Ebeveynleri tarafından kötüye kullanılan bireylerin "kurban" rolü içinde hapis kaldıklarını ve aile içi şiddet de dahil olmak üzere yeni örselenmelere açık olduklarını bilmekteyiz (Vahip 1995, Volkan ve Vahip 2000, Vahip 2002). Hastanın annesinin depresif, çocuklarını koruyamayan bir kadın olduğu anlaşılmaktadır. Normal ruhsal gelişimin tamamlanabilmesi için annenin bazı işlevleri yerine getirebilmesi gerekir. Bunların başında çocuğu koruyabilmek ve güven verebilmek, onun özerkliğini ve gelişimini destekleyebilmek gelir. Oysa hastanın annesi, ergenliğinin sonuna kadar hastayla uyumayı sürdürmüş, üstelik babanın cinsel kötüye kullanımından hastayı koruyamamıştır. Şunu unutmamalıyız ki, gelişim süreci boyunca bebekler ve çocuklar, içinde büyüdükleri atmosferdeki duyguları ve bilinçli ya da bilinçdışı beklentileri içselleştirirler. Olasılıkla, hasta "ailenin dağıl-

ması" konusunda annesinin kendisini sorumlu tuttuğunu hissetmişti ve bu durum suçluluk duygularının çekirdeğini oluşturmuştu. Hasta, iç dünyasında kendisini ailesinin parçalanmasından dolayı sorumlu tuttuğunu açıkça söylemiştir. Suçluluk duygularının diğer kaynakları depresif anneyle özdeşim ve depresif anneyle yönelik saldırganca dürtülerdir. Ayrıca yasak sevi (ensest) de çoğu zaman olduğu gibi, suçluluk duygusunun ve utancın bir diğer önemli kaynağıdır. Hastanın gizlenme, ön planda olmama isteğinde bu yoğun suçluluk duygularının ve bastırılmış ve yer değiştirmiş utancın önemli bir rolü olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca yasak sevi, ön planda olamama, evliliğinde yaşamakta olduğu şiddet gibi birbirinin devamı niteliğindeki örselenmeler hastanın benlik saygısını daha da yitirmesine neden olmuş ve yitirilen benlik saygısı tekrar tekrar kötüye kullanıma zemin hazırlamıştır.

Hastanın babası sınır sorunları olan, korku ve sevgiyi bir arada hissettiren bir otorite figürüdür. Hastanın işyerindeki otorite figürleriyle yaşadığı sorunların kaynağını araştırabilmek için, babasıyla ilişkilerinin

ve babasının iç dünyasındaki yerinin daha ayrıntılı incelenmesine gereksinim vardır. Genel olarak ailenin iyi işlev görmediğini ve aile içinde rollerin birbirine karıştığını söyleyebiliriz. Böylesine örseleyici nitelikler taşıyan bir gelişim süreci hastayı şiddete, kandırılmaya, kötüye kullanılmaya açık, savunmasız hale getirmiştir.

Psikolojik örselenmenin en belirgin sonuçları kişinin gücünü ve özgüvenini kaybetmesi, buna ek olarak diğer insanlardan uzaklaşmasıdır. İyileşme ise, güçlenmek ve çevre ile yeniden bağlar kurabilmek demektir. İyileşme sürecinde, bozulmuş olan temel güven duygusunun sağlanması önemlidir. Ayrıca özerklik, girişimcilik, yakınlık kurabilme, günlük yaşam için gerekli becerileri edinebilme ve kullanabilme gibi bozulmuş olan yetiler ve kimlik üzerinde çalışmak gereklidir (Herman 1997). Bu "yakınmasız" gelen hasta psikoterapi tekniklerinden yaralanılarak kurulan **terapötik işbirliği** sonucunda adım adım sorunlarını fark etmiş, evlilik ilişkisini gözden geçirmeye başlamış ve sosyal ilişki arayışına girmiştir. Hastanın psikoterapisi sürmektedir.

KAYNAKLAR

- Bordin ES (1976) The working alliance: basis for general theory of psychotherapy. Presented at the annual of meeting of the American Psychological Association, Washington DC, September.
- Gabbard GO (2000) Psychodynamic Psychiatry In Clinical Practice. 3. Baskı, Washington DC, APA Press, s.103
- Goldstein WN (1998) A Primer For Beginning Psychotherapy. Washington DC, Taylor and Francis, s.52.
- Hartley DE (1995) Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. Annual Review Volume.4, RE Hales, AJ Frances (Ed), Washington DC, APA Press, s.532-546.
- Herman JL (1997) Trauma And Recovery. New York, Basic Books, s.133-154.
- McClellan AC, Killeen MR (2000) Attachment Theory and Violence Toward Women by Male Intimate Partners. J Nurs Scholarsh, 32:353-360.
- Moore BE, Fine BD (1990) Psychoanalytic Terms & Concepts. APA Press, s.195.
- Stoler N (1963) Client likeability: a variable in the study of psychotherapy. J Consult Psychol, 27:175-178.
- Strupp HH, Wallach MS, Wogan M ve ark. (1963) Psychotherapists assessments of former patients. J Nerv Ment Dis, 137:222-230.
- Vahip I (1995) Psikoanalitik açıdan yasak-sevi (insest) eylemi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6:54-60.
- Vahip I (2002) Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 13:312-319.
- Volkan VD, Vahip I (2000) Ağır bir örselenme biçimi: yasaksevi. 2. İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri Özet Kitabı, s.79-86.