

EGE
PSİKİYATRİ
SÜREKLİ
YAYINLARI

KİTAP 4

*PSİKOTERAPİLER
ELKİTABI*

Prof. Dr. Ataman Tangör

İÇİNDEKİLER

Giriş	5
Tarihçe	16
Psikoterapiler	29
Destekleyici Psikoterapiler	44
Eğitici Psikoterapiler	49
Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler: Doç. Dr. Mehmet. Z. Sungur	50
Aile ve Evlilik Terapisi: Doç. Dr. İnci Doğaner	67
Danışanı Merkez Alan Psikoterapiler	83
Yapılandırıcı Psikoterapiler	89
İnterpersonal Psikoterapiler: Doç. Dr. Yusuf Alper	126
Psikoterapide Son Yöntemler	143
Grup Psikoterapileri: Uzm. Dr. Ahmet Dilsiz ile birlikte	147
Psikoanalitik-Sosyometrik Grup Psikoterapileri: Doç. Dr. İnci Doğaner	157
Varoluşçu Analiz	172
Hipnoz	183
Tedavi Edici Kişilik	188

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİLERİN GELİŞİM ÖYKÜSÜ

Doç. Dr. Mehmet Z. Sungur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri A.D.

Bilişsel ve davranışçı terapilerin öğrenme kuramları gibi bilimsel bir temel üzerine oturması daha başlangıçtan itibaren, bir çok klinisyende, bu tür terapilerin diğer psikolojik tedavilerden etkili olabileceği görüşünü doğurmuştur. Wolpe ve Lazarus (1966) davranışçı terapi uygulamaları sırasında kullanılan tekniklerin yeterince anlaşılabilmesi için klinisyenlerin en azından

a) Bilimsel metodoloji b) Modern öğrenme kuramları konusunda yeterli bilgi birikimleri olması gerektiğini belirten ilk yazarlar olmuşlardır.⁽¹⁾

Bu görüş, klinisyenlerin davranışçı uygulamaları ancak "vaşat" düzeyde yarar sağladıkları bir dönemde yeni arayışlara zemin hazırlamış ve davranışçı tedavilerle üzerine kurulduğu bilimsel temel arasındaki bağların daha da güçlenmesine yol açmıştır. Ancak, koşullandırma gibi öğrenme ilkeleri kullanarak hayvan deneylerinden elde edilen bilgilerin, "nevrozların" psikopatolojisini anlamakta yetersiz kalacağı eleştirisi deney hayvanlarından elde edilen bilgilerin insan psikopatolojisine genelleştirilmesini zorlaştırmıştır. Bu tür endişe ve eleştiriler yalnızca klinisyenlerin değil kuramcılarının da dikkatini çekmiş, Breger ve Mc Gaugh (1965) pek çok değişkenin kolaylıkla kontrol edilebileceği koşullarda yürütülen hayvan deneylerinden elde edilen bilgilerin insandaki öğrenme psikolojisini ve özellikle karmaşık klinik sorunları anlamakta yeterli bir bilimsel temel oluşturamayacağını dile getirmişlerdir.⁽²⁾ Davranışçı tedavilerin bilimsel temeline yönelik bu tür kuşkulara koşturularak çalışmalar karmaşık klinik sorunları olan hastalardan sağlıklı bireylere örneğin, daha az ciddi sorunları olan kolej öğrencilerine yöneltilmiştir. Bu tür, "pre-klinik" olarak adlandırılacak çalışmalar öğrenme ilkelerinin klinik bozukluklara benzerlik gösteren çeşitli sorun alanlarında kullanılabilmesini göstermesi yanısıra deneysel metodolojinin öneminde ortaya koymuştur. "Normal" veya

"pre-klinik" olgularla yürütülen bu çalışmaları izleyerek fobi ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi daha özgül sorunlar üzerinde çalışmalar yoğunlaştırılmış ve böylelikle davranışçı yöntemlerin değeri yanısıra sınırlılıkları da daha iyi anlaşılmıştır. Artan deneyimler, davranış tedavilerinin hastaların düşünce ve inançlarını yeterince göz önünde bulundurmadığı görüşünün pek çok klinisyen tarafından paylaşıldığını ortaya koymuştur. Bunun üzerine insan davranışlarını belirlemede önemli olan düşünce ve inançları içeren bilişsel süreçlerin daha iyi anlaşılması ve bunların davranış terapilerine entegre edilmesi arayışları içine girilmiştir. Aynı tarihlerde duygudurum bozukluklarının bilişsel yanları üzerine çalışmakta olan Dr. Beck depresyon tedavisinde kullanılabileceğini ileri sürdüğü ve adını "bilişsel terapiler" koyduğu yaklaşımı geliştirmiştir. Bu tedavi yaklaşımı deneysel psikoloji/psikopatoloji bulguları yerine içgörüyü dayalı klinik gözlemler üzerine kurulmuştur. Davranışçı terapilere sıcak bakmayan klinisyenler tarafından bile daha kolay kabul gören bu yaklaşım günümüzde depresyonun tedavisi yanısıra çeşitli anksiyete bozuklukları ve hatta şizofreni ve kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere geniş bir yelpaze içindeki psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve aynı bozuklukların nükslerinin önlenmesinde kullanılmaktadır.

Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü üç dönemde incelenebilir.⁽³⁾ İlk aşama İngiltere ve ABD'ndeki araştırmaların birbirinden bağımsız ancak paralel olarak yürütüldüğü 1950-1970 yılları arasındaki dönemdir. İkinci dönem özellikle 70'li yıllarla başlayan ve bilişsel terapilerin geliştirildiği dönemdir. Üçüncü dönem ise davranış terapileri ile bilişsel terapilerin bilişsel davranışçı terapiler adı altında bütünleştirildiği dönemdir. Eskinin (davranış terapilerinin) yeni (kognitif terapiler) ile entegre oluşu henüz oldukça kısa bir süreç olup, çeşitli sorunlardan tamamen arınmış bir noktada değildir. Örneğin tedavi ile sağlanan davranış değişiklikleri bilişsel değişikliklerden daha kolay gözlenebilmekte ve daha kolay ölçülebilmektedir. Ancak herşeye rağmen bugün kesin olarak gözlenen gerek araştırmacıların ve gerekse terapistlerin, hastalarının/danışanlarının korkuları, arzu, istek, dilekleri, açıklamaları ve algılama biçimleri ile daha önce olmadıkları kadar ilgili olduklarıdır. Belirli bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalarda saptanan benzer düşünce, inanç ve algılama biçimleri, psikiyatrik bozuklukların daha iyi anlaşılmasını ve daha etkili tedavi edilmelerini sağlamaktadır. Başka bir deyişle bilişsel terapiler, davranış terapilerine üzerinde çalışılacak bir içerik sunmakta ve böylelikle bilişsel ve davranışçı terapiler giderek ayrılmaz bir bütün oluşturmaktadırlar. Bu durum fenomenolojik psikopatolojiler ile bilişsel terapiler arasındaki

tarihsel ve gelişimsel bağlantıların gerçekliğini bir kez daha ortaya koymaktadır⁽⁴⁾. Bilişsel-davranışçı terapiler ortaklıklarının henüz başlangıcında olan tedavi yaklaşımları olmalarına karşın, gerek öğrenme kuramları gibi bilimsel bir temel üzerine oturmaları, gerek bilimsel metodoloji ile klinik uygulamalar arasında sağlam köprüler oluşturmaları, gerekse uygulamalardan alınan parlak sonuçlar nedeniyle 21. yüzyılın en gözde psikoterapötik yaklaşımları olma yolundadırlar.

Ozetle; bilişsel terapiler, davranışçı terapilerin açıklama gücünü arttırmış ve bir bakıma eksik kalan resmin tamamlanmasını sağlamıştır. Bilişsel davranışçı yaklaşımların daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla her bir yaklaşım ayrı ayrı ele alınacaktır.

DAVRANIŞ TEDAVİLERİ

Deneysel psikopatolojiden klinik uygulamalara geçiş:

Davranış tedavileri, oldukça genel bir tanımla öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir biçimde uygulanışı olarak tanımlanabilir.⁽⁵⁾ Köklerini deneysel psikolojinin öğrenme kuramlarından almıştır. Pavlov ve diğer bazı Rus fizyologların köpekler üzerinde yaptığı çalışmalar çalan bir zilin ardından hayvanlara yemek verilmesini izleyerek köpeklerin salyasının geldiğini ve bir süre sonra yalnızca zilin çalınmasının hayvanların salyasını getirmeye yettiğini ve böylelikle ardından yemek verilmeksizin köpeklerin çalan zile salya tepkisiyle koşullandırılabilirliğini göstermiştir. Ancak aynı deneye devam edildiğinde koşullandırılmış tepki (salya) nin yavaş yavaş kaybolduğu da gözlenmiştir. Klasik koşullandırma deneyleri olarak bilinen bu çalışmalar klinik uygulamalar için bir zemin oluşturmuş ve korku gibi emosyonel tepkilerin de salya gibi önce koşullandırılıp sonra söndürülebileceği gösterilmiştir.

Edimsel koşullandırma ilkeleri ise Thorndike, Tolman ve Guthrie tarafından tanımlanmıştır. Edimsel koşullandırma ilkelerine göre bir davranışın oluşma sıklığını belirleyen en önemli etken, o davranışın oluşturduğu sonuçlardır. Eğer bir davranış sonucunda ödül getirirse tekrarlar, ödül getirmezse tekrarlama şansı azalır. Skinner bu biçimde sonuçlarını değiştirerek davranışı değiştirme sürecine pekiştirme adını vermiştir.

Klasik ve edimsel koşullandırma ilkelerinin iki basamaklı bir model içinde bütünleştirilmesi ise Mowrer tarafından yapılmıştır. Mowrer herhangi bir uyarının korku tepkisi oluşturmasını klasik koşullandırma, korkunun devamı

ve süregelenleşmesini ise edimsel koşullanma ile açıklamıştır. Başka bir deyişle korku klasik koşullanma yolu ile kazanılır ve kaçınma davranışları aracılığı ile (edimsel koşullanma) devam eder.

Watson ve Rayner (1920), daha önce beyaz farelerden korkmayan bir çocuğu, farenin gösterilmesi ile eş zamanlı olarak çıkartılan bir gürültü ile farelerden korkar duruma getirmişlerdir. Bu deney klinik anlamda korkuların koşullandırılabilceğini göstermiştir. Daha sonra fareler gürültü oluşturmadan gösterilmeye devam edildiğinde ve farenin gösterilmesine eş zamanlı olarak verilen ödüllere eşleştirildiğinde aynı korkunun söndüğü gösterilmiştir. Bu bulgu daha sonraları Wolpe'nin sistematik duyarsızlaştırma tekniğini geliştirmesine zemin hazırlamıştır. Farelerden korkar duruma getirilen çocuğun, farelerden korkmayan akranları ile birlikte olduğunda korkusunun azaldığının saptanması ise Bandura'nın "sosyal öğrenme" ve "model oluşturma" kuramlarına temel oluşturmuştur.

Wolpe'nin sistematik duyarsızlaştırma tekniği, deney hayvanlarında anksiyete oluşturan uyaranların güçlü anksiyete antagonistleri ile eş zamanlı olarak verilmesinin korku tepkisini azalttığı gözlemi üzerine kurulmuştur.⁽⁶⁾ Anksiyete oluşturan uyaranlar, en az anksiyete verenden, en çok anksiyete verene doğru hiyerarşik bir sıraya konmuş ve anksiyete antagonistleri olarak da Jacobsen'in kas gevşetme teknikleri kullanılmıştır. Başka bir deyişle hastalar en az korktukları uyarandan başlayarak anksiyete oluşturan durumu ve nesnelere imgeleme yoluyla yavaş yavaş ancak hiyerarşik bir sıra içinde karşılaştırılırken bir yandan da aşırı anksiyete oluşmaması amacıyla kas gevşeme teknikleri kullanılmıştır. Wolpe'nin davranış tedavilerinin tarihsel gelişimine katkısı tartışılmaz olmakla birlikte günümüzde gerçek yaşam koşullarında (in vivo) yapılan üzerine gitme (exposure) tedavilerinin imgeleme yolu ile yapılanlardan çok daha etkili olduğu gösterilmiştir. Yine günümüzde üzerine gidilecek hedeflerin hiyerarşik bir sıra içine konması her zaman gerekmemekte ve üzerine gitme egzersizleri sırasında gevşeme teknikleri gibi anksiyete antagonistlerinin kullanımı da önerilmemektedir.⁽⁷⁾ Öğrenme kuramları üzerine kurulu tedaviler, fobilerin tedavisinde alıştırma ilkesine dayalı üzerine gitme tedavilerinin gelişmesine yol açmıştır. Öğrenme ilkelerine göre korkutucu ve anksiyete oluşturuca nesnelere koşullanmış uyaranlardır. Fobik bireyler bu tür koşullanmış uyaranlarla karşılaştıklarında kaçma ve kaçınma davranışları göstererek korku biçimindeki koşullanmış tepkilerinin devam etmesine neden olurlar. Başka bir deyişle, korkunun sönmesi için üzerine gitme davranışının kaçma ve kaçınma davranışları olmadan devam etmesi gerekir. Çünkü korku ve kaçınma davranışları,

korkutucu uyarana alışmayı önlemekte, bir bakıma korkunun idame olmasına, süregelenleşmesine neden olmaktadır.

Davranışçı tedavilerin temel ilke ve özellikleri

Davranış tedavileri psikoanalitik yönelimli psikoterapötik yaklaşımlardan pek çok yönden farklılıklar gösterirler. Bu farklılıklar içinde belkide en önemlisi, davranışçı terapistin hipotezler üzerine kurulu iç çatışmaların analizi yerine doğrudan uyumsuz davranış üzerine odaklanmasıdır. Başka bir deyişle terapist, "hedef uyumsuz davranış" üzerine odaklanmakta ve böylelikle analiz edilende nesnel olarak ölçümü mümkün olmayan bilinçdışı süreçlerden çok, gözlemlenebilen ve ölçülebilen uyumsuz davranış biçimleri olmaktadır. Daha somut belirtilecek olursa örneğin, fobiler davranışçı görüş çerçevesinde birer semptom gibi yani daha derinde saklı sorunların birer sembolik ifadesi gibi kabul edilmezler. Fobilerin oluşumunda çocukluk deneyimlerinin önemi yadsınmamakla birlikte davranış tedavilerinde amaç, ayrılık, içişlik, alt-benlik ve üst-benlikle ilgili anksiyetelerin ya da çeşitli gelişim dönemlerine ilişkin bilinçdışı çatışmaların özüne inmek değildir. Çünkü, kökeninde ne olursa olsun fobik bireyi yardım almak için getiren neden bir dizi sembolik anlam değil, fobik kaçınma davranışlarının yaşam alanlarındaki çeşitli etkinlikleri kısıtlaması ve bireyin yaşam kalitesini düşürmesidir.⁽⁸⁾ Davranışçı yaklaşım temelde semptom adı verilen hedef uyumsuz davranış/davranışları doğrudan değiştirmeye yönelik olmasından dolayı başlangıçta oldukça yüzeysel ve mekanik bulunmuş ve böyle bir tedavinin kalıcı bir etkisinin olamayacağı ya da semptom değişimine yol açacağı ileri sürülmüştür. Analitik kuramlarla öğrenme kuramlarının semptom anlayışındaki uzlaşmazlıktan kaynaklanan bu tür kaygılar yapılan uzunlamasına çalışmalarla giderilmiştir. Son 25 yılda yapılmış uzunlamasına-kontröllü çalışmalar tedavi sonunda sağlanan olumlu değişikliklerin 7-8 yıla varan izleme çalışmaları sonunda da devam ettiğini göstermiştir.⁽⁹⁾ Bu bulgu, davranış tedavilerinin terapötik değerini artırmıştır.

Davranış tedavilerinin üstünlüklerinden biri de sonucun analitik yönelimli yaklaşımlara oranla çok daha kısa süre içinde alınabilmesi ve kullanılan çeşitli ölççekler aracılığı ile nesnel olarak değerlendirilebilmesidir.⁽⁹⁾ Uygulamada hedef uyumsuz davranışların sıklığı, şiddeti ve bireyin yaşam alanlarında oluşturduğu kısıtlamalar tedavinin başlangıcında hasta ile birlikte değerlendirilir. Böyle bir başlangıç ölçümünün yapılması, tedavi ve izleme çalışması sonunda hedef uyumsuz davranışta oluşturulan değişikliklerin hem

hasta, hem de terapist tarafından değerlendirilebilmesini sağlar. Davranış tedavilerin bir başka üstünlüğü uyumsuz davranışları değiştirmekte kullanılan yöntemlerin soruna yönelik, net, somut ve kolay anlaşılır özellikler taşımasıdır. Bu özellikler bir yandan hastanın tedaviye olan tutkusunu daha kolay anlamasını sağlarken, bir yandan da tedaviyi uygulayan kişiye, hem aynı zamanda bu özellikler bu tür yaklaşımları ruh sağlığı alanında çalışan diğer profesyoneller yanında hastanın yaşamında önemli yerleri olan bireylerin (öğretmen, aile bireyleri, eş, arkadaşlar vb.) öğretilmesini de sağlar. Bu yanıt ile davranışçı yaklaşım, ruh sağlığının korunmasında veya bozulmuş olan ruh sağlığının düzeltilmesinde sorunlu bir terapötik araç olmaya başlamıştır. Böylelikle davranışçı yaklaşım hasta, hasta ailesi ve hastanın yaşamında zorlu olan kişilere de sorunlu durumları görmek, bu sorunları belirlemek, bunları bir sorun olarak görmek ve değerlendirmek için uygun araçlar olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Davranış tedavilerinde hedefler, terapist yardımıyla hasta tarafından belirlenir. Terapistin görevi, bu hedeflerin belirlenmesi ve somut biçim almasında hastaya yardımcı olmaktır. Bu amaçla hastaya sorulan "bugünkü sorunların nedeniyle iş, sosyal ve özel yaşamın nasıl etkileniyor? Yaşamın bu alanlarında yapmak istediğin şeyler ve mevcut sorunların nedeniyle yapamadıkların nelerdir?" veya "Tedavinin sonunda beklenti yapıyor olmak istersin? Yaşamında böyle bir sorun olmasaydı, bugün ne yapıyor olurdun?" gibi sorular, sorunun somutlaştırılması ve tedavi için hedeflerin belirlenmesinde büyük önem taşır. Çünkü klinik bir ne bilirse olsun bireyi yardım etmek amacıyla terapistin görevi, hedefleri belirlemek değil, mevcut klinik tabloyu değerlendirmeye dayanarak, olası engelleri ve zorlukları belirlemektir. Tedavi için hedeflerin hasta ile birlikte belirlenmesi ve uygulanması büyük oranda hastanın kendi başına yürüttüğü ev ödevleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Davranış tedavilerinin hastaya uygulanması bir dizi işlemden çok hastanın birlikte yürütülen bir dizi işlem olduğunun en somut örnekleridir.

1970'lerden sonra anksiyeteyi azaltmada etkili bir biçimde kullanılan tüm davranışçı tekniklerin başta olmak üzere, tedavide kullanılan tüm teknikler, Bunlardan en önemlisi tüm tekniklerin alıştırma aşaması üzerindeki rolü olmasıdır. Alıştırma bireyi anksiyete oluşturan ve bu nedenle kaçma ve kaçınma davranışlarını neden olan çeşitli problemleri, korkuları ve nesnelere yönelik süreç (anksiyete azalmaya kadar) karşı karşıya getirir. Kaçınma davranışlarının sonmasını ve alıştırma durumunun ortaya çıkmasını sağlamak amacıyla Alıştırma oturumları bireylerin anksiyeteli kaçınma davranışları, yavaş yavaş ritüelleri azalmaya kadar devam ettirilir. Bireyi böylelikle kaygı oluşturan durumlarla yüz yüze getirebilmek için öncelikle ona, sorunu hakkında bilgi

vermek, rahatsız edici anksiyete belirtisinin ortaya çıkış biçimi ve anksiyetenin fizyolojik, emosyonel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerini açıklamak gerekir. Başka bir deyişle, bireye tedavinin rasyonelini aktarıp, kaygı verici uyaranlarla karşılaştığında kaçmak yerine, kaygıyla başa çıkmak konusunda ne tür yöntemler uygulayabileceğini anlatmak, tedavinin başarıya ulaşması için şarttır. Bazı radikal davranışçı terapistler bunu gerekli görmemekte ve bireyin anksiyete oluşturan ortamda yeterli süre kalmasının ortamla ilgili bilişsel süreçlerde (düşünce ve inançlarda) kendiliğinden değişiklikler oluşturacağını ileri sürmektedirler. Bu tür tutumlar, davranış tedavilerinin bilişsel yaklaşımlarla kontamine olacağından kaynaklanan korkuları yansıtmaktadır. Davranışçı yaklaşımlarla, bilişsel yaklaşımların bütünleşme hareketinin tamamlanması, giderek azalmakta olan bu tür tutumların tamamen ortadan kalkmasına neden olacaktır.

Tüm davranışçı tekniklerin ortak özelliklerinden bir diğeri anksiyete oluşturmaya nedeni ile kaçınma davranışlarına neden olan nesne ve durumların profilini çıkartmak ve bireyi sistematik bir biçimde bu durum ve nesnelere yüzyüze getirmektir. Tedavi, ancak bu tür alıştırma özelliği taşıyan aktiviteler aracılığıyla başarıya ulaşmaktadır. Alıştırma içermeyen gevşeme teknikleri ise yalnız başlarına verildiğinde plasebo'dan etkili bulunmamaktadır⁽¹²⁾.

Terapi oturumları sırasında elde edilen bilgilerin, beceriye dönüşmesi ve yaşama geçirilmesi amacıyla hastaların oturumlar arasında yürüttüğü aktivitelere "ev ödevleri" adı verilir. Terapistle hastanın birlikte belirledikleri ev ödevleri, aynen alıştırma eğitimi gibi, etkili tedavinin hiç değişmeyen terapötik elemanlarından biridir. Özetle, davranış tedavileri uygulamaları sırasında terapist, tedavi rasyonelini aktarmakta ve hasta ile birlikte tedavi hedeflerini saptamakta ve bu hedeflere yönelik ev ödevlerini belirlemektedir. Tedavi oturumları arasında ise hasta, verilen ev ödevlerini kendi kendine veya güvendiği biriyle yürütmekte ve uygulamalar sırasında karşılaştığı güçlükleri tedavi oturumları sırasında terapistle aktarmaktadır. Terapistin hastasıyla her biri 60-90 dakika süren "üzerine gitme" oturumlarına katılmak yerine tedavi rasyonelini aktarıp, hastanın kaçınma davranışları gösterdiği ortamlara kendi başına veya bir yakınıyla gönderildiği durumlarda da etkili sonuçlar alınabileceğini gösteren çalışmalar⁽¹¹⁾, davranışçı terapileri terapistin zamanı yönünden oldukça ekonomik bir biçime sokmuştur. Böylelikle, terapist değerlendirme oturumu ile tedavi rasyonelini aktardığı ilk tedavi oturumu dışında, hastasına daha az zaman ayırarak yararlı olabilmektedir. Bu tür uygulamalar hem hastanın kendine olan güvenini arttırmak, hem de terapistin zorunlu koşullar altında giderek daralan zamanını en etkili ve ekonomik

biçimde kullanmak yönünden büyük önem taşır. Aynı uygulama, davranış tedavilerinin yoğun poliklinik koşullarında da kullanılabilmesine işaret etmektedir.

BİLİŞSEL TEDAVİLER

Bilişsel psikoloji uyarılarla-tepki (S-R) arasındaki mental süreçleri inceler. Bilişsel modele göre A noktasında yaşanan bir olaya, C noktasında verilen emosyonel yanıt, B noktasında A olayı ile ilgili olarak yapılan yorumla bağlıdır. Örneğin A noktasındaki olayın tanıdık birinin selam vermeyişi olduğu düşünülecek olursa, C noktasında bu olaya yönelik farklı duygular ortaya çıkabilir. C noktasında "öfke" duygusu yaşıyorsa; bu muhtemelen B noktasında selam vermeyişin "saygısızlık, ukalalık veya tenezzül etmeme" biçiminde yorumlanması ile ilgilidir. C noktasında "üzüntü" duygusu yaşıyorsa, bu B noktasında bireyin "o da beni selam vermeye değer bulmadı veya benim değersiz biri olduğumu anladı" biçiminde yorumlanması ile ilgilidir. C noktasında "suçluluk" duygusu yaşıyorsa, bu B noktasında bireyin "onu kıracak birşeyler yapmış olmalıyım" biçiminde düşünmesi ile ilgili olabilir. Eğer birey B noktasında "bana baktığı halde görmediğine göre bir sorunu olmalı, gidip kendisi için birşeyler yapıp yapamayacağını sorayım" biçiminde düşünürse, C noktasında daha empatik bir duygu ve yaklaşım ortaya çıkabilir. Görüldüğü gibi A noktasındaki selam vermeme olayı, B noktasında aynı olayla ilgili olarak yapılan değişik yorumlara bağlı olarak, C noktasında birbirlerinden oldukça farklı duygulara neden olabilmektedir. Bilişsel modelin bu basitleştirilmiş ABC düzeyindeki tanımı son derece basit, mekanik ve anlaşılır görünmekle birlikte, B noktasındaki bilişsel işlevler oldukça karmaşık ve çoğu kez bireyin bilinçli olarak farkına varamadığı süreçlerden geçer. Bilişsel modelin bu ABC düzeyindeki tanımından bilişsel terapilerin yalnızca sorunlara akılcı bakabilmeyi ve mantıklı çözümler getirmeyi sağlamaya yönelik "akıllı terapiler" olduğu düşünülmemelidir. Çünkü, "Akıllı insanların psikişik sorunları olmaz" biçimindeki varsayım ne kadar geçersizse, tedavide akılcı ve rasyonel düşünmeyi öğreterek tüm psikişik sorunların üstesinden gelinebileceğini düşünmek de aynı oranda geçersizdir.^(13,14) Etkili terapilerin ortak özelliklerinden biri, hepsinin bilişsel değişiklikler oluşturmalarıdır. Düşünce biçimlerinin insan yaşamındaki önemi aslında yüzyıllar önce vurgulanmıştır. Epiktetus henüz 1. yüzyılda insanların yaşadıkları olaylardan değil, bu olaylarla ilgili algılarından rahatsız olduklarını belirtmiştir.

Bilişsel terapi uygulamaları yapan terapist bir anlamda televizyon dedektifi Kolombo'nun özelliklerini taşımaktadır. Başka bir deyişle, hastanın düşünce ve inançlarını herhangi bir yorum katmadan anlamaya yönelik bir tutku içinde, oldukça bilgisiz ve anlatılanları çok çabuk anlamayan bir görünüm altında, hastasıyla ilgili tüm bilgileri ustaca biraraya getiren bir beceriye sahip olmalıdır. Ancak böylesine bir tutum içinde, hastayla ilgili veriler olabildiğince yansız ve yorumsuz olarak toplanabilir. Verilerin toplanması ve ipuçlarının biraraya getirilmesi yüzeysel olandan derine yani, otomatik düşüncelerden-şemalara doğru inerek yapılır.⁽¹⁴⁾

Şemalar, otomatik düşünce ve biliş önceliği kavramları

Beck'in bilişsel teorisine göre çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce, sayıtlı ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur. Bu temel düşünce ve inançlar yapısal düzeyde "şema" olarak adlandırılır. Bu şemalar, yaşamın daha ileri dönemlerinde bireylerin kendileri ve yaşadıkları dünyaya ilişkin algılarını biçimlendirmekte kullanılır. Bireylerin geçmiş deneyimlerinden anlam çıkarmaları ve bunlara dayanarak geleceğe yönelik çeşitli yordamalarda bulunmaları son derece doğal, gerekli ve yararlı işlevler olarak kabul edilebilir. Ancak erken yaşam deneyimleri sonucu oluşan şemalar, katı-değişime dirençli ve geçmiş yaşantılarla orantısız aşırılık özellikleri taşıdıklarında, yararlı olmadıkları gibi, olumlu işlevselliğini de kaybederler. Beck'e göre bu tür şemalar katı ve işlevselliğinden uzak olmalarına karşın yalnız başlarına herhangi bir psikik bozukluğun oluşumundan sorumlu tutulamazlar. Psikiyatrik bozukluklar bireyin bilinçli olarak farkında olmadığı bu tür şemaların içeriğindeki temel sayıtları destekleyen bir yaşam olayının ardından gelişir. Yaşam olayları sessiz durmakta olan şemaların aktive olmasına ve "olumsuz otomatik düşüncelerin" ortaya çıkmasına neden olur. Bu düşüncelerin olumsuz olarak değerlendirilmelerinin nedeni hoş olmayan, rahatsız edici duygulara (üzüntü, suçluluk, öfke, kaygı gibi) neden olmalarındandır. Otomatik olarak tanımlanmalarının nedeni ise herhangi bir amaçlı düşünce zincirinin ürünü olarak değil, kendiliğinden ve kişinin zihninde aniden beliren düşünceler olmasındandır. Bu düşünceler ortaya çıktığında, yaşanan durumla uyumlu olarak değerlendirildiğinden mantık dışı kabul edilmezler. Böylelikle otomatik düşünceler temeldeki şemaları besleyerek onların kalıcılığını ve sürekliliğini sağlar. Otomatik düşünceler aslında kişinin içinde bulunduğu durumla ilgili bilgi ve verilerin işlenmesi sırasında oluşan çeşitli "bilişsel hatalar" sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu

bilişsel hatalar gerçekliği konusunda yeterince veri olmayan bilgilere dayanmaktadır. Keyfi çıkarımlar, seçici odaklanma, kişiselleştirme, aşırı genelleme, hep veya hiç biçiminde düşünme, küçümseme ve abartma biçimindeki bilişsel hatalar, bilginin tek yanlı ve olumsuz olarak işlenmesine neden olmakta ve bilgi işleme normalden farklılaşmakta, yaşanan olayın anlamı değişmektedir. Sözlü edilen bilişsel hatalar bir başka yazıda detaylı olarak aktarılmıştır⁽¹³⁾. Bilişsel terapiler hastalara terapötik bir işbirliği içinde kendi otomatik düşüncelerini ve bunların altında yatan temel inanç ve sayıltıları (şemaları) inceleme olanağı verir. Otomatik düşüncelere ulaşmak pek güç olmamakla birlikte daha derindeki şemalara ulaşmak her zaman kolay değildir ve ancak terapistin uygulayacağı özel yöntemlerle mümkün olabilir. Bireyler şemalarının farkında olmasa da yaşanan olayla ilgili olarak ortaya çıkan olumsuz duyguların farkına varırlar. Özetle, duyguların ortaya çıkmasının öncesinde düşüncelerin oluştuğunu belirtmek yanlış olmaz. "Biliş önceliği" olarak bilinen bu kavram depresyonla ilgili olarak ortaya atılmasına karşın, diğer anksiyete bozuklukları için de geçerlidir. Ancak, bilişin duygularına öncülük ettiğini belirtmek, olumsuz düşüncelerin-depresyona veya tehdit algılarının-anksiyete bozukluklarına neden olduğunu belirtmek anlamına gelmez. Çünkü olumsuz düşüncenin depresyona, tehdit ve tehlike algılarının ise anksiyete bozukluğuna neden olduğunu belirtmekle, sanıların şizofreniye neden olduğunu belirtmek arasında bir fark yoktur. Biliş önceliği kavramında bilişle-depresyon arasında bir neden-sonuç bağlantısına yer verilmemiştir. Kavram depresyonun bir duygu durum bozukluğundan çok bilişsel bir bozukluk olduğunu vurgulamaktadır.

Bilişsel terapi uygulamaları yapan terapist hastasının düşünce ve inançlarını sorgularken bunu hastayı tehdit etmeyen bir tutum içinde yapmalıdır. Beck terapi uygulamaları sırasında soru sorma biçimini temel terapötik araç, tedavi oturumları arasında yürütülen aktiviteleri (ev ödevlerini) ise değişimin temel mekanizması olarak tanımlamıştır. Bu görüş, davranış terapileri ile bilişsel terapilerin bütünleşmesi yönünde önemli bir zemin oluşturmuştur.

Bilişsel terapilerin temel ilke ve özellikleri

Beck ve Emery bilişsel terapilerin temel ilkelerini şöyle sıralamışlardır.⁽¹³⁾

1) Bilişsel terapiler emosyonel bozuklukların bilişsel modeli üzerine kurulmuşlardır. Belirli bir sorunun çözümünde, bir dizi müdahale tekniğinin kullanımından daha öteye anlam taşıyan bu yaklaşımda terapist düşünce-duygu ve davranışlarla, bunların altında yatan şemalar arasındaki ilişkiyi

dinamik bir çerçeve içinde ele alır. Ancak böylesine bir formülasyonu sonrasında uygun müdahale teknikleri seçilir.

2) Bilişsel terapiler sorun odaklı, zamanla sınırlı, kısa terapilerdir. Kısa terapiler, hem hasta hem de terapistin sorun üzerinde odaklanmalarını ve hastanın terapi ya da terapistle bağımlılık geliştirmesini önler. Bağımlılık sorunu, uzun süreli tedavilerin önemli sorunlarından biridir.

3) Etkili tedavi için iyi bir terapötik ilişki gerekir. Terapötik model ne olursa olsun, iyi bir terapötik ilişki tedavinin başarılı olması için şarttır. Empati, etkili dinleme becerileri, esneklik, ilgi ve terapotik işbirliği tedavinin değişmez elemanlarıdır.

4) Bilişsel terapiler, terapistle hastanın ortak çabalarını ve işbirliğini gerektirir. Beck, yaklaşımının en temel ilkesi olan işbirliğini hastanın kendi düşünce ve inançlarını incelemesi konusuna yönlendirmiş ve her bir inanç ve düşünceyi doğruluğu kanıtlanması ya da çürütülmesi gereken hipotezler gibi ele almıştır. Beck, bu tutumuyla hastasını, bir meslektaş biçimine sokmuştur.⁽¹⁴⁾ Tedavinin hedefleri, hızı, oturumlar arasında yürütülecek ev ödevleri her zaman hasta ile birlikte belirlenir. Başka bir deyişle, bilişsel terapiler hastaya uygulanan değil, hasta ile birlikte yürütülen işlemlerdir. Bu işbirliği hep eşit düzeyde olmayabilir. Hasta ne kadar pasif, ne kadar deprese ise, terapistin işbirliğini sağlamadaki rolü o kadar artar. Tedavinin sonlarına doğru terapist daha az görünür olmaya ve sahneyi daha çok hastaya bırakmaya başlar. Bu tutum hastaya bağımsızlık duygusu vermesi yanısıra, kendi sorunlarını çözmede sorumluluk almayı öğretir ve tedaviye uyum sorunlarının oluşmasını önler.

5) Bilişsel terapiler daha çok SOKRAT yöntemini kullanır. Bu yaklaşımda hastanın çeşitli soruların cevaplarını kendisinin bulması sağlanır. Yani terapist soruların cevaplarını vermez ancak bu soruların cevaplarını hastanın bulmasına yardımcı olur. Beck, terapisini hastanın temel düşünce ve inanç sistemlerini tehdit etmeden sürdürürken, soru sorma biçimini temel bir terapötik araç gibi görür. Sorulan sorular hastanın

- kendi düşünce içeriği konusunda daha çok fikir sahibi olmasını
- kendi düşünce biçimlerini daha iyi anlamasını
- düşüncelerini çeşitli bilişsel çarpıtmalar yönünden ele almasını
- düşünce içeriği ve biçimlerinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesini

e)düşünce ve davranışları ile ilgili olarak geleceğe yönelik planlar yapmasını sağlar.

Çoğu klinisyen açık uçlu sorular sormayı tercih ederken, bilişsel terapistler anksiyeteli hastalarla çalışırken "kapalı uçlu" sorular sormayı tercih ederler. Bu tür sorular işbirliğini azaltıcı, zorlayıcı ve alışılmadık dışında görülmele birlikte aslında daha az zorlayıcı ve daha çok işbirliğine yönelik olabilir. Çünkü açık uçlu sorular anksiyeteli bireyin anksiyetesini artırabilir, oysa doğrudan sorulan basit sorular hastanın anksiyete düzeyini azaltır. Örneğin, hastaya terapiye hangi nedenle geldiğini sormak yerine onu terapiye getiren üç tane neden sıralamasını istemek daha uygun olabilir. (Bu tür teknikler özellikle terapiye kendi istekleri dışında getirilen ergenler için daha uygundur)

6) Bilişsel terapiler direktif ve yapılandırılmış terapilerdir. Kısa terapilerin en önemli özelliklerinden biri yapılandırılmış olmalarıdır. Bu özellik terapistin sorunun tümüyle aynı anda uğraşmak yerine , sorunun çeşitli yanlarıyla ayrı ayrı çalışma fırsatı verir. Başka bir deyişle tüm yemeği bir lokmada yutmak yerine, her seferinde küçük lokmalar yutmak yemeğin daha iyi sindirilmesini ve tadının çıkarılmasını sağlar. Ayrıca yaşamını yeniden düzenlemek amacıyla terapiye gelen pek çok hasta için yapılandırılmamış, yeterince organize olmamış "serbest -yüzen bir terapi" kontrendike olabilir. Çeşitli belirsizlikler nedeniyle anksiyetesi artmış hastalar için en azından başlangıcında direktif olan bir yaklaşımla oldukça yarar sağlanabilir.

7) Bilişsel terapiler soruna yönelik yaklaşımlardır. Önce sorunlar hiyerarşik bir düzen içinde sıralanır daha sonra bu sorunlar üzerinde ayrı ayrı çalışılır en sonunda ise birbirinden bağımsız gibi görünen sorunlar arasındaki bağlantılar ele alınır. Bu sorun oryantasyonlu olmayan terapilere göre, daha kısa sürede daha çok "iş çıkartmak" anlamına gelir. Böyle bir yaklaşım sorunun çözümüne terapistin istediği yerdendeğil, hastanın istediği yerden başlamak anlamında gelir.

8) Bilişsel terapiler eğitim modeli üzerine kurulmuşlardır. Terapide, terapistin bilgisinin hastayla paylaşılması önemli bir özelliktir. Bir bakıma terapist hasta için kolay ulaşılabılır bir bilgi kaynağı olmaktadır. Karşılıklı olarak sağlanan bilgi alışverişi yalnızca hasta için değil terapist içinde eğitici olmaktadır.

9) Bilişsel terapilerin teori ve teknikleri tümevarım metoduna dayalıdır. Teori sırasında hem hasta hem de terapist çeşitli hipotezler kurar ve bu hipotezlerin doğruluğunu araştırır. Bunu yaparken veriler toplanır, analiz edilir ve hiçbir

hipotez yeterince araştırılmadan doğru kabul edilmez. Terapi bir bakıma hastayı bir bilim adamı gibi düşünmeye yönlendirir.

10) Ev ödevleri bilişsel terapilerin en değişmez ve vazgeçilmez öğelerindedir. Hastanın haftada bir terapi oturumlarına gelerek sorunlarının üstesinden gelmesini beklemek gerçekçi değildir. Hasta kendisi için ne kadar çok çaba harcarsa, tedavi o kadar hızlı gider. Tedavi oturumlarında konuşulanların yaşama geçmesi amacıyla, oturumlar arasında hastanın kendi kendine yürüttüğü aktivitelere ev ödevi denir. Ev ödevleri bilginin beceriye dönüştürülmesi için gerekli aktiviteleri içerir. Bu ödevler bilişsel düzeyde (otomatik düşüncelerin incelenmesi gibi) verilebileceği gibi davranışsal biçimde (üzerine gitme gibi) de verilebilir.

Bilişsel davranışçı terapilerin uygulama alanları

Bilişsel-davranışçı terapilerin uygulama alanlarını belirli ruhsal bozukluklarla sınırlandırmak yanlış olur. Ruhsal bozuklukların oluşumunda bilişsel süreçlerin rolü anlaşıldıkça, uygulama alanlarında giderek artmaktadır. Günümüzde kullanıldıkları klinik durumlar şunlardır.

- Özgül fobiler
- Agorafobi
- Sosyal fobi
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Ritüellerin eşlik etmediği obsesif ruminasyonlar
- Panik bozukluk
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Hipokondriyazis
- Beden disformik bozukluğu
- Somatizasyon bozukluğu
- Ağrı bozuklukları
- Cinsel işlev bozuklukları
- Parafililer
- Cinsel kimlik bozuklukları

- Depresyon
- Evlilik içi çatışmalar
- Cinsel yönden kötüye kullanılmış bireyler
- Yeme bozuklukları
- İnsomnia ve parasomnialar
- Uyum bozuklukları
- Öfke kontrolü
- Kişilik bozuklukları
- Dürtü kontrol bozuklukları (patolojik kumar oynama, trikotillomani ve kleptomani gibi)
- Alkol-sigara ve diğer maddelerin kullanımı ile ilgili bozukluklar
- Tik bozuklukları
- Çocukluk ve ergenlik çağında tanısı konan bazı bozukluklar
- İlaçlara dirençli şizofrenik belirtiler

Bu liste uzatılabilir. Bilişsel-davranışçı terapilerin kullanılmadığı durumların listesini sıralamak daha kolay ve kısa olacaktır. Bu tür terapilerin uygulanmadığı klinik durumların hepsinde ortak özellik hastaların kooperasyonlarının sağlanamayıdır. Sorunla başa çıkma becerilerinin kazandırıldığı, mevcut becerilerin artırıldığı bir tedavi yaklaşımında, kooperasyon doğal olarak tedavinin değişmez bir bileşeni olacaktır. Ancak kooperasyon yalnızca bilişsel-davranışçı terapilerin değil, her türlü terapötik yaklaşımın değişmez bir parçasıdır.

SONUÇ:

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Psikiyatri Alanında Uygulanan Tedaviler" konusunda düzenlediği bir konferansta, herhangi bir tedavi yaklaşımını değerlendirirken şu ölçütlerin temel alınması uygun bulunmuştur⁽¹⁶⁾.

1) Etkinlik

- Semptomlarda düzelme
- İş ve sosyal yaşamda performansın artışı
- Hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinde iyileşme

2) Güvenlik

- 3) Yan etkiler
- 4) Etik yönler
- 5) Alternatif tedavilere üstünlükleri
- 6) Uygulanabilirlik (tedavinin ruh sağlığı alanında çalışan farklı disiplinlerden profesyoneller tarafından uygulanabilirliği)
- 7) Kötüye kullanım olasılığı (ilaç tedavilerinde olduğu gibi)

Bu ölçütler temel alındığında bilişsel-davranışçı terapilerin diğer psikoterapi yaklaşımlarına göre daha iyi bir konumda olduğunu belirtmek mümkündür.

Bilişsel-davranışçı terapiler terimi bilimsel literatürde ilk kez 1970'li yılların ortalarında kullanılmış, ilk kontrollü tedavi çalışmalarının sonuçları ise 70'li yılların sonunda yayınlanmıştır. Aradan geçen kısa sürede, bilişsel-davranışçı terapiler batılı ülkelerde en yaygın kullanılan terapötik yaklaşımlar olmuşlardır. Neden? Bu sorunun bir tek yanıtı olmamakla birlikte, bilişsel-davranışçı terapileri popüler ve başarılı yapan önemli etkenler, yaklaşımın bilim ile klinik uygulamalar arasında sağlam köprüler oluşturması ve uygulamalar sonucunda elde edilen parlak sonuçlar olduğu söylenebilir.

Bilişsel-davranışçı terapiler soruna yönelik, kısa süreli, ekonomik yaklaşımlar olmaları yanı sıra danışan bireye kolaylıkla anlaşılabilen bir tedavi rasyoneli sunmaları, öğrenme kuramları gibi bilimsel bir temel üzerine kurulmuş olmaları, deneysel psikoloji ile klinik psikolojisi arasında bir köprü oluşturması ve yalnızca çeşitli ruhsal bozuklukların tedavisinde değil önlenmesinde de kullanılabilirlikleri ve danışana sorun çözme yöntemlerini öğreten, beceri kazandırıcı yönleriyle 2000'li yılların en popüler psikoterapötik yaklaşımları olacak gibi görülmektedir. Ülkemiz psikiyatristlerinde de benzeri bir ilgi artışından söz etmek mümkündür. Psikiyatri Asistanları ve Uzmanları Derneğinin (PAÜD) yaptığı bir araştırmanın sonuçları psikiyatri asistanlarının çeşitli konular arasında en çok bilişsel-davranışçı terapiler alanında eğitim almak istediklerini ortaya koymuştur⁽¹⁷⁾. Eğitici düzeyindeki psikiyatristlerin (öğretim üyelerinin) vermek istedikleri eğitimle, eğitim almakta olan asistanların öğrenmek istedikleri konuların koşut bulunmadığı bu çalışmanın sonuçları daha iyi incelenmeye değer özellik taşımaktadır. Bu noktada, 1995 yılında kurulan ve kısa sürede Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği'ne entegre olan Türk Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği'ne önemli görevler düşmektedir.

Bilişsel-davranışçı terapi uygulamaları sırasında üzerinde önemle durulması gereken konulardan biri, tekniklerin standart biçimde kullanılmasıyla

ilgilidir. Standart veya paket tedavi programları başarısız olmaya mahkumdur. "Hastalık yok, hasta vardır" ilkesinden yola çıkarak tedavinin her hasta için, o hastanın bireysel ve kültürel özellik ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerekir. Çünkü tanılar aynı olsa da hastalığın gidişi her bireyde farklılıklar gösterecektir. Diğer yandan her tedavi yaklaşımın kendine özgü ilkeleri olsa da, tümüyle bu ilkelere yapışarak tedavi yapmaya çalışmak, hastayı unutup kuram ve tekniklere odaklanmak anlamına gelir. Böyle bir tutum ise terapisi "uygulamacı" olmaktan çıkartıp "kuramcı" yapar. Oysa iyi terapist kuramcı değil uygulamacıdır. Başka bir deyişle, başarılı bir tedavi için kuramlar gerekli ancak yeterli değildir.⁽⁷⁾

Son olarak; bilişsel-davranışçı terapiler tüm psikiyatrik sorunların çözümünde kullanılabilen sihirli değnek değildir. Ruhsal bozukluklar, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar popöler olmadan önce de farklı yaklaşımlarla tedavi edilebilmekteydi. Bazı klinisyenler bu gerçeği bilişsel-davranışçı terapilerin öğrenilmesinin pek de gerekli olmadığı biçimindeki savlarına kanıt olarak kullanmaktadırlar. Gerçekten de iyileşmeyi belirleye tek etken seçilen yaklaşım değildir. Hatta hiç bir teknik yöntem kullanmadan yalnızca hastayı dinlemek, ona ilgi ve empati gösterip, zaman ayırmak bile bazı olgularda önemli yararlar sağlayabilmektedir. Ancak, aynı hastalıkta birden-fazla tedavi yaklaşımının etkili olduğunu bilmek, uygulamada bunlar arasında bir seçim yapmamak anlamına gelmemelidir. İnsülün bulunmadan önce de, çeşitli bileşikler aracılığıyla kan şekeri düşürülebilmekte idi. Ancak bu, insülünün bulunmasının önemini ve değerini azaltmamıştır. İyi klinisyenler uygun tedavi yaklaşımını seçebilmek ve bu yaklaşımı hastanın bireysel özellikleri ve gereksinimlerine uyarlayarak kullanabilenlerdir. Terapistin seçim yapabilmesi ise ancak bir dizi terapi yaklaşımı konusunda yeterli bilgi ve beceri kazanmış olabilmeleriyle mümkündür.

KAYNAKLAR

- 1) Wolpe J, Lazarus A: Behaviour therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis. Pergamon Press, Oxford, 1966
- 2) Breger L, Mc Gaugh JL: Critique and reformulation of "learning theory approaches" to psychotherapy and neurosis. Psychological Bulletin 63:338-58, 1965.
- 3) Rachman SJ: The evolution of cognitive-behaviour therapy. in the Science and practice of cognitive behaviour therapy. Edited by Clark DM and Fairburn CG, Oxford University Press, Oxford, 3-26, 1997.

- 4) Rahman Sj: Trends in cognitive and behavioural therapies. In the Trends in cognitive and behavioural therapies. Edited by Salkovskis PM. Wiley Press. 1-24, 1996.
- 5) Sungur MZ: Davranış tedavileri. Psikiyatri Bülteni 2(3): 109-115, 1993.
- 6) Wolpe J: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, Stanford, 1958.
- 7) Hackmann A: Behavioural and cognitive psychotherapies: Past history, current applications and future registration issues. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Supp 1: 9-15, 1993
- 8) Sungur MZ: Anksiyete bozukluklarının tedavisinde davranış terapileri. Anksiyete Monografileri Serisi 10: 431-440, 1996
- 9) Marks IM: Behaviour psychotherapy. Maudsley Pocketbook of Clinical Management. Wright, Bristol, 1986.
- 10) Marks IM: The reduction of fear: towards a unifying theory. J Can Psychiat Assoc 18:9-12, 1973.
- 11) Sungur MZ: Fobik hastalarda iki değişik biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara, 1990.
- 12) Marks IM: Fears, phobias and rituals. Oxford University Press, New York-Oxford, 1987.
- 13) Sungur MZ: Depresyonun kognitif teorisi. Depresyon Monografileri Serisi 3:123-134, 1993.
- 14) Sungur MZ: Depresyonda kognitif terapiler. Depresyon Monografileri Serisi 10:447-458, 1993.
- 15) Beck AT, Emery G: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books, New York 1985.
- 16) Cottraux J, Legeron P, Mollard E: Four predictions for year 2000. in the Which Psychotherapies in the year 2000. Edited by Jean C, Patrick L, Evelyn M, Swets and Zeidenger Press, Amsterdam, 7-10, 1992.
- 17) Özen NE: PAUD'dan .PAUD Bülteni-Ankara, Yaz 1996.