



KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLER DERNEĞİ (KDTD)

E-DERGİ

ARALIK 2014

SAYI 2



*Söylediklerinize dikkat edin;
Düşüncelere dönüşür...
Düşüncelerinize dikkat edin;
duygulara dönüşür...
Duygularınıza dikkat edin;
davranışlara dönüşür...
Davranışlarınıza dikkat edin;
alışkanlıklara dönüşür...
Alışkanlıklarınıza dikkat edin;
karakterinize dönüşür...
Karakterinize dikkat edin;
kaderinize dönüşür...*

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği, 1995 yılında kurulmuş, 1996 yılında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT)'ye entegre olmuştur. KDTD'nin kurucusu ve halen başkanlığını yürütmekte olan Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur, 2000-2002 yılları arasında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT)'nin başkanlığını yapmıştır. Halen bu birliğin Psikoterapilerde Ortak Dil Kullanımı Birimi Başkanlığını yapmaktadır. Aynı birliğin Akreditasyon ve Sertifikasyon Komitesi'ndeki, görevi bu yıl sona ermektedir. Uluslararası Kognitif Terapiler Derneği (IACP) Yönetim Kurulu üyesi ve Beck Kognitif Terapi Akademisi (ACT)'nin kurucu üyesi, sertifikalı eğitici ve konsültanı, diplomat ve süpervizörüdür. Ayrıca, Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS) Yönetim Kurulu Üyesi ve Dünya Seksoloji Birliği (WAS) Cinsel Sağlık Günü ülke temsilcisidir.

İlgili Bağlantılar

Academy of Cognitive Therapy (ACT)

www.academyofct.org

Beck Institute

www.beckinstitute.org

**The European Association for Behavioural
and Cognitive Therapy (EABCT)**

www.eabct.com

The American Institute for Cognitive Therapy

www.cognitivetherapymyc.com

The International Association for Cognitive Psychotherapy(IACP)

www.the-iacp.com

İçindekiler

**Ropörtaj: Bilişsel Davranışçı
Terapi & Psikanaliz Üzerine
(Bölüm-1)**

Mehmet Z. SUNGUR

Sayfa 2

Depresyon (Çökkünlük)

Sedat BATMAZ

Sayfa 6

**EMDR - Göz Hareketleriyle
Duyarsızlaştırma & Yeniden
İşleme**

Gülay OĞUZ

Sayfa 8

ROPÖRTAJ

(BÖLÜM -1)



Prof. Dr. Mehmet Z. SUNGUR

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ & PSİKANALİZ ÜZERİNE

Bilişsel davranışçı terapiyi psikanalizden ayıran en önemli özellikler nelerdir?

Aslında psikanaliz değil de psikodinamik oryantasyonlu terapiler diyelim isterseniz çünkü Bilişsel davranışçı terapinin klasik psikanalizle hiçbir benzerliği olmadığını söyleyebilirim. Dinamik oryantasyonlu terapilerle olan farklılıkları konuşacak olursak,, aradaki en önemli fark uygulama yapan terapistin hipotezlerden ya da varsayımlardan öteye geçerek doğrudan hedef uyumsuz davranış üzerine odaklanması. Freud zamanında çok güzel ancak hipotetik birtakım görüşler ortaya koymuş. Bu hipotezler hastaların anlaşılmasında tartışmasız büyük yararlar sağlamış. Anlama açısından gözlemler üzerine kurulu güzel hipotezler ancak bilimin yanlışlanabilirlik ilkesi üzerine kurulu olduğunu unutmamak gerekir. Bazı hipotezler vardır ki onların ne doğruluğunu ne de yanlışlığını gösterebilirsiniz çünkü yanlışlığı ya da doğruluğu gösterilemeyecek kadar geneldirler. Popper yaklaşımları çerçevesinde iki şeyin yanlışlığını gösteremezsiniz: Birincisi tamamen doğru olanların yanlışlığı gösterilemez, ikincisi de

doğruluğu veya yanlışlığı gösterilemeyecek kadar genel tanımlamaların ne doğruluğu ne de yanlışlığı gösterilebilir. Dolayısıyla dinamik oryantasyonlu yaklaşımlardaki temel sorun hipotezlerin akla yatkın olmalarına karşın bilimsel verilerle desteklenemiyor olması. Çünkü dinamik yaklaşımlar bize bilinç dışından söz eder. Bilinç dışı olanı ölçme ve değerlendirme mümkün değildir. Ölçme ve değerlendirmenin mümkün olmadığı bir yerde bilimden söz etmek zorlaşır çünkü bilimsel olmanın birinci kuralı ölçme ve değerlendirme yapabilmektir. Analitik kuram ya da psikodinamik oryantasyonlu terapiler özetle şunu söyler: Her bilinçli görünen davranışın bilinçdışı bir motivasyonu vardır ve onu anlarsanız davranışı da daha iyi anlarsınız. Bunu söyleyerek bilinçdışıyla uğraşmaya ve bilinçdışını özel tekniklerle bilince getirmeye çalışır ve sonunda danışanın sorunu ile ilgili içgörü kazanması beklenir. Bir an için bunun gerçekleştiğini varsaysak bile farkındalık ve içgörü çoğu kez terapinin son halkası değildir. Dinamik yaklaşımın uygulayıcıları da zaten içgörü kazanmayı son kazanım olarak tanımlamıyorlar ama içgörü kazandırma ağırlık kazanan bir hedef olabiliyor. Oysa içgörü sağlamak çoğu kez tedavinin başlangıcıdır, bitişi değil; çünkü önemli olan değişimdir. İnsanlar bize değişim için geliyor. Psikoterapinin geçmişten bu yana temel amacı değişim oldu dolayısıyla farkındalık ve içgörü gibi kavramlar değişim için gereklidir ancak yeterli olamamaktadır. Fark bu noktada belirginleşiyor. Farkındalık sağlamak bilişsel davranışçı yaklaşımlarda da önemli bir amaç ancak iş değişim sağlamaya geldiğinde dinamik terapilerden oldukça farklı tekniklerin kullanımı söz konusu oluyor. Hatta günümüzde tedavi ile ilgili teknoloji manüeller aracılığıyla araştırmalarda kullanılabilir bir noktaya gelmiş durumda. Aslında kognitif terapilerden çok daha önce gündeme getirilen davranışçı terapilerin temel hedefi o zamana kadar baskın psikoterapi yaklaşımı olan dinamik oryantasyonlu terapilerin varsayımlarının doğruluğunu test etmek ve yardım amacıyla başvuran insanlara onlarla birlikte belirlenen tedavi hedeflerine yönelik kısa süreli bir terapi imkanı sağlayabilmek. Ardından da oluşan değişimi ölçebilmek ve değerlendirebilmek.

değişiminin söz konusu olmadığı ve nökslerin de tahmin edilenin çok daha altında olduğu ortaya çıkar. Böylece davranış tedavilerinin mekanik ve yüzeysel olduğuna, etkisinin kalıcı olmadığına ve dolayısıyla hastalığın tekrarlayacağı ya da yeni semptomların ortaya çıkacağına dair tüm varsayımlar yanlışlanmıştır. Davranış tedavilerinin getirdiği en büyük güzellik kendine yönelik eleştirel olanlar da dahil olmak üzere hiçbir hipotezi doğru ya da yanlış diye yargılamadan araştırmayla incelemeye koyuyor olmasıdır. Araştırma bulguları bir yandan davranış tedavilerinin değerini arttırırken bir yandan da o zamana kadar baskın tedavi yaklaşımı olan psikozun kendi temel hipotezlerini yeniden gözden geçirmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Yani davranış tedavilerinin analizinin iddia ettiği gibi mekanik ve yüzeysel bir yaklaşım olmadığı ortaya çıkıyor. Nüksler neden az oluyor?

Gerçekten nöksler tahmin edilenin çok altında oluyor ve semptom değişimi olmuyor. Mekanik ya da semptomatik tedavilerde semptomlar baskılanır ya da geçici bir süre için ortadan kaldırılır. Oysa davranış tedavilerindeki hedef semptomları baskılamak ya da ortadan kaldırmak değil semptomlarla başa çıkmayı öğretmektir. Agorafobik bir hasta bize geldiği zaman yaşamında oluşan birtakım handikaplardan bahseder. Davranış terapistleri ona şu soruları sorar: "Senin hayatında bugün böyle bir sorun olmasaydı şimdi neleri yapıyor olacaktın ve yapamıyorsun?" ya da "Bu tedavinin sonunda, şimdi yapamadığın neleri yaparsan biz senin tedavi olduğunu söyleyebiliriz?" ya da "Bu sorun iş, sosyal ve özel hayatında nelerin engellenmesine yol açıyor?" veya "Bu senin hayatının işlevselliğini nasıl bozdu?". Bu soruların hepsi aynı amaca yönelik yani tedavideki hedefleri saptamaya yönelik sorulardır. Hasta ise yanıt olarak "Bütün paramı taksilere vermekten bıktım. Toplu taşıma araçlarını kullanmak isterdim." der. Burada bize ne söylüyor? Taksiye biniyor çünkü sıkışıklık olduğu zaman taksiyi sağa çekip inebilir ama otobüs istediği zaman durduramaz (kontrol algısındaki azalma). Ya da "Şehirlerarası seyahat yapmak isterdim. 10 yıldır yapamıyorum" der çünkü

şehirlerarası yolculuk onun için emniyetli değildir. "Sinemalara, tiyatrolara gidebilmek isterdim ve gittiğimde gerekirse çıkışa yakın olmayan bir yerde de oturabilmeyi isterdim." der. Sinemaların, tiyatroların yanı sıra süpermarketlere de yanımda kocam olmadan gidebilmek isterdim" der. Niye „kocam“ diyorum çünkü agorafobiklerin üçte ikisi kadın. Terapist: "Peki o zaman rahat rahat şehirlerarası yolculuk yaparsanız, toplu taşıma araçlarını kullanabilirseniz, sinema ve tiyatroya gittiğinizde nerede yer var diye paniğe kapılmadan istediğiniz yerde rahat rahat oturabilirseniz, süpermarketlere kendi başınıza gidebilirseniz, biz sizin tedavi olduğunu söyleyebilir miyiz?" diye sorduğunda hasta büyük olasılıkla "Tabii ki doktor bey hayal bile edemiyorum." cevabını verecektir. Şimdi hedefler belirlendi ve bu hedefleri hastanın kendisi belirledi. Terapist sadece bu hedeflerin belirlenmesinde bir rehberlik yaptı. Bir nevi fasilitatör görevi üstlendi. Hedefler saptandıktan sonra hastaya tedavi hakkında bir rasyonel aktarılır. Bu rasyonel içinde hastanın korktuğu ortama girmesi ile birlikte ortaya çıkan anksiyete semptomları ile nasıl başa çıkacağı öğretilir. Özetle, kişileri kaçındıkları ortama sokma ile birlikte anksiyete belirtileri ortaya çıkar ve aslında biz de böylelikle ortaya çıkan bu belirtilerle nasıl başa çıkılacağını aktarıyoruz. Bunun güzel tarafı ne? Hastaya aslında biz bir beceri kazandırıyoruz. Kazanılan beceriler unutulmaz, unutulmuş bilgidir. Hasta kazandığı becerileri yaşamının diğer alanlarında da kullanmayı öğrenebilir. Dolayısıyla asla semptomatik bir tedavi değil tam tersine mevcut sorunla başa çıkmayı öğreten, bireysel becerileri geliştiren bir yaklaşım olduğu için tedavide çok kullanılan ve kabul gören bir tedavi yaklaşımı olmuştur.

Peki analitikte olsaydı?

Buna analist arkadaşlar daha iyi yanıt verir. Ancak muhtemelen analitik bir tedavide olsaydı bu soruna çocukluk çağındaki deneyimlerden başlayarak bir farkındalık kazandırmaya çalışmak, sorunun çocukluk çağındaki köklerini incelemeye koyulmak ve sorunla ilgili bilinçdışı çatışmaların özüne inerek içgörü kazandırmaya çalışmak temel hedef olurdu.

Tabi ardından değişimin sağlanmasına yönelik bir süreç başlatılırdı. Tahmin edersinizki böyle bir yaklaşım kısa aralıklarla yapılan bir çok terapi seansını gerektirir. Ben hep şöyle derim: Akıllı insanlar iyilik halini sorgulamaz. İnsanların sorguladıkları sağlıksızlık halleridir. Siz hastaları tedavi ettiğiniz zaman sorunun geçmişteki kökenleri değer ve önemini kaybeder çünkü artık iyileşmişsinizdir ve geçmişteki olumsuzlukların nedenlerini araştırmak olsa olsa kaygı verecektir. Kaldı ki kökeni anlamaya yönelik bir çaba ve bu çabanın sonucunda bulunanlar değerli olsa bile yanıltıcı olabilir. Çünkü hiçbir hastalığın tek bir nedeni yoktur. Analizle ilgili davranış tedavilerinin biraz tereddütle baktığı bir şey var o da kişinin çocukluk çağındaki kişisel deneyimleri. Oysa çocukluk çağındaki ya da geçmişteki öğrenmeler mutlak olarak yaşanmış kişisel deneyimler olmayabilir. Başka bir deyişle bu deneyimler illa ki bizim deneyimlerimiz olmayabilir. Biz başkalarının deneyimlerinden de öğrenmiş olabiliriz. Kaldı ki aynı şekilde yetiştirilmiş, aynı deneyimden geçmiş iki kişiden bir tanesi bir rahatsızlığı geliştirirken öbürü geliştirmiyorsa bunun tek nedeninin çocukluk çağındaki deneyim olduğunu söylemek zordur. İkiz çocuklar aynı deneyimden geçiyorlar, aynı ailede büyüyorlar. Demeki ki bir dizi bireysel duyarlılık var. Bu bir. İkincisi hepimiz birtakım şeyleri benzer şekilde yaşasak bile benzer şekilde algılamıyoruz. Üçüncü olarak da, benzer şekilde yaşasak ve benzer şekilde algılasak bile yaşamın daha sonraki yıllarında, bu yılların getirdiği öğrenme, olgunlaşma ve büyümeyle birlikte yaşadıklarımızı yeniden gözden geçirerek kimimiz o yaşantıları repere ederken kimimiz edemiyoruz. Dolayısıyla hiçbir zaman rahatsızlıkların nedeni bir tane değil. Ayrıca biz terapistler hastaların yaşamlarının ya da mevcut sorunlarının neresine müdahale ediyoruz burayı çok iyi tanımlamamız lazım. Unutmayın ki bir hastalıkta, özellikle de psikiyatride etioloji diye bir kavramdan söz etmek güçtür. Psikiyatride hastalıklar, hazırlayıcı nedenler, ortaya çıkarıcı nedenler ve idame ettirici nedenler olarak üç boyutta incelenir. Bir hastalığı ortaya çıkartan nedenlerle onu bugün idame ettiren nedenler aynı değildir. Diyelim evlisiniz ve evlilikteki ilk sorunuz daha evlenmeden evvelki günlerde

başlayan kayınvalide sorunu ile ortaya çıkıyor. Problem ne? Kayınvalideyle başlayan sorunlar. 10 yıl sonra sorun ne? Karı-koca arasındaki iletişim sorunu.. Kayınvalide nedeniyle başlayan tartışmalar iletişim sorunlarına yol açıyor ve zaman içinde bu iletişim sorunları bir çok alana yayılıyor ve çift artık konuşamaz hale geliyor. Bireyler giderek iletişim kurmayı unutuyor ama görüntüde sorun kayınvalide ile başlıyor. Bugün bizim artık kayınvalide sorununa dönmekten çok mevcut iletişim sorununu çözmemiz lazım. Demek ki hazırlayıcı nedenlerle idame ettirici nedenler farklı. Bir hastalığı devam ettiren en önemli etken hastaların bu sorunla başa çıkmakta kullandığı stratejilerdir. Stratejin neyse hayatın odur. O halde stratejiyi değiştirmeden hayatı değiştirmek pek mümkün olmayacaktır. Ben hastalığın bugün devamında rol oynayan stratejileri anlamak isterim. Aynı şey kognitif terapi için de geçerli. İnsanlar akıllı düşünmedikleri ya da yanlış düşündükleri için hasta olmazlar. Deneyimsiz terapistler genelde tüm düşünce hatalarını düzeltmek isterler. Oysa aynı düşünce hatası bir patern olarak kullanıldığı zaman müdahale gerekir. Yoksa siz de, ben de hepimiz bir sürü bilişsel hata yapabiliriz. Burada önemli olan tekrarlayan paterni görebilmek. Bunu belirleyen de hastanın sorunla başa çıkmak için kullandığı stratejiler. Bana bugün delilik nedir diye sorsanız size derim ki "Aynı stratejiyi kullanıp yarınların farklı olmasını beklemek". Yani siz her gün aynı stratejiyi kullanacaksınız sonra günün birinde benim hayatım değişecek diye bekleyeceksiniz. Buna imkan yoktur. Çünkü stratejin neyse hayatın odur. Aynı stratejiyi kullanıyorsan bütün günler pazartesidir. Böyle baktığımız zaman bir şeyi görmüş oluyoruz. Hastalar stratejileri işe yaramadığı zaman ne yapıyorlar? Sadece hastalar değil, hepimiz... Stratejimizin dozunu arttırıyoruz. Bir hastaya ilaç verdiğimizde hasta iyileşmeyince acaba teşhisim yanlış mı diye düşünmek yerine ilacın dozunu arttırmaya benziyor bu. Bu durumda hasta hiçbir yere varamıyor. O zaman şöyle bakmak gerek: Stratejimde işlemeyen şey ne ve bu stratejiyi nasıl değiştiririm? Onun için niye oldu sorusundan çok bugün ne olmakta ve yarın ne olacak sorularını sormak gerek.

(Bu röportaj www.therapiamag.com adlı sitede yayımlanmıştır)

AVRUPA SEKSOLOJİ FEDERASYONU (EFS) VE AVRUPA CİNSEL TIP BİRLİĞİ (ESSM) ONAYLI PSİKO-SEKSOLOJİST SERTİFİKASYON SÜRECİ



Psikiyatrist Dr. Anil GÜNDÜZ

Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS), 26 ülkeden 50' den fazla derneği bir araya getiren, cinsel terapiler alanında uygulamalarda belirli standartların oluşmasını, uygulamaların kalitesinin artmasını, cinsel işlev bozuklukları alanındaki araştırmaların yaygınlaşmasını, verilen eğitimlerin standart hale getirilmesini ve yaygınlaştırılmasını, teorik ve klinik becerilerin paylaşılmasını, cinsel hakların gözetilmesini hedefleyen bir kuruluştur. Daha detaylı bilgi edinmek için <http://www.eurosexology.com/home.htm> adresini ve derneğimizin <http://kdtd.org.tr/> adresini ziyaret edebilirsiniz.

Bu kongreyle birlikte Avrupa Seksoloji Federasyonunun gençlik kolu olan, benim de içinde bulunduğum "EFS Youth Initiative Committee" ilk sempozyumunu vermiştir. Bu topluluğun amacı, cinsel alanda çalışan ve bu alana katkı sağlamaya istekli olan daha genç terapistleri bir araya getirerek, gençlerin cinsel sağlıklarına yönelik yeni bir bakış açısı katmak, EFS'nin gelişimine katılım ve destekte bulunmak, gençlerin cinsel haklarını ve cinsel eğitimlerini gözetmek ve değerlendirmek, gençlerin cinsel sağlığını kapsayan araştırmalar ve sempozyumlar düzenlemektir.

Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS) ve Avrupa Cinsel Tıp Birliği (ESSM) 2014 yılında 73 farklı ülkeden yaklaşık olarak 1500 kişinin katılımıyla İstanbul'da bir kongre düzenlemişlerdir. Bu yıl ilk kez birlikte yapılmış olan bu kongre EFS'nin 12'inci, ESSM'in ise 16'ıncı uluslararası kongresi olmuştur.

Cinsel işlev bozuklukları alanında çalışan en büyük iki organizasyonun ilk birlikte yaptıkları kongrenin İstanbul'da yapılmış olması ev sahibi olan KDTD (Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği) için hem zor hem de onur verici bir süreç olmuştur. Bu kongrenin EFS eş başkanlığını aynı zamanda Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS) Executive Board üyesi seçilen Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur yapmıştır. Cinsel alanda uzun yıllar yoğun çalışmaları, cinsel ve çift terapileri alanına olan katkılarından dolayı kendisi bu kongrede "Gold Medal" ödülüne layık görülmüştür.

Yine bir ilk olarak klinik seksoloji uygulamaları bağlamında cinsel alandaki iki temel Avrupa birliğinin (ESSM – EFS)' nin birlikte aldığı bir karar sonucu, eğitimini tamamlayan ve eğitim sonucunda sınavı başarıyla bitiren kişilere Psiko-Seksolojist (ECPS) ünvanı verilmektedir ve bu uygulamaya ilk defa bu kongreyle başlamıştır. Bu süreçte ülkemizden bu sınavda başarılı olarak, her iki birlik tarafından tanınan "Psiko-Seksolojist" ünvanını kazanan, benimde içinde bulunduğum kişiler; A. Akkan Aydın, Arzu Erkan, Anıl Gündüz, Oya Güçlü, Osman Seckin, Aytül Tükel ve Ejder Yıldırım'dır.

Bu sınavda öncelikli önem verilen konular ise; insan cinselliğine giriş, yakın ilişkilerdeki sorunlar, cinsel gelişim ve cinsel yanıtın bio-psiko-sosyal boyutu, seks terapisinde tanı ve terapötik metodlar, erkek cinsel işlev bozuklukları, kadın cinsel işlev bozuklukları, tıbbi durumların cinsel işlevler üzerine etkisi, cinsel travma, doğum ve doğum kontrolüyle ilgili sorunlar şeklinde sıralanabilir.

Şuan ülkemizde bu sertifikasyon programında başarılı olmak isteyen klinisyenlerin eğitim ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik Prof. Dr. Mehmet Sungur tarafından çift ve cinsel terapi eğitimleri düzenlenmeye başlamıştır.

Bu süreçte; cinsel ve çift terapilerinin yaygınlaşmasını sağlayan, bu iki alanda literatüre sayısız katkısı olan, çok sayıda seks ve çift terapisti yetiştiren, aynı zamanda ülkemizdeki bir çok uluslararası kongrenin düzenlenmesini sağlayan Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'a katkılarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu sürece girmeyi düşünen ve cinsel alanla ilgilenen herkese başarılar dilerim.

DEPRESYON (ÇÖKKÜNLÜK)

Depresyon, yaşamlarının bir döneminde pek çok kişinin karşılaştığı sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biridir. Çoğu ailenin en az bir üyesi tedavi almayı gerektirecek şiddette bir depresyon dönemi geçirmiştir. Depresif ruh hali hem bireyler, hem de toplumun geneli için gerek ekonomik yönden, gerekse yaşam kalitesi açısından önemli bir yük oluşturmaktadır.



Psikiyatrist Dr. Sedat BATMAZ

Depresyonun Ana Belirtileri

Depresyonun en önemli özelliği üzgün bir ruh halinin olmasıdır. Bu ruh haline en ağır durumunda çaresizlik ve ümitsizlik düşünceleri ve karamsarlık eşlik eder. Kişiler depresif bir ruh hali içinde olduklarında sosyal etkinliklerinde azalma, ilişkilerinde sorunlar yaşama ve ağlama sıklığında artış da çoğunlukla görülen belirtilerendir. Bazen kişiler ağlama isteği duydukları halde ağlayamadıklarını da dile getirirler.

Depresyonun Bilişsel (Düşünceyle İlgili) Belirtileri:

Depresyonda görülen bazı bilişsel belirtiler arasında dikkat ve odaklanma güçlükleri, değersizlik düşünceleri, işlerin yoluna girmeyeceği, giderek kötüleşeceği ve düzelmeye mümkün olmadığı inancı, kişinin kendisi ve etrafındaki olaylara dönük olumsuz bir bakış açısı, olumlu yönlerin gözden kaçırılması sayılabilir.

Depresyonun Biyolojik Belirtileri:

Depresyonun biyolojik yönleri uyku düzeninde bozulma (özellikle uykuya dalma sorunları ve sabah erkenden uyanma), iştah kaybı, cinsel istekte azalma ve gün boyu devam eden halsizlik ve yorgunluk gibi belirtileri içerir. Depresyona sıklıkla anksiyete (kaygı), öfke ya da kolaylıkla sinirlenmenin de eşlik edebileceği de unutulmamalıdır. Depresyona giren kişilerin yaklaşık %10'unda alkol ya da yasadışı başka maddelerin kullanımı da görülebilir.

Depresyonun Görülme Sıklığı

Tedavi görmeyi gerektirebilecek düzeyde depresyon, herhangi bir anda erişkin toplumdaki kadınların yaklaşık beşte birini, erkeklerinse yaklaşık onda birini etkileyebilecek sıklıktadır. Depresyonun, daha düşük sıklıkta olsa dahi, çocuklarda da görülebileceği bilinmektedir. Ergenlik dönemiyle birlikte depresyonun görülme sıklığı giderek artmaya başlar ve yaklaşık 15 yaş civarından itibaren erişkinlerde görülen sıklığa eşit hale gelir. Yaşlılarda da sıklık giderek azalmakla birlikte, hâlâ önemli bir sorun olarak görülebilecek durumdadır.

Depresyonun Nedenleri

Yaşam Olayları

Her ne kadar depresyona neyin neden olduğu kesin olarak bilinmiyorsa da, bu konudaki bilgiler giderek artmaktadır. Depresyon önemli yaşam olayları sonrasında ortaya çıkabilir (örn.: sevilen birinin ölümü, boşanma, ciddi bir ekonomik kayıp, başka bir bölgeye göç, vb.). Depresyona neden olabilecek başka etmenler arasında sosyal ilişkilerde sorun yaşama ve kişinin değer verdiği alanlarda yaşadığı kayıplar sayılabilir.

Düşünme Tarzı

Depresyon aynı zamanda bazı hatalı düşünme tarzları ile de ilişkilidir. Bu tip hatalı düşünme tarzları arasında işlerin ne denli kötü gittiğini abartılı şekilde değerlendirme, o şekilde bir çıkarım yapmak için yeterli veri olmamasına rağmen yaşam olaylarından olumsuz sonuçlar çıkarma, kişinin kendisi, çevresi ve geleceği hakkında genel bir olumsuz bakış açısına sahip olması sayılabilir.

Biyokimyasal Dengesizlikler

Depresyonda bir dizi biyokimyasal değişiklik olduğu bilinmektedir. Depresyonda bir olayla tetiklenmenin ardından kişinin biyolojik yatkınlığının devreye girmesi söz konusudur. Bu yatkınlık genellikle önemli bir veya birkaç yaşam olayı ve/veya kişinin kendisi ve başına gelen olayları olumsuz değerlendirmesinin bir sonucu

olarak etkinleşir. Depresyonun biyolojik belirtilerinin (uyku sorunları, iştah kaybı, cinsel isteksizlik ve halsizlik) bu biyokimyasal dengesizlikle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Depresyonun Tedavisi

Depresyonun tedavisinde çok etkili yöntemlerin olduğu bilinmektedir. Depresyon yaşayan kişilerin önemli bir bölümünün 3 – 4 haftalık etkin bir tedavinin ardından belirtilerinde azalma elde edilmesi ve 3 – 6 aylık bir tedavi sonrasında da uzun süreli bir rahatlığa erişebilmeleri mümkün olmaktadır.

Davranışçı ve Bilişsel - Davranışçı Psikoterapiler

Davranışçı ve bilişsel - davranışçı psikoterapiler, depresyonda etkinliği en fazla araştırılmış tedavi seçenekleri arasında gösterilmektedir. Davranışçı terapiler, kişinin sağlıklı yaşam etkinliklerine daha fazla katılmasına yardımcı olmaktadır. Davranışçı teknikler sayesinde kişilerin ayrıca önemli yaşam olaylarıyla baş edebilmelerini sağlayacak ve kişiler arası ilişkileri düzeltmelerine yardımcı olacak beceriler de öğrenilebilmektedir. Bilişsel - davranışçı terapilerde ise bu davranışçı becerilerin öğrenilmesine ek olarak depresyonda görülen hatalı düşünme tarzlarının değiştirilmesi ele alınmaktadır. Depresyon yaşayan kişilerin önemli bir kısmı bilişsel - davranışçı terapilerden belirgin fayda görmektedir.

Ağır şiddetteki depresyonlarda, özellikle de biyolojik belirtilerin ön planda olduğu durumlarda, antidepresan ilaçların kullanılması gerekebilir. Bu tip ilaçlarla da depresyonun düzeldiği bilinmektedir. İlaç tedavisi başlanmış olsa bile, tedavinin davranışçı veya bilişsel - davranışçı terapilerle birlikte sürdürülmesi mümkündür. Bu şekilde daha kalıcı bir iyilik halinin elde edildiği ve tekrarlamaların azaldığı çalışmalarda gösterilmiştir.

Bazı kişiler depresyonun kendiliğinden geçip gideceğini ya da kişi isterse bunun üstesinden kendi başına gelebileceğini düşünür. Aslına bakılırsa, oldukça az sayıdaki bir grup için bu düşünce doğrudur. Ancak, genellikle görülen depresyonun kendi başına, tedavi almadan geçebildiği durumlar nadirdir. Ayrıca tedavi edilmediği durumda, depresyonun şiddetinin giderek ağırlaşması ve kişinin kendisine zarar verici ve hatta ölümüne neden olabilecek intihar girişimlerine yol açabilmesi önemli bir risk teşkil etmektedir. Bu nedenle, eğer ağır ve yeni başlamış bir depresyon veya uzun süredir devam eden hafif şiddette bir depresyon mevcutsa, en doğru yol uygun tedavi yollarını araştırmak olmalıdır. Depresyonun şiddetini azaltan ve ona eşlik eden yaşam zorluklarını çözmek için kullanılacak terapi yöntemlerinin var olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Bilişsel - Davranışçı Terapi

Davranışçı ve bilişsel - davranışçı psikoterapiler, sonuçları hakkında

bir hayli bilimsel araştırma yapılmış psikoterapi yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlar, kişinin önemli derecede değişmesine ya da hedeflerine ulaşmasında yardımcı olabilir.

Davranışçı ya da bilişsel – davranışçı terapistler, geçmişteki bir durumdan ziyade, mevcut andaki bir soruna ve onun çözümüne odaklanırlar. Kişinin kendi yaşamlarına bakışlarını ve inanışlarını ele alırlar. İyi şekilde işlemeyen yaşam alışkanlıkları, daha etkin olanlarıyla değiştirilmeye çalışılarak kişilerin kendi hedefleri ve değerleri doğrultusunda yaşamaları hedeflenir.

Daha detaylı bilgiye ulaşmak için hekiminize danışabilirsiniz.

EMDR - GÖZ HAREKETLERİ İLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEMLEME

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)



Psikiyatrist Dr. Gülay OĞUZ

EMDR teorisinin altyapısını oluşturan Adaptif Bilgi İşleme Modeline göre beyin, fizyolojik temelli bir sistemle, her yeni deneyim aracılığı ile kendisine ulaşan bilgiyi işler ve işlevsel hale getirir. Duygu, düşünce, duyum, imge, ses, koku gibi bilgiler işlenip ilişkili anı ağlarına bağlanarak bütünleşir. Böylece o deneyimle ilgili öğrenme gerçekleşir. Edindiğimiz bilgiler gelecekte tepkilerimizi uygun bir şekilde yönlendirmek üzere depolanmış olur. Travmatik veya çok fazla rahatsız eden olaylar yaşandığında bu sistem bozuluyor gibi gözükmemektedir. Yeni bilgi işlenip mevcut anı ağına entegre olmaz. Deneyimi anlamlandırabilmek için anı ağlarındaki işlevsel bilgilerle bağlantı kurulamaz ve akıl sağlığına uygun sonuçlar çıkarılamaz. Sonuç olarak öğrenme gerçekleşmez. Duygular, düşünceler, imgeler, sesler, beden duyuları yaşandığı haliyle depolanır. Bu nedenle bugün yaşanan bazı durumlar bu izole kalmış anıları tetiklerse, kişi o anının bir kısmını ya da bütünü yeniden yaşar gibi etkilenir.

EMDR'ye göre rahatsızlıkların, olumsuz duygu, düşünce, davranış ve kişilik özelliklerinin arkasında uyum bozucu, işlev bozucu, işlenmeden ve izole bir şekilde depolanmış bu tür anılar yatar. Kişinin kendisi ile ilgili olumsuz inançları (örn: Ben aptalım), olumsuz duygusal tepkileri (başaramamaktan korkma) ve olumsuz somatik tepkileri (sınavdan önceki gece karın ağrısı) problemin kendisi değil, semptomları, bugünkü dışavurumlarıdır. Bu olumsuz inanç ve duygulara yol açan işlenmemiş anılar şimdiki zamandaki olaylar tarafından tetiklenmektedir.

EMDR, patolojinin, uygun olmayan bir şekilde yerleşmiş algılamalardan ortaya çıktığını var sayan bilgi işleme modeline dayanan, sekiz aşamalı bir yaklaşımdır. EMDR tedavisi, rahatsız edici olaylara ulaşılmasını, işlenmesini hızlandırmak ve öğrenme sürecini iyileştirmek için, hafızanın algısal öğelerine (duygusal, bilişsel ve bedensel) odaklanmaktadır.

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme- savaş stresi, taciz, doğal afetler veya çocukluk döneminde yaşanan üzücü olaylar gibi rahatsız edici yaşam deneyimlerinin neden olduğu duygusal sorunların yanı sıra, fobi, performans kaygısı, panik bozukluk, beden algısının bozukluğu, çocuklarda travma belirtileri, yas, kronik ağrı ve başka sorunların tedavisinde kullanılan psikolojik bir yöntemdir. EMDR tekniği ile ikili uyarımlar yoluyla bireylerin zihinlerine hapsolmuş ve şu anki yaşantılarını etkileyen

rahatsız edici anıları ortaya çıkararak, bu anılara dair duyarsızlaşmanın sağlanmasını amaçlamaktadır.

EMDR Süreci

EMDR travmatik anıya erişilmesini ve böylece bilgi işlemenin iyileşmesini ve travmatik anı ile daha uygun olan anıların veya bilgilerin arasında ilişki kurulmasını sağlamaktadır.



- 1) Daha önceki dönemlere ait anıların çözümlenmesini sağlamak (örneğin iç görünümün ortaya çıkarılması, bilişsel yeniden düzenleme, uygun (adaptif) duygulanım ve fiziksel tepkiler),
- 2) İkinci derece koşullanmanın sonucu olarak, mevcut stres faktörünü tetikleyen uyarının duyarsızlaştırılması
- 3) Gelecekte daha iyi işlev gösterilebilmesi için uygun tutumların, becerilerin ve arzu edilen davranışların yerleştirilmesi sürecidir. Geçmiş, bugün ve gelecek üzerinde çalışılır.

Etki mekanizması net olamamakla beraber EMDR ile hemisferik lateralite onarılır, bellek bütünleşmesi, Somatosensoryal (beden-algı) bütünleşmesi, Dinamik nöral ağların senkronizasyon sağlanır sonuçta somatosensoryal-kognitif (beden-algı-biliş) bütünleşmesi oluşur. Travma sırasında talamo-kortikal bağlanma bozulmaktadır; EMDR talamusu aktive eder ve bu bozulmayı onarır.

EMDR Protokolü

Danışan Geçmişi: Semptomlar ve sorunların kaynağı olan anılar ve gelecekle ilgili hedefler belirlenir ve tedavi planı oluşturulur.

Hazırlık: Danışan EMDR hakkında bilgilendirilir, işlemlemeye hazır hale getirilir.

Değerlendirme: Terapist, danışanın hedef anıyı temsil eden resmi, bu resimle ilgili bugünkü negatif inancını ve duygularını, bedenindeki hislerini ve yerini ve arzuladığı pozitif inancını belirlemesine yardımcı olur.

Duyarsızlaştırma: Bu aşamaya danışanın anıyı temsil etmek üzere seçtiği resme odaklanması, negatif inancını düşünmesi, negatif duygularını yaşaması ve tüm bunların bedeninde yarattığı değişimi hissetmesi ile başlanır. Ardından danışan zihnini serbest bırakır. İçeriğini veya nereye doğru gittiğini kontrol etmeden zihninden geçen herşeyin farkına varır.

Yerleştirme: Danışanın pozitif inancını pekiştirmek amacıyla setler uygulanır.

Beden Tarama: Danışanın bedenini taraması ve rahatsızlık veren bir duyum varsa işlenmesi sağlanır.

Kapanış: Terapist danışana geribildirimde bulunur, gerektiğinde rahatlatıcı bazı teknikleri uygular, seanstan sonra neler olabileceğini anlatır. Psikolojik tepkileri hakkında kısa notlar almasını ister.

Yeniden Değerlendirme: Bir önceki seansın değerlendirilmesi yapılır.

EMDR ve KDT ilişkisi:

KDT terapistlerine göre EMDR, göz hareketleri olmadan eski ve yeni davranışsal tedavi metodlarının kısıtlı bir integrasyonu olarak ele alınabilir. EMDRın etkisi tamamıyla doğrudan imajinal exposure etkisi yaratmaktadır.KDT ve EMDR sokratik sorgulama, davranışsal deneyler ve exposure gibi ortak teknikleri kullanır. Davranışçı

terapistler daha çok güncel -o anki konulara, EMDR terapistleri ise geçmiş anılara ve bu anıların duygusal bağlantısına çok daha fazla odaklanmaktadır. Sokratik sorular danışanın kendi kendine bulduğu sonuçlara gitmesini sağlar. Davranışsal deneyler ise, danışanların seansların arasında belli bir hedef doğrultusunda yaptıkları davranışsal ödevlerdir. Sokratik sorular özellikle, EMDR işlemesi geciktiği zaman terapistte yardımcı olabilmektedir.

EMDR yapılan eleştirilerin başında etki mekanizmasının net olması önemli yer tutar. Meta analiz çalışmalarında EMDR ve kognitif-davranışçı terapilerin her ikisinin de travma sonrası stres bozukluğunda etkili olduğu ortaya çıkmıştır (Van Etten&Taylor,1998; Davidson&Parker 2001; Bradley at al.2005). EMDR ve KDT Travma sonrası stres bozukluğu üzerindeki etkinliğini karşılaştıran kontrol grupları ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Uzun süreli izleme çalışmalarıyla desteklenmesi ve tehdit edici uyaran ya da imajlarla kalma dışındaki kısmın herhangi bir etkisinin olup olmadığının araştırılması gerekir. EMDR ile iyileşen ve iyileşmeyenler arasındaki farkların bulunması değerli olabilir. EMDR sırasında nasıl bir emosyonel işleme oluyor ve bu işleme sırasında neyin nasıl değiştiğinin daha iyi anlaşılması için diğer yaklaşımları da bilmeleri çok önemlidir.

EMDR ile ilgili çok farklı tanımlamalar vardır. Örneğin:

EMDR, psikodinamik, bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (Shapiro, 2001).

EMDR çok boyutlu eklektik bir davranışçı terapidir. (Hyer ve Brandsma)

DERNEĞİMİZDE KDT EĞİTİMİNİ TAMAMLAMIŞ OLAN PSİKOTERAPİSTLER

Abdurrahman	ALTINDAĞ	Fethiye	ZALIM	Onat	YILMAZ
Abdülkadir	TABO		BAŞBEKLEYEN	Onur	DURMAZ
Ahmet	ÇETİN	Meryem Feyza	BAĞLAN	Saliha	ERDİM
Ali	KEYVAN	Fuat	TORUN	Sedat	BATMAZ
Ayşe	ALTUNKAYA	Karabet	TOPUZOĞLU	Selen	ÜSTÜNER
Azad	ERDOĞMUŞ	Şükran Konca	BAŞTUĞ	Serdar	KIRCI
Begüm	GÜNDERİCİ	Gülây	OĞUZ	Selcen	ESENYEL
Berk Murat	AKMANIŞ	Gülbahar	SEN	Sema	TUNA
Hasan Can	ERGÜN	Güllçin	ŞENYUVA	Sertaç	GÜVEN
Cumhur Fahri	CİMİLLİ	Havva	ERDOĞAN	Şengül	HAFIZOĞLU
Cağdaş Öykü	AMASYALI	Hayrettin	EYÜBOĞLU	Şenol	ANAÇ
Demet	MEMİŞ	Mehmet Zihni	SUNGUR	Şükrü	UĞUZ
Deniz	KARAMAN	Muhittin	OZCELİK	Uğur	ÇAKIR
Duru	AYGÜN	Mihrimah	YILMAZ	Yasemin	GÖRGÜLÜ
Deniz	GÜNDOĞAR	Mükerrem	GÜVEN	Yusuf	SİVRİOĞLU
Emin	ERKAL	Nihal	ÖZCAN	Naz	BOZOK
Ercan	DÖNMEZ	Nihan Didem	LJOHIY	Zulfiye	KAYA
Erhan	ABAY	Nuray	YILMAZ	Ramazan	KONKAN
Elif	ERTEKİN	Nurhan	FISTIKÇI	Omer	SENORMANCI
Elif	SARAL MUTLU	Nurperi	GÜRSON	Defne	ERASLAN
Fatma	ULUBAK	Ozan	PAZVANTOĞLU		
	ÜLGER	Onur	YILMAZ		



Psikiyatrist Dr. Şükrü UĞUZ

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KOÇLUK

Bilişsel Davranışçı Koçluğun temeli 1960 yılında Aaron Beck tarafından geliştirilen Bilişsel psikolojiye dayanmaktadır. 1984 yılında Arthur Costa ve Robert Garmston tarafından, öğretmenleri desteklemek amacı ile oluşturulmuştur. Bilişsel Davranışçı Koçluk, düşünceden davranışa kadar uzanan, kişinin dönüşüm ve gelişimini sağlayan en etkili yöntemdir.

Bireylerle ihtiyacı doğrultusunda hedef belirlemek, kişisel farklılıklarını ön plana çıkarmak, motivasyonunu arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amaçları ile çalışmalar yapılır. Kişinin düşünce ve davranışları arasındaki bağlantının farkına varması ve davranış değişimi ile kişinin hayatında olumlu etki yaratılır.

Başarılı bir bilişsel koç olmak için, mutlaka etkin dinleme, bireyin duygu ve düşüncelerini başarılı bir şekilde anlayıp ifade edebilme becerilerine, olumlu tavır ve tutuma sahip olmak gerekmektedir.

Bilişsel koçlukta, Wasik tarafından 1984 de oluşturulan 'Yedi basamakta Problem Çözme Modeli' kullanılmaktadır.

İlk basamak problemi tanımlama aşamasıdır. Kişiyi endişelendiren, kafasını kurcalayan konunun ne olduğu tanımlanır.

İkinci basamakta, hedefler belirlenir. Kişinin amacının ne olduğunu bulması sağlanır. Kişi 'Ben ne istiyorum?' sorusunun cevabını verir.

Üçüncü aşama, alternatif üretme aşamasıdır. Bulunabilecek çözüm yolları konusunda koç ile birlikte alternatifler üretilir. Eğer kişi zorlanıyorsa, koç bazı çözüm önerileri getirebilir.

Dördüncü basamakta, sonuçların değerlendirmesi yapılır. Bulunan her çözüm yolunun avantaj ve dezavantajları gözden geçirilir. Yani kişi "Neler olabilir?"in cevabını verir. Kişiden, her sonuç ile ilgili bir puan vermesi istenebilir. (Örneğin; 0 az memnun edici, 10 oldukça memnun edici gibi.)

Beşinci basamakta, kişinin kararının ne olduğu belirlenir ve atacağı adım seçilir.

Altıncı basamak, alınan kararların uygulanmaya başladığı aşamadır. Bu aşamada alınan kararlar uygulanmaya başlanır. Bilişsel geri bildirimlerde bulunulur. Kişi güçlü ve zayıf yönlerini belirler ve

yeniden bir gözden geçirme yapılır.

Son aşama ise değerlendirme aşamasıdır. Bu aşamada alınan kararların, atılan adımların ne kadar etkili olduğu, ne kadar işe yarar olduğu değerlendirilir. Elde edilen sonuç başarılı ise ve değerlendirme olumlu ise kişi başa çıkmak için yeni bir problem seçer ve aynı aşamaları tekrar eder.

Eğer kişi bu modele tamamen adapte olabildiyse, o zaman daha kısa modeller kullanmaya başlayabilir. Örneğin, problemi seç, çözüm yolu üret, çözüm yolunu uygula, sonuçları gözden geçir. Ya da problemi tanımla, çözüm yolunu uygula, sonucu değerlendir gibi. Bu modeller genellikle kriz anlarında ya da ani karar verilmesi gereken durumlarda kullanılır. Fakat elde edilen sonuçlar daha az tatmin edici olabilir.

Motivasyon, umut ve becerilerimize olan inancımızın kaynağıdır. Genellikle bireyler dışsal bir kontrol odağına sahiptir. Yani yaşanan olayların sorumluluğunu bir başkasına yüklemek eğilimindedirler. Fakat bilişsel koçlukta amaç, bunu içsel kontrol odağına döndürebilmektir.

Bilişsel koçluk hem düşüncüyü hem davranışı ele almasından dolayı ve düşünceden yola çıkarak davranışı değiştirdiği için kalıcı bir etkiye sahiptir.

KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TERAPİST OLMA YOLUNDA



Psikiyatrist Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ

Asistanlığımın başından itibaren terapi eğitimi alma isteğim vardı. O zaman için terapiler konusunda yeterli bilgim olmasa da hayatı algılayış biçimime daha uygun olduğunu düşündüğüm, kendisine danışanla birlikte ilerleyerek, sorunları çözmeye yönelik bir terapi olan kognitif davranışçı terapi eğitimi almaya karar verdim. Şu anda geriye baktığımda kognitif davranışçı terapi eğitimi almakla ne kadar doğru bir karar verdiğimi anlıyorum. Bu yolda birçok arkadaşım gibi zihnimde oluşan sorular ve eğitim süresince bu sorulara bulduğum yanıtları özellikle eğitime başlamayı düşünen ve eğitim sürecindeki herkesle paylaşmak isterim.

Kognitif davranışçı terapi eğitimime 1,5 yıllık asistanken başladım. Eğitime ne zaman başlamam gerektiği konusunda aklımda birçok soru işareti vardı: 1. yılını tamamlamamış bir asistanın psikiyatrik bozuklukları tam olarak tanımadan KDT eğitimi almaya başlaması doğru olur mu? Yoksa en az 2 yılını doldurmuş bir asistan mı eğitime başlamalıdır? Ya da bu eylül mü eğitime başlasam? Şimdi eğitime

başlarsam süpervizyon almaya başladığımda tezimi yetiştirebilir miyim? Eğitime başlamak için artık çok geç kaldım, uzman olduktan sonra mı eğitime başlasam? Şu an anlıyorum ki, eğitime başlama zamanının olumlu ve olumsuz yönlerinin olması kaçınılmaz. Örneğin psikiyatrik bozukluklar konusunda daha deneyimli bir asistan kognitif modelleri daha rahat kavrayabilir, öğrendiklerini deneyimleriyle daha rahat bağdaştırabilir. Ancak erken eğitim almaya başlayan bir asistan da kognitif modeli eğitiminin hatta hayata bakışının daha derinlerine işleme fırsatı bulabilir. Bu nedenle eğitime başlamayı " -meli, -malı" düşünceleriyle ertelemek, mükemmel zamanı beklemek yerine başlanabilecek en erken zamanda eğitime başlamanın, ayrıca eğitime başlama konusunda hiçbir zaman çok geç olmadığı düşüncesinin daha doğru olduğu düşünülebilir.

Eğitime başlamadan önce birçok kişi: "Ben bu eğitimi alsam da devlet hastanesinde 10 dakikada bir hasta görürken terapi ne işime yarar ki?" diye düşünüyordu. Bu süre zarfı içinde katıldığım toplantı ve kongrelerde birçok farklı terapi ekolünden eğiticiye sorulan bu soruya doyurucu bir yanıt alma imkanı da bulmak mümkün değildi. Bu soruya en sık verilen cevap: "Bu sürede değil terapi hasta bile bakmak doğru değil, bu sistemin düzeltilmesi gerekir." veya "Poliklinik şartlarında terapi yapmak yoğun emek ve fedakarlık gerektiren bir durumdur, kişiye özel bir durumdur." şeklinde olmaktaydı. Sistemin yanlışlarını düzeltme çabası kutsal ve önemli bir görev olmakla birlikte, en azından değişim gerçekleşene kadar sisteme ayak uydurma ve daha iyi hizmet verme çabalarını engelleyen bir durum haline geliyordu. Özellikle kognitif davranışçı terapinin sorun odaklı, kısa süreli yapısı bu konuda ülkemizin ruhsal bozukluklarla mücadelesinde önemli bir yer tutabilmesine olanak sağlayabilir. Hatta poliklinik koşullarında kısa sürelerde terapi yapma zorunluluğu, bu alanda ülkemiz psikiyatrisi dünya literatürüne öncülük edebilir hale getirebilecek bir fırsat haline dönüştürülebilir. Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği 3. Ulusal Kongresi'nde Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'un öncülüğünde poliklinik koşullarında KDT konusunda düzenlenen toplantıların bu alandaki farkındalığı arttırması umulabilir. Kaldı ki; poliklinik ortamında tam anlamıyla terapi uygulanamasa bile ruhsal bozuklukları kognitif ve davranışçı modeller çerçevesinde özümsemek, danışanları anlama ve onlara yardım edebilme konusunda çok faydalı olacaktır.

Eğitim sırasında da her birimizin aklına birçok soru takılmakta, hatta bu sorular bazen eğitime olan motivasyonu azaltabilmekte veya eğitimi olumsuz etkileyebilmektedir. Eğitim sırasında karşılaşılabilen sorulardan biri de: “Ne zaman tam olarak terapist olacağım?” sorusudur. Aslında terapist olmanın varılmak istenen bir noktadan çok bir yol olduğu düşüncesi daha doğru olabilir. Terapist olma yolunda uçsuz bucaksız bu bilgi ve beceri denizinde, her bir eğitim, her bir kitap, gördüğümüz her hasta bizi olduğumuzdan daha ileri götürebilir. Özellikle teorik eğitimlerde birbirinden ayırmış gibi edinilen bilgi kümelerinin birleşmesi ve anlamlandırılması, süpervizyon aşamasında, özellikle de son süpervizyon görüşmelerinde olmaktadır. Bu açıdan “ne zaman hasta almaya başlamalıyım?” sorusuna da eğitime başlar başlamaz bu yolun neresinde olduğumuzun farkında olarak, terapi yapma girişiminde bulunmasak da hastaların sorunlarını kognitif terapi temelli yolculuk sırasında birlikte bulma çabasına girmek, çevremizdekileri, hatta kendimizi kognitif bakış açısı ile gözlemlemek, yani kognitif terapiye bir an önce adım atmaya başlamak uygun olacaktır. Terapist olma yolundaki diğer basamaklar eğitimcilerin yol göstericiliğiyle çıkılabilecektir.

Sonuç olarak KDT eğitimini bir yolculuk olarak değerlendirirsek kişi bu yolculuk sırasında yalnızca hastalara yardım konusunda gelişmekle kalmıyor, kendi karşılaştığı sorunlara karşı da baş etme yöntemleri öğrenebiliyor. Bu yazıda kendim veya arkadaşlarımla karşılaştığı sorunlara eğitimler sırasında edindiğim tecrübeler ışığında bulduğum bazı cevapları paylaşmaya çalıştım. Ancak unutulmaması gereken bir sorunun mutlak bir doğru çözümü olmadığı, doğru cevapların da kişiden kişiye değişebileceğidir. Sonuç olarak tüm meslektaşlarıma önerim bu yolculuğa bir an önce başlamaları olacaktır.

ULUSAL ve ULUSLARARASI KONGRELER



KDTD 4. Ulusal Kongresi

5-8 Kasım 2015, İstanbul

www.kdtd.org.tr



16. EFS Kongresi

29 Ocak - 1 Şubat 2016, İstanbul

www.essm.org

www.europeansexology.com



47. EABCT Kongresi

21-24 Eylül 2017, İstanbul

www.eabct.com

Derneğimize üyeliğin avantajları:

- Derneğimiz Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği (EABCT) üyesidir ve ülkemizde eğitimleri EABCT tarafından akredite edilen *tek dernektir*. Dernek eğitimlerinden, dolayısıyla EABCT onaylı terapist ünvanı kazanma hakkından sadece dernek üyeleri faydalanmaktadır.
- Derneğimiz EABCT onaylı düzenli eğitimlerinin yanı sıra yıl içinde eğitim imkanını artırmak için çeşitli çalışma grupları düzenlemektedir, dernek üyelerimiz bu çalışma gruplarına indirimli ücret ödeyerek katılabilmektedir.
- Derneğimiz 20001 yılında EABCT, 2011 yılında ICCP kongreleri gibi KDT alanındaki en büyük iki kongreyi İstanbul'da düzenlemiştir. Ayrıca 2017 yılında yapılacak EABCT kongresini yine İstanbul'da düzenleyecektir. Derneğimiz üyeleri, üye olmak için ödedikleri ücretten daha fazla bir indirim yalnızca bu kongreye ve çalışma gruplarına kayıt yaptırarak geri almaktadırlar.
- Derneğimiz 2 yılda bir KDTD Ulusal Kongresi'ni düzenlemektedir. Dördüncü ulusal kongremiz 2015 yılında İstanbul'da düzenlenecektir. Derneğimiz üyeleri yine üyelik için gereken ücretin üstünde bir indirimle bu ve önümüzdeki yıllarda düzenli olarak düzenleyeceğimiz ulusal kongrelere ve kongre öncesi çalışma gruplarına katılma imkanı bulacaklardır.
- Derneğimiz üyeleri, iletişim ağımız sayesinde yukarıda sözü edilen eğitim faaliyetleri ve kongrelerden öncelikli olarak haberdar olma şansını yakalayacaktır.
- Derneğimizin bir amacı da benzer ilgi alanlarına sahip üyelerimizi aynı çatı altında buluşturmadır. Haberleşme ağımız sayesinde üyelerimizin birbiriyle iletişim içinde olması da sağlanmaktadır.
- Derneğimizin temel amacı, KDT alanında kurumsal bir yapıyı yerleştirmek, terapist yetiştirme alanında standart bir eğitim uygulamaktır. Derneğimiz üyeleri yukarıda sözü edilen avantajların yanı sıra bu kurumsal yapının çeşitli getirilerinden de faydalanma şansı bulacaklardır.
- Dernek üyelerimiz düzenli olarak çıkan bu bülteni belirli aralıklarla ücretsiz alma fırsatına sahip olacaklardır.
- Dernek üyelerimize IACP (Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği) üyeliği indirimli olarak sağlanacaktır.

KDTD Yönetim Kurulu**Başkan**

Mehmet Z. SUNGUR

Başkan Yardımcısı

Yusuf SİVRİOĞLU

Genel Sekreter

Berk Murat ERGÜN

Sayman

Gülçin ŞENYUVA

Yönetim Kurulu Üyeleri

Gülay OĞUZ

Çağdaş Öykü MEMİŞ

Ahmet ÇETİN

EditörlerMehmet Z. Sungur
Burcu Sevim**İletişim**

Gülçin Şenyuva

Derneğimize üye olmak için üyelik formunu doldurmanız gerekmektedir. Üyelik formuna internet sitemizden (www.kdtd.org.tr) ulaşabilirsiniz.

Üyelik için gerekli evraklar:

1. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
2. 2 Adet Vesikalık Fotoğraf
3. Lisans Diploma Fotokopisi
4. Asistanlık Belgesinin Fotokopisi (Psikiyatri Asistanları İçin)
5. Psikiyatri Hemşireliği Uzmanlık Fotokopisi (Psikiyatri Hemşireleri İçin)
6. Aidat (Bu konuyla ilgili olarak derneğimizden bilgi alabilirsiniz.)

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ**Bağdat Cad. Acar Apt. No:254/11****Göztepe İstanbul****Tel: 0 216 411 21 73****www.kdtd.org.tr**