KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ (KDTD)

E-DERGİ

MART 2015

SAYI 3

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, sertifiye edilmiş eğiticisi 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-2)
Mehmet Z. SUNGUR
Sayfa 2

Çocuklarda Bilişsel Davranışçı Tedavi
Gül KARAÇETİN
Sayfa 6

Cinsel İşlev Bozuklukları
Gülçin ŞENYUVA
Sayfa 8

ROPÖRTAJ

(BÖLÜM -2)

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ & PSİKANALİZ ÜZERİNE

Davranış tedavilerindeki eksiklikler neydi de kognitif terapiler bunu tamamladı?

Prof. Dr. Mehmet Z. SUNGUR

Davranış tedavisi uyaran-tepki ilişkisi üzerine kurulu ve tedavide önemli olan değişimi sağlamak. Bundan yıllar evvel psikoterapinin temel amacı nedir diye sorsaydınız "değişim" derdim. Şimdi öyle demem. Psikoterapinin bana göre temel amaçlarından biri de değişimin yanı sıra kabulu de öğrenebilmektir ama kabul edebilmemiz için neyi kabul edeceğimizi de bilmemiz gerek yani fenomenolojiyi yani ne olduğunu anlamamız lazım. Benim gözümde kognitif terapiler bir cümleyle "**anlaşılmayana anlam vermek"tir**. Davranış terapileri uyaran-tepki çerçevesinde birtakım şeyleri değiştirmiştir ama uyaran ve tepki arasındaki olaylara ve süreçlere önem vermemiştir. Davranış terapileri kısa sürede olumlu sonuçlar almaya yönelik etkili müdahaleleri ve stratejileriyle gerçekten bir dizi bozukluğun tedavisinde kısa sürede etkili sonuçlar almış; yüzlerce, binlerce yayın ortaya çıkararak kendi gücünü vurgulamış ve gücün esiri olmuştur. Esas olan gücü esir edebilmektir; çünkü o güç, fenomenolojisini anladığımız zaman anlamlı oluyor. Anlamadığınız zaman ise majikal. Değişimin mekanizmalarını anlamak ve değiştirilecek olan içeriği tanımlamak bence çok önemli.

Son yıllarda BDT de sanki kendisine yapılan eleştirlere kulak verdi ve örneğin terapötik ilişkiyi, hastanın/danışanın çocukluk travmalarına da odaklanmaya başladı. Bu durumu nasıl açıklıyorsunuz?

Kognitif terapi, davranışçı tedavilere üzerinde çalışılacak bir içerik sağlamıştır. Başlangıçta kognitif terapi, davranış tedavilerinin etkili bir yaklaşım olduğunu görmüş ama bir eksikliği fark etmiş. Hastalar davranış tedavilerinden olumlu sonuç alıyor ama hastaların bir kısmı alıştırma (exposure) kökenli tedavilere pek sıcak bakmıyor. Yani hastaları kaçındıkları ve korktukları ortama sokmak ve bu tür ortam, durum, imaj ve nesnelerle başa çıkma yöntemini öğretmek aslında bir tarafıyla çok etkili ama bir tarafıyla pek çok hastanın sıcak bakmadığı bir yaklaşım. Hastalar kaçarak ve kaçınarak korunup, uzak durdukları bir duruma bir terapist varlığında ya da terapistin önerisi ile sokulmak istendiğinde bu onların alışık olmadıkları bir durum olduğundan bir kısmı geri çekiliyor ve kabul etmiyor, dolayısıyla biz tedaviyi kabul edenlerde etkili oluyoruz. O halde tedaviyi kabul etme miktarını arttırırsak daha yararlı bir iş yapmış oluruz mantığından yola çıkarak bazı bozukluklarda kognitif terapiler hastanın tedavi motivasyonunu arttırmak, hastalık hakkında bilgi vermek ve hastayı davranış tedavilerine daha çok katabilmek için kullanılmaya başlanırken ortaya ilginç bir şey çıkıyor ve hastalıkların anlaşılmasında ve tedavisinde çok önemli rol oynayan anahtar kognisyonların bulunması sağlanıyor. Bir kognisyonun anahtar olarak tanımlanması ancak bu kognisyon değiştiğinde hastalığın gidişatının değişmesi ile mümkündür. Mesela panik bozukuğun temelindeki anahtar kognisyon "felaketleştirmedir". Yani mevcut belirtilerin felaketleştirilmesi… Bu kognisyonun varlığı öylesine net bir biçimde ortaya konmuştur ki DSM gibi sınıflandırma sistemlerinde bile panik atağın tanımlanması "Masum bedensel belirtilerin katastrofize edilmesi sonucu ortaya çıkan yoğun anksiyete" şeklinde yapılır. Kolun mu uyuşuyor, uyuşmadan çıkabilecek en büyük felaket ne? Felç… Çarpıntıdan çıkartılabilecek en büyük felaket ne? Kalp krizi… Başının dönmesinin seni götürebileceği en kötü yer ne? Düşüp bayılmak… Baş ağrısı? Beyin kanaması… Mevcut belirtileri felaketleştiriyorum ve bu felaketlerden

korunmak için önlem alıyorum. Eğer katastrofizasyon panik bozuklğunda anahtar bir kognisyon ise o zaman şu tür hipotezler ortaya sürülebilir.
1. Felaketleştirmeyi azaltırsam panik bozukluğumun şiddeti azalacak.
2. Felaketleştirmeyi ortadan kaldırırsam panik bozukluğu ortadan kalkacaktır.
3. Felaketleştirme geri gelmediği müddetçe panik bozukluk nüks etmeyecektir.
4. Felaketleştirmenin miktarı ile panik atakların sıklığı arasında bir korelasyon vardır.

Bu hipotezler çeşitli araştırmalarla test edilmiş ve hemen hepsinin doğru olduğu ortaya konulmuştur. Anahtar kognisyonları yakaladığınız zaman etrafından dolaşmak yerine doğrudan anahtar kognisyona yönelen bir tedavi doğal olarak daha kısa bir sürede tamamlanacaktır. Bu yüzden anahtar kognisyonu bildiğimiz bazı hastalıklarda tedavi süremiz çok daha kısadır. Birçok panik hastası doğrudan anahtar kognisyonlara yönelinerek üç-beş seansta kolaylıkla tedavi edilebilmektedir.

Kognitif terapi bize bugünkü davranışı anlayabilmek için çocukluk çağı deneyimlerinin son derece önemli olduğunu da söyler. Çocukluk çağındaki öğrenmeler kognitif terapide çok önemlidir çünkü bireyin temel şemaları bu dönemde oluşur. Şemalar çocukluk çağında oluşan bireyin kendisi, dış dünya ve gelecekle ilgili temel inanışları olup aynı şemalar yaşamın daha sonraki yıllarında yaşadıklarımıza ne tür anlamlar yükleyecegimizi belirleyen bir hard disk gibi işlev görürler. Kognitif terapiler çocukluk yıllarındaki yaşantıların bugün olup biteni anlamaktaki rolunu onemser ve vurgularlar ancak gecmisi bugunu anlamak ıcın incelerken bilinçdışı ya da iç çatışmaların sembolik reprezentasyonları gibi hipotetik kavramlarla uğraşmazlar. Yani bugünü incelerken, bugünü oluşturan geçmiş deneyimler asla göz ardı edilmez. Ancak önemli olan tedavide nereye odaklanacağımızdır. Tabii ki bugün yaşadıklarımız dün yaşadıklarımızın bir ürünü ama bugün ile geçmiş arasındaki bağı kurduktan sonra tedavide hala geçmişe gidip "neden oldu?" sorusunun yanıtını araştırmaya çalışmak her zaman gerekli olmayabilir. Bugünkü yaşantımızın ve davranışlarımızın değişmeden devam ediyor olması çoğu kez farkında olmadığımız otomatik düşüncelerimiz ve bunun sonucunda oluşan değişmeyen stratejilerimiz oluyor. Yani çocukluk çağında oluşan temel şemaların devam etmesini sağlayan, şemalarla uyumlu ve bu şemaların rahatsızlık verici etkilerinden korunmamızı sağlayan stratejiler. Mesela, ben değersizim diye düşünen birisini ele alalım. Şema "ben değersizim". Çocuk "ben değersizim" algısını anne babasının eleştirel kolay begenmeyen davranışları sonucu geliştiriyor; çünkü çocuk "ben eşittir bana verilenim" şeklinde düşünür. "Bana değer veriliyorsa ben değerliyim, verilmiyorsa değersizim. Beni eleştirdiklerine göre ben değersizim. Beni eleştiren kim? Annemle babam. Onlar neyi temsil ediyor? Dış dünyayı. O halde ben değersizim dış dünya ise değersiz olan insanlara son derece acımasız ve tehlikli bir dış dünya." Şemalar işte böyle oluşuyor. Bir de gelecek şemam var: Eğer ben böyle yaşamaya devam edersem yani ben değersizken ve dış dünya da değersizlere acımasızken, gelecek tehlikeli olacaktır. Bu şemaların tehlikeli sonuçlarından korunmak için öyle ara inanç (stratejiler) geliştirmeliyim ki değersizlikle yüzyüze gelmeyeyim. "Hep değerli olmalıyım. Değerli olmak için de başkaları tarafından sevilen olmam, yaptığım her işi başarıyla tamamlamam ve başkalarını memnun etmem gerekir. Eğer bir şeyi tam yapamayacaksam hiç başlamamalıyım." gibi düşünceler başlıyor. Ara inançlarım bana "bu işe girme çünkü sen bunu mükemmel yapamayacaksın; bunları memnun et, edersen tehlike azalacak. Sen değersizsin, değersizliğini fark ederlerse seni ezerler o halde değersizliğinin üstünü kamufle edecek işler yap." diyor. Dolayısıyla şemaların tehlikeli sonuçlarından korunmak için ara inançlar ve stratejiler geliştiriyorum. Bunlar kendime göre beni korktuğum durumlara düşmekten koruyor, dolayısıyla yaşamımızı bu kullandığımız stratejiler belirlemiş oluyor. Bunlar da çocukluk çağı yaşamlarından kaynaklanıyor. Biz tedavide şemalarla bugünkü davranışlar arasındaki bağlantıya dair içgörü kazandırıyoruz. Onun dışındaki spekülatif kavramlara olabildiğince daha az önem veriyoruz. Aradaki fark bu. Son yıllarda analizin de kendini yenilediği, daha yapılandırılmış bir biçime gitmeye yönelik çabaları olduğu ve kendi içindeki birtakım kavramları netleştirmeye ve alanla ilgili bazı önemli araştırmalar yapmaya başladığı dikkatleri çekiyor. Bu, analiz için çok güzel bir gelişme. Demek ki temel

psikoterapi yaklaşımları benzer ilkeleri daha çok kullanıyor ama kendilerini farklı terimlerle anlatmaya devam ediyor ki bu da bugün en önemli sorunlardan biri. Bazen aynı işleme farklı isimler veriyoruz. Ben buna "eski şarabın yeni şişelerde sunulması" diyorum. Bilimin önündeki en önemli engellerden biri de bu. O zaman deniyor ki "bütün psikoterapiler aynıdır". Hayır değildir. Her terapinin önemli bir parçası olan nonspesifik faktörlerle her terapiye özgü tedavi teknolojilerini birbirinden ayırt etmek gerekiyor.

Terapi ekolleri belli bir süre sonra benzeşecek, hatta aynılaşacak mı yoksa kendi özgün yapılarını ve farklılıklarını koruyacaklar mı? Örneğin BDT'nin genişletilmiş bir şekli olarak kendini tanımlayan şematerapi psikanalitik teoriden belli şeyleri alırken, Kernberg'in transfer odaklı terapisi de BDT'den belli müdahele tekniklerini alıyor. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Çeşitli tedavi ekollerinin en etkili bileşenlerini insana hizmet doğrultusunda biraraya getime çabaları son derece değerli ve anlamlı çabalardır. Ancak tüm iyi niyetli çabalara rağmen insana yardım etmenin standart (tek) bir yolunun bulunabileceği ile ilgili şüphelerim var. Önemli olan her bireyin kendine özgü olan emsalsiz özelliklerini gözeterk bireyin ihtiyaçlarına göre biçimlendirilmiş tedavi yöntemleri geliştirebilmek. Ekoller birbirlerinden bağımsız olarak da gelişebilirler, birbirleri ile entegre olarak da. Önemli olan seçilen tedavi yaklaşımının bizi dağın tepesine çıkarabilmesidir çünkü dağın tepesine ulaştığınızda manzara aynıdır. Umarım önümüzdeki yıllarda bir çok tedavi yaklaşımı insana yardım etmede etkili olduğunu gösterir ve insana yardımın yolları ne kadar fazla ise seçeneklerimiz o kadar artmış demektir. Terapilerin hepsi değerli emeklerin ürünleridir. Emeğin amaca ulaşmasını sağlayacak daha etkili yolların tanımlanması etkili olduğu gösterilen terapi yaklaşımlarının çelişen ve çakışan yönlerini bulmak önümüzdeki yılların temel hedeflerinden biri olacaktır diye düşünüyorum. Bununla ilgili güzel gelişmelerden biri de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Philadelphia'da düzenlenen kongresinde dinamik yaklaşımları aktaran Gabbard ile Kognitif Terapilerin temsilcisi Beck'in birlikte sahneye çıkıp yaptıkları söyleşi oldu. Özellikle Gabbard'ın yumuşak ve kognitif terapilere sıcak bakan, Beck'in ise her zamanki değersizleştirmeden anlamaya çalışan ve sıcak tarzı istenirse bu yaklaşımlar arasında ortak noktalar bulunabileceğine dair ipuçları sergiliyor. Önemli olan yalnızca ayrışmak değil aynı zamanda bütünleşebilmek.

Bilişsel-davranışçı terapilerde terapistle danışan arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman analize göre çok daha demokratik, çok daha eşitlikçi olduğunu söyleyebilir miyiz?

Ben bu sorunun cevabını analize haksızlık etmemek adına analizle kıyaslamadan vereyim ve bizim ne yaptığımızı anlatayım. Analizin ne yaptığını analistlerin anlatması daha uygun olacaktır. Psikiyatrideki çocukluk yıllarımda analiz ve psikodinamik yaklaşımlar benim de çok ilgimi çekiyordu. İngiltere'de tahmin edilenin tersine sadece davranış tedavileri eğitimi almadım. Analizle ilgili her kursa ve eğitim sürecine katıldım. Bu konuyla ilgili bir miktar bilgim var ama bu bilgilerden yola çıkarsam haksızlık olur çünkü bilgiler değişikliğe uğruyor. Biz ne yapıyoruz ve en azından ben ne yapıyorum -ki benim yaptıklarımla biz olarak tanımladığımız KDT terapistlerinin yaptıkları arasında bir standartın olduğunu da umuyorum-, onu söyleyeyim. Hastaya gösterdiğiniz ilgi, empati, esneklik, yansızlık, yargısızlık, insan insana kurduğunuz ilişki, bunların hepsi terapide nonspesifik faktörler olarak bilinir ve bu nonspesifik etkenlerin öneminin terapistin oryantasyonundan bağımsız olduğu varsayılır. Yani nonspesifik etkenler tüm terapi ekollerinin benimsediği etkenlerdir. Kaldı ki burada bile terapistler arasında farklı uygulamalar olduğunu görüyoruz. Halka "Talking cure" olarak ifade edilen psikoterapilerin aslında "Listening cure" olarak yeniden tanımlanmasının önemli olduğu bir dönemdeyiz. Aynı şeyleri duyuyor ama aynı şekilde dinlemiyor ve aynı şekilde anlamıyoruz. Ekoller arasında da anlatılanların neresine daha cok ağırlık verileceğine dair farklılıklar var. Görüşme yapılan yerlerin fizik koşulları icin bile farklı görüşler olabiliyor. Biz hastalarımızla konuşurken aramızda

masaların olmamasına gayret ediyoruz. Hastanelere, muayenehanelere gittiğinizde kocaman bir masa görürsünüz; arkadaki koltuklar daha küçük boydadır, doktorun oturduğu ise daha yüksek boyda. En başından itibaren aramızda masalarla belirlenen mesafeler vardır. Ayrıca kimin bilirkişi oldugunu sembolize eden farklı yükseklikte koltuklar… Bunun gibi aslında belki de hiç düşünmedigımiz, aklımıza bile gelmeyen ama sembolik olarak peşinen kabul ettiğimiz bir dizi durumun gunluk uygulamaların bir parcası olduğu görülebilir. Bazen klasik analist arkadaşlarımızın sekreter bulundurmadıklarını ve hastaların bir şekilde parayı doğrudan çıktıkları yere bırakmalarının istendiğini duyuyoruz Hatta bir kısım analistin el sıkışmaktan bile kacındıgını belirtiyor hastalarımız. Bir hastam geçenlerde bana "Elimi sıkacak mısınız?" dedi. Çok şaşırdım "Niye sıkmayayım?" dedim. "Daha önce gittiğim doktor sıkmamıştı da" dedi. "Sekreteriniz de var çok sevindim çünkü parayı oraya bıraktığım zaman alınıp alınmadığına dair kaygıya kapılıyorum. Zaten obsesyonum var. Bir de o parayı oradan başka biri alırsa ve doktorun eline geçmezse diye büyük bir korkum oluyordu. En sonunda doktorla aramızda bir tartışma çıktı. Ben parayı oraya koymuştum halbuki doktor koymamışsın dedi" dedi. Bunun gibi örnekler... Eminim herbirinin bir anlamı var ancak bizim anlam verdigimize hasta anlam veremediğinde başlıyor sorunlar.

Bunları bir tarafa bıraktığımız zaman insan insana bir ilişki kurmak her şeyden önce birbirimizden karşılıklı öğrenebileceklerimizoldugunu kabul etmekle baslıyor. Ben hastalarımla çalışırken onların değişim sağlama doğrultusunda neler yapabildiklerini gördüğümde "onlar yaparsa ben de yapabilirim" diye düşünüyorum. Bunun dışında insan acılarını görüyorum. Yakınmalarının aslında ne kadar anlamlı olduğunu görüyorum. Bazen son derece olumsuz görünen söylemlerin aslında nasıl pozitif konotasyonları olacağını öğreniyorum. Bunları insan insana bir ilişki kurmadan görmeme imkan yok. Biri gelip bana "ben utanıyorum" dediğinde eskiden utancı bir patoloji olarak görürken bugün utancın da terapötik olabileceğini düşünüyor ve utanmanın başkalarının görüşlerine verdiğimiz değerin bir göstergesi olabileceğini de farkediyorum.

Duygunun bir yanınında bilgi olduğunu ve duygularımızın değerlerimizi yansıttığını farketmek bir mesleki reform benim icin. Doğrudan suçlulukla, utançla, öfkeyle çalışmak dediğimiz zaman bunların hepsini bir patoloji olarak algılayıp sanki bir patoloji çözüyormuşuz gibi yaklaşmamak gerek. İnsan insana ilişkide bunların hepimiz tarafından benzer yasanan insana özgü duygular olduğunu unutmamak gerekiyor. Baska bir deyisle mümkün olduğunca normalize etmeye çalışmak patolojize etmeye değil. Bir hastam "Bunlar bana yakışmaz, ben bunları nasıl yaptım?" diyor oysa sıradanlığımızın farkında oldugumuzda, hepimizin zayıf ve güçlü taraflarının varlığından daha dogal ne olabilir ki? Ancak sıradanlaşmayı becerdiğimizde kendimizle ilgili pek çok şeyi görürüz. Dolayısıyla hastalarımızla olan ilişkide sıradanlaşabilmek, onların yaşadıklarını sadece patolojize etmemize değil, anlamamızı ve normalize etmemizi sağlayarak gelişmememize olanak veriyor.

İnsan insana ilişkiden sonra gelmeli hasta-hekim ilişkisi. Çünkü bugün hasta-hekim ilişkisine odaklanmaktan insan insana ilişki kurmayı unuttuk neredeyse... İnsan insana bir ilişki kurabilmek en az hasta-hekim ilişkisi kurabilmek kadar degerli. Insan insana iliski basit bir söylemle, sorun cozme sürecinde iki kafanın tek kafadan daha iyi çalışacağını varsayarak elele verip bir ekip ruhuyla sorunu çözmeye çalışmasıdır. Bizim yaklaşımımızın temel hedefi hastayı kendi kendine yapılan yardımın pasif izleyicisi konumundan çıkarıp aktif katılımcısı durumuna getirmek yani kendi kendinin terapisti yapmaktır. Unutulmamalı ki terapist olarak bizim hedefimiz bize duyulan ihtiyacı en aza indirgemek olmalıdır.

Sonucta sıralama yapmak gerekirse önce insan insana ilişki kurmak sonra iyi bir terapist hasta iliskisi kurabilmek ve uygulaması yapılacak olan terapi ekolünün yöntemlerini iyi bilmek gelmektedir.

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

ÇOCUKLARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ

Psikiyatrist Dr. Gül KARAÇETİN

Çocuk ve ergenlerin psikoterapisi konusunda yapılan çalışmalar son yıllarda kanıta-dayalı tedavi yöntemlerine dikkat çekmiştir. Bilimsel çalışmalarda test edilmiş ve karşılaştırma grubuyla karşılaştırıldığı nda etkinliği gösterilmiş olan bu kanıta dayalı yöntemlerin başında Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) gelmektedir. Çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkili olduğu gösterilmiş bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gelmektedir. Ayrıca, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları, tik bozuklukları, trikotilomani, davranım bozuklukları ve yeme bozuklukları tedavisinde de BDT ya da davranışçı yöntemlerin etkili olduğu bildirilmiştir.

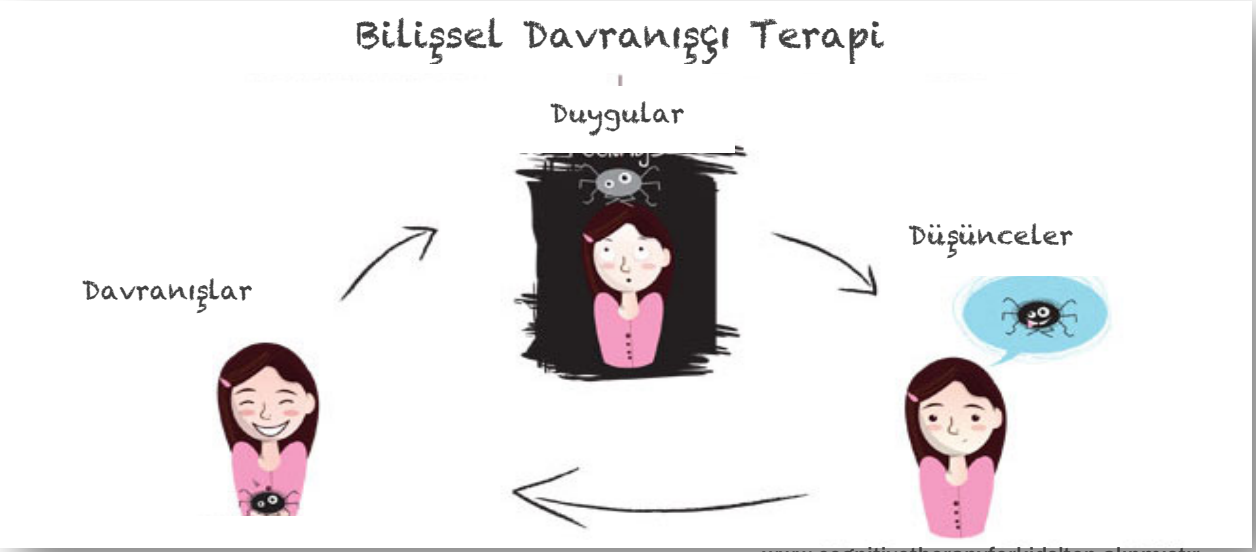
Çocuk ve ergenlerde BDT'nin temel aşamaları değerlendirme, vaka formülasyonu, müdahale ve nüksün önlenmesidir. Müdahalenin amacı çocuk/ergenin kendisini, diğerlerini, dünyayı ve geleceği yeniden yapılandırmasıdır. Erişkinlere benzer şekilde çocuk ve ergenlerde de BDT uygulamalarında önce çeşitli klinik tabloların temel/anahtar özellikleri hakkında hipotezler kurulur ve daha sonra bilimsel bir yöntem ile bu hipotezler sorgulanır. Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve ergenlerde BDT uygulamalarının avantajları şu şekilde özetlenebilir:

- Bilişsel davranışçı terapilerin temelinde öğrenme kuramı vardır. Öğrenme süreci otomatik düşünceler, bilişsel işlemler ve şemalar gibi katmanlardan oluşur. Şemalar erken çocukluk döneminde gelişir, zamanla pekişir, tekrarlayan öğrenme deneyimleri sonucunda ergenlik ve genç erişkinlikte sabitleşir. Çocukların şemaları erişkinler gibi sabit olmadığı için yalnızca düşünceleri değiştirmek yeterlidir.
- İnsan yaşamında merkezi sinir sisteminin en hızlı geliştiği ve nöral esnekliğin (plastisite) en fazla olduğu dönem çocukluk dönemidir. Gelişim sırasında yeni yaşantılar sonucunda beyin kendini yeniden düzenleme yeteneğine sahiptir. Çocuklar erişkinlere göre daha fazla öğrenme kapasitesine ve yaşantıları sonucunda öğrendikleri bilgiyi yeniden düzenleyebilme kapasitesine sahiptir; bu kapasite BDT'nin önemli bileşenlerinden biri olan bilişsel yeniden yapılandırma sürecinin daha hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar.

Çocuk ve ergenlerde BDT uygulamalarında tedavinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için çocuk ve ergenlere özgü farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekir, bu farklılıklar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- **Gelişimsel perspektif:** Çocuğun yaşının ve gelişimsel düzeyinin göz önünde bulundurulması ve çocuğun yaşına/gelişimsel seviyesine uygun tekniklerin kullanılması etkili bir BDT uygulaması için ön koşuldur. Dokuz yaşından büyük çocukların düşünce, duygu ve davranışları birbirinden ayırt edebildikleri, düşünceleri hakkında konuşabildikleri, iç konuşmayı değiştirme ve kendini izleme gibi görevleri anlayıp yerine getirebildikleri bildirilmiştir. Öte yandan, belirtilere eşlik eden kognisyonları bildirmekte zorluk çekenler başta olmak üzere, küçük çocukların bilişsel yöntemlerden daha çok davranışçı yaklaşımlardan fayda gördükleri öne sürülmüştür. Küçük çocuklarda soyut düşünme kapasitesinin henüz gelişmemiş olmasından dolayı birçok psikiyatrik bozukluğun temelinde var olan bilişsel çarpıtmaları çalışmakta zorluk yaşanabilir. Bu zorluğu aşmak için küçük çocuklarda soyut kavramların ve hedef kognisyonların somutlaştırılması için yöntemler geliştirilmiştir, örneğin: belirtiler çocuğun yenmesi gereken "kötü düşünce canavarı" ya da karşı koyması gereken "takıntı piresi" şeklinde dışsallaştırabilir. Bu tür tekniklerin kullanımı çocukların tedaviyi anlamaları ve tedaviye uyumlarını arttırması açısından önemlidir. Yukarıda belirtilen yaş sınırı kesin bir sınır olmayıp, dil gelişimi, zeka düzeyi gibi birçok faktör bilişsel tekniklerin etkinliğini belirlemektedir; bu yüzden her çocuk bireysel olarak değerlendirilmelidir.

- **Oyun ve Eğlenceli Aktiviteler:** Küçük çocuklarda oyun-temelli etkileşimlerin içine bilişsel-davranışçı yöntemlerin entegre edildiği bilişsel-davranışçı oyun terapisi kullanılabilir. Bu yöntem öğrenme ve terapotik sürecin oyun içinde gerçekleşmesini sağlar. Karşılıklı hikaye anlatma, kuklalarla oyun oynama, çalışma kitaplarını tamamlama ve resim çizme gibi etkinliklerin kullanılması çocuğun terapi seansı esnasındaki motivasyonunu arttırarak öğrenmesini kolaylaştırır. Hikaye anlatma tekniğinde amaç çocuğun sosyal problemleri çözme, insan ilişkilerini ve kendini algılayış biçimi üzerine odaklanmaktır. Kendall ve Hedtke'nin kedisi ile Friedberg ve arkadaşlarının "Pandy" isimli küçük faresi çocuklar için BDT'yi daha eğlenceli hale getirebilmek için çizgi kahramanların kullanıldığı yapılandırılmış tedavi programlarıdır.
- **Aile-ilişkili Faktörler:** Çocuk ve ergenlerde BDT uygulamalarının önemli parçalarından biri çocuğun belirtilerinin ailenin özellikleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesidir. Bilişsel-davranışçı terapi uygulamalarında davranışların öncülleri ve sonuçları, belirtilerin sürdürümünü sağlayan kaçınma davranışları gibi ailesel özelliklerden etkilenen faktörler önemlidir; bu yüzden çocuğun içinde bulunduğu ailesel ve çevresel özellikler bilinmelidir. Örneğin, obsesif-kompulsif bozukluğu olan bir çocuğun ailesi çocuklarının yaşadığı sıkıntıyı azaltacağını düşünerek yaşamı olumsuz yönde etkileyen davranışların sürdürülmesine göz yumuyor olabilir; bu durumda aileye verilecek psiko-eğitim büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, aileler çocukların BDT ile elde ettikleri kazançların sürdürülmesinde ve uygulanmasında büyük öneme sahiptir.



www.cognitivetherapyforkids'ten alınmıştır

Çocuk ve ergenlerde BDT uygulamalarında erişkinlere benzer şekilde güven ve işbirliğini sağlanması, işbirliği içinde araştırma tedavi hedefini belirlenmesi önemli noktalardır. Çocuk ve ergenlerde kullanılan BDT teknikleri arasında Sokratik dialog/yönlendirilmiş keşif, alıştırma, psiko-eğitim, davranışsal deneyler, olumlu pekiştirme, edimsel söndürme, ev ödevleri ve davranışsal/bilişsel yeniden yapılandırma yer almaktadır.

Sonuç olarak, BDT uygulamaları çocuk ve ergenlerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen ve işlevsellikte kayba neden olan birçok psikiyatrik bozuklukta etkili olduğu bilimsel açıdan gösterilmiş yöntemlerdir. Gelişimsel özellikler gözetilerek uygulandığında birçok çocuk ve ergen BDT tekniklerini öğrenebilir ve seans içinde öğrendikleri teknikleri yaşamlarında uygulayabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapiler, çocuk ve ergenlere yaşadıkları psikiyatrik bozuklukların belirtileriyle ilgili bilgi sahibi olma ve onlarla baş etme stratejileri geliştirme konusunda yardımcı olmaktadır ve yaşam boyu sürebilecek birçok psikiyatrik bozukluğun erken dönemde tedavisini sağlamaktadır.

Psikiyatrist Dr. Berk Murat ERGÜN

PSİKİYATRİ HASTANESİNDEN TERAPİST KOLTUĞUNA

Marsha M. Linehan ve Diyalektik Davranışçı Terapi

"Cehennemdeydim… Sanki ben değildim onları yaşayan, başka biri yaşatıyordu bana. Kendimi tamamıyla bomboş hissediyordum. Neler olduğunu kesinlikle anlamıyordum, anlatamıyordum." diye ifade ediyor Marsha M. Linehan, 17 yaşında kendine saldırmaktan, bileklerinde sigara söndürmekten, eline geçen her sivri obje ile bileklerini, bacaklarını, bedenini yaralamaktan dolayı psikiyatri hastanesine yatırıldığı zamandan bahsederken. Peki, intihara meyilli, kendine zarar veren 17 yaşında yattığı psikiyatri hastanesinde önce psikoz, sonrasında sınır kişilik bozukluğu tanısı konulan, ağır ilaç ve elektrokonvulzif tedavi gören ve yoğun terapi alan Linehan hangi noktada bu bozukluktan acı çeken kişiler için bugün çok etkili olan ve yaygın kullanılan diyalektik davranışçı terapi (DDT) ekolünü geliştirdi? Kendi deneyimlerini, bir türlü kontrol altına alamadığı kendini öldürme dürtüsünü ve kendine zarar verme davranışlarını nasıl işlevsel hale getirerek başka bir sürü insanın hayatına dokundu? Aslında Linehan kendisine verdiği sözü tuttu; "Cehennemdeydim ve kendime bir yemin ettim. Bu cehennemden çıktığım zaman, geri gelip diğerlerini de alacağım."

Linehan kendini öldürme isteğinin, olmak istediği insan ile olduğu insan arasındaki uçurumun büyüklüğünden kaynaklandığını söyler. Aslında o ölüm düşüncesinin kendini olduğu gibi kabul edememenin getirdiği acının bir şekilde sonlandırılması olduğunu fark etmişti. Kendi yaşadıklarından yola çıkarak değişimin olabilmesi için kişinin olduğu gibi kabul edilmesinin öncelik olduğunu savunur. Linehan'ın sınır kişilik bozukluğunu en acı şekilde deneyimleyen insanlardan birisi olarak kendisini, bu rahatsızlığı olan kişileri anlamaya ve tedavi etmeye adaması bu anlamda oldukça büyük bir şanstır.

Gerçekten de Marsha M. Linehan kendisinin söylemi ile "uzun yıllar boyunca ihtiyaç duyduğu ama hiçbir zaman alamadığı terapiyi" geliştirmiştir. Ve adına diyalektik davranışçı terapi demiştir.

Linehan kendi ekolünü geliştirmeden önce sınır kişilik bozukluğu olan hastalarla bilişsel davranışçı terapi bağlamında çalışırken hastaların terapiyi bırakma oranlarının oldukça yüksek olduğunu gözlemlemişti. Tedaviyi yarım bırakan hastalardan aldığı geri bildirimler de kendi yaşam deneyimleriyle örtüşmekteydi. Hastaların tedavilerini yarım bırakmadaki temel gerekçeleri terapistlerin çektikleri acılara yeteri kadar değer vermeden ve bu acıları anlamadan doğrudan değişim yaratmaya odaklanmaları, bunun için de hastalarını zorlamalarıydı. Linehan ve ekibi hedef olarak öncelikle hastaların acılarını anlamayı sonrasında da hastalar için "yaşamaya değer bir yaşam oluşturmak" adına değişim geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Bunu gerçekleştirmek için "kabul ve geçerli kılma odaklı" yaklaşımlarını "değişim" stratejileriyle dengeli bir biçimde terapi içerisine yedirmişlerdir.

Diyalektik davranışçı terapi; batının rasyonel, doğunun uzlaşıcı bakış açısının diyalektik felsefenin dünya görüşüyle

tümlenmesinden türetilmiş bir yaklaşımdır. DDT özellikle sınır kişilik bozukluğu ve kronik olarak kendisine zarar verme davranışı bulunan kişiler için geliştirilmiş bir yaklaşım olsa da ilerleyen süreçte kronik yeme bozukluğu olan hastalar, madde kötüye kullanımı bozukluğu öyküsü olan ergenler gibi çoğul probleme sahip ya da tedavisi zor hasta gruplarına da uyarlanmıştır.

DDT, sınır kişilik bozukluğunda yapılan kontrollü çalışmalarla etkinliği gösterilmiş kanıta dayalı bir terapi yaklaşımıdır. Araştırma sonuçlarının analizi sınır kişilik bozukluğu hastalarının uygulanan DDT tedavisi sonrasında; kendine zarar verme davranışlarında, hastaneye yatış sürelerinde, farmakolojik tedaviye duydukları ihtiyaçta ve öfke puanlarında anlamlı bir azalma saptanırken sosyal uyum becerilerindeyse anlamlı bir ilerleme olduğu gözlenmiştir.

Diyalektik Felsefe ve Terapi

DDT felsefesini adında barındırır. Diyalekt kelimesinin kökeni Yunanca'dan gelmektedir ve "zıt düşmek, tartışmak" anlamını taşır. Engels diyalekt kelimesini "dış dünyada ve insan düşüncesindeki hareketin genel yasalarını inceleyen bilim" olarak tanımlar.

DDT' de diyalektik, gerçeğin doğası ve davranış değişim süreçlerinin anlaşılmasında kurama ve tedaviye bir iskelet sağlar. Diyalektik düşünce parça ve bütün ilişkisine önem verip dünyaya dinamik bir sistem perspektifinden bakar; bir sistemi anlamak için sadece bütün ve parçalara bakmanın yeterli olmadığını parçaların birbirleriyle ve her parçanın bütünle ilişkisinin anlaşılması gerekliliğine vurgu yapar. DDT modeli, sınır kişilik bozukluğuna sahip bireylerde diyalektik bir eksikliğin varlığına işaret eder. Bu kişiler parça-bütün karmaşasını çözemeyip parçaları bütün olarak algılarlar, yaşadıkları deneyimlerin genellikle bir tarafına odaklanıp bütün resmi odaklandıkları parça ile tanımlarlar. DDT'deki diyalektik bakışın diğer temel bir özelliği, gerçekliğin çelişkilerden oluştuğunu kabul etmesi ve bu ikilikler arasındaki gerilimleri çözmeyi amaçlamasıdır. Sınır kişilik bozukluğu olan hastalar uçlara takılıp polarize olduklarından çelişkilerin gerilimini tolere edip bir üst pozisyonda sentez oluşturmaları mümkün olmamaktadır. DDT'deki diyalektik bakışın son özelliği ise gerçekliğinin asıl doğasının içerik ve yapıdan öte "değişim ve işlemleme" olduğu vurgusudur. Hem birey hem de çevre sürekli devam eden bir değişim kuşatması altındadır. Terapi stabilizasyonu sağlamak ve tutarlı bir çevre oluşturmaktan öte kişinin değişimi görmesini ve değişimle uyumlu başa çıkma becerileri oluşturmasını amaçlar.

Biyososyal Model

Sınır kişilik bozukluğun DDT modelinde kavramsallaştırılması biyososyal teoriye dayanır. Linehan bu teoriyi ifade ederken sınır kişilik bozukluğunun temelde duygu düzenleme sistemi ile ilgili bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir. Linehan'a göre bu durum, biyolojik yatkınlıkla geçersiz kılan çevre arasındaki karşılıklı etkileşimin sonucudur.

Sınır kişilik bozukluğu hastaları biyolojik olarak emosyonel uyaranlara karşı aşırı hassastırlar. Duygu düzenleme sistemindeki bu hassasiyet emosyonel uyaranlar için düşük eşik, hızlı reaksiyon zamanı ve uyarılma öncesi normal sınırlara geç ve yavaş dönüşü ifade eder.

Duygu düzenleme sistemindeki bozukluğa katkı sağlayan temel gelişimsel unsur "geçersiz kılan çevre" dir. Geçersiz kılan çevre, talepkar, eleştirel, olumsuz etiketleyen, ihtiyaçları yok sayan, beceri öğretmeyen, cezalandıran, kötüye kullanan, ancak abartılı emosyonel tepkilere yanıt veren, beceri öğretmeyen, kişinin içsel deneyimlerini yok sayan ("tok olduğunu söylüyorsun aslında açsın fark etmiyorsun", "üzgün değilsin öyle olduğunu sanıyorsun") bir ortamdır. Bu kişilerin geçersiz kılan çevreye seslerini duyurmalarının tek yolu abartılı davranışsal ve duygusal tepkiler dışa vurmalarıdır. (parasuisidal,suisidal davranışlar).

Çocuk öznel deneyiminde yaşadığı içsel süreçlerle (duygu,düşünce,duyum) dış çevrenin buna verdiği tepki ve anlam arasındaki farkı kanıksar ve bu fark gittikçe açılır. Sonuçta çocuk kendi öznel deneyiminin doğruluğuna güvenemez ve tutarlı bir kimlik algısı geliştiremez.

Tedavi

DDT bir denge terapisidir. Birçok farklı yaklaşımdan öğeler almışsa da bu yaklaşımın çıkış noktası değişim odaklı bilişsel davranışçı terapidir (BDT). Uygulamada BDT ile benzerlikleri; alıştırma (exposure), kognitif yeniden yapılandırma, problem çözme, beceri eğitimi gibi tekniklerin kullanımından geçer. Sınır kişilik bozukluk kriterlerini karşılayan bir hastaya değişim yaratmak için odaklandığınızda karşılaşacağınız tablo olumsuz geri bildirimlere-eleştiriye duyarlı, değişim kabiliyeti neredeyse sıfıra yaklaşmış bir hastadır. Bu nedenle Linehan'ın vurguladığı kabul teknolojisi değişim arzusunu dengeleyip bir açılım yaratmaktadır.

DDT hedefleri belirli yapılandırılmış bir tedavi yaklaşımıdır. Terapiye başlangıç öncesi ilk birkaç seans tedavinin mantığı, hedefleri , hastadan beklenilenler konusunda bilgi verilerek hastayla bir kontrat yapılır. Tedavi hedefleri dört ayrı aşamada tanımlanır. **Birinci aşama** terapinin en uzun ve belirleyici aşamasıdır. Bu aşamada hastanın parasuisidal ve suisidal davranışlarını engellemek, tedaviyi engelleyen ve yaşam kalitesini bozan davranışları azaltmak, davranışsal becerileri arttırmak hedeflenir. Hastayı yaşamda tutmak ve kendine zarar verici davranışları engellemek her aşamada terapinin birincil önceliğidir. Tedavinin **ikinci aşamasında** eğer varsa travmatik deneyim ya da deneyimlerle ilgili problemler ele alınır. Sınır kişilik bozukluğu hastalarının % 40-70'inde çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü bulunur. Hastaların çok az kısmı ikinci aşamadan sonra tedaviye devam eder. **Üçüncü aşamada** hayat kalitesini olumsuz etkileyen özel, sosyal ve mesleki alanlardaki çözülmemiş problemler ele alınır. Tedavinin **son aşamasında** da benlik saygısının arttırılması, bütünlük duygusunun sağlanması amaçlanır.

Bu hedeflere ulaşmak bir ekip çalışmasını gerektirir bu nedenle Linehan tedaviyi dört ayrı birbirini tamamlayan modüle ayırmıştır. Birinci modül "bireysel terapi"dir. Bireysel terapist terapinin yürütücüsü olup diğer modüllerle eş güdümü sağlar. Bireysel terapist ile kurulan ilişki sınır hastalar için bazen kişiyi hayatta tutan en önemli bağdır. Bireysel terapinin temel işlevi hastanın kabul gördüğü bir ortam oluşturarak tedavi motivasyonunu sağlamak ve bu motivasyonu diri tutarak uyumsuz davranışlar yerine daha işlevsel olanlarını koymaktır. İkinci modül ise "beceri eğitimi"dir. Sınır kişilik bozukluğuna sahip hastaların duygu düzenleme, stres toleransı, kişiler arası etkinlik konusunda beceri eksiklikleri olduğu kabul edilmektedir. Belirtilen konularda beceri ve kapasite eksiklikleri grup formatında terapinin ilk yılı boyunca uygulanan beceri eğitimiyle giderilmeye çalışılır. 4-8 hastadan oluşan grubu bireysel terapist dışında iki ayrı terapist yönetir. Grup haftada bir toplanır. DDT'de Zen felsefesinden köken alan "farkındalık" (mindfullness) artırıcı teknikler temel bir beceri olarak düşünülmektedir. Bu teknikler beceri eğitiminde ana araç olarak kullanılır. Farkındalık; içinde bulunulan "an" a dikkati belirli bir biçimde yoğunlaştırarak yargısız biçimde odaklanmaktır. Hedef "farkında olup katılmak"tır. Farkında olmadan katılmak dürtüsel ve duygu durum bağımlı davranışın temel özelliğidir. Terapinin üçüncü modülü "telefon danışma" görüşmeleridir. Hastalar öğrendikleri becerileri güncel hayata uyarlamayla ilgili yaşadıkları zorluklar konusunda terapistleriyle bağlantıya geçebilirler. Tedavinin son modülü "olgu konsültasyon

Marsha M. Linehan

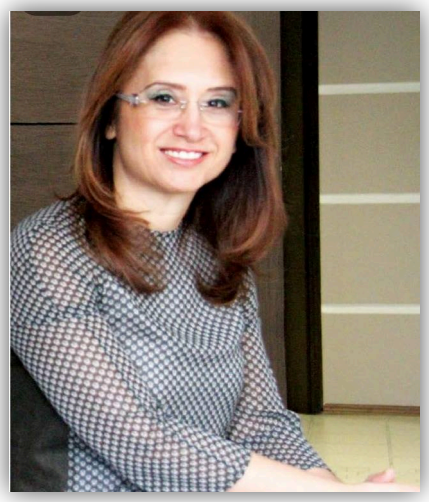
toplantıları"dır. Sınır hastalarla çalışmak son derece zor ve tüketicidir. Bu toplantılar haftalık planlanır ve tüm terapi ekibi katılır. Amaç bireysel terapistin etkinliğini sürekli kılmaktır.

DDT aslında sınır kişilik bozukluğundan acı çeken bir insanın kendisini anlama ve bu karmaşadan kurtulma çabasının bir ürünü olarak tanımlanabilir. Linehan'ın kendisi de DDT'nin sınır kişilik bozukluğunun tedavisinde etkinliğini kanıtlayan birçok çalışmanın varlığına karşın bu insanlara yardım etme konusunda DDT'nin eksiksiz bir yaklaşım olmadığını ve alınması gereken daha çok mesafe olduğunu vurgulamaktadır. Yine de bu hastalar için diyalektik davranışçı terapi bir çıkış yolu ve umut olmaya devam ediyor.

EABCT EĞİTİM STANDARTLARINI KARŞILAYARAK KDT TERAPİSTİ ÜNVANINI ALMAYA HAK KAZANMIŞ TERAPİSTLER LİSTESİ

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

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU (SOSYAL FOBİ) & KDT



Psikiyatrist Dr. Gülay OĞUZ

Kişinin başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin korku ya da kaygı duyması ve bu ortamlardan kaçınması ile seyreden bir hastalıktır. Genellikle 11-15 yaşları arasında başlar; kadın erkek oranı 2/1'dir.

Sosyal fobinin belirtilerini fiziksel, zihinsel ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç kategoride inceleyebiliriz.

a)Fiziksel (Fizyolojik) belirtiler:

*Yüz kızarması
*Terleme
*Ağız kuruması
*Kalp çarpıntısı
*Nefes kesilmesi ve nefes darlığı
*Titreme

b)Zihinsel Belirtiler:

*"Çirkinim, yetersizim ve beğenilmiyorum" gibi düşünceler.
*Sevilmediğini ve güçsüz olduğunu ifade eden düşünceler
*"Mükemmel olmalıyım, hata yapmamalıyım."
*"Kaygılı olduğumu belli etmemeliyim"
*"Rahat davranmalıyım"
*"Herkes beni beğenmeli."

c)Davranışsal Belirtiler:

*Korkulan ortama girmeme ve ortamı terk etme
*İlgisiz şeyler düşünme
*Hayallere dalma
*Konuyu değiştirme
*Alkol kullanma

Kognitif Davranışçı Terapi (KDT)

Bilişsel modele göre, sosyal fobiklerin sosyal ortamlara ve kendilerine ilişkin geliştirdikleri güvensizliğin altında bir dizi sayıltı (ara inanç) vardır. Bu sayıtlılar sosyal fobiklerde bulunan aşırı yüksek standartlar ve mükemmeliyetçilik beklentileriyle ilişkilidir. Örneğin sosyal fobik birey "Hatasız, etkileyici ve pürüzsüz konuşmalıyım", "Etkileyici görünmeliyim" "kendime güvenimi göstermeliyim" şeklinde düşünebilir. Bu düşünceler sosyal etkileşim ortamının güvensiz algılanmasına yol açar. Örneğin sosyal fobik birey konuşurken takılırsa kendisini aptal olarak değerlendirebilir ve gerginliğinin diğerleri tarafından fark edildiğini düşünebilir. Bu tür otomatik düşüncelerin temelinde ise "eğer uygun olmayacak şekilde bir davranışta bulursam, insanlar benim aptal olduğumu düşünür ve benimle alay ederler" gibi koşullu inançlar yatar. Daha derinlerde ise "ben aptalım" "değersizim" "yetersizim" "sıkıcıyım" gibi koşulsuz inançların yattığı görülmektedir (Clark ve Wells, 1995). Bilişsel yaklaşım sosyal fobisi olan bireylerin olumsuz otomatik düşünceleri ve inançları üzerinde odaklanır. Çünkü sosyal ortamlarda bireylerin kaygılanmasına yol açan, bireylerin kendi davranışları ve bu davranışların diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilebileceğine dair inançları, yorumları ve tahminleridir. Bu nedenle de sosyal fobi tedavisinde bilişsel süreçleri kapsayan ve farklı teknikleri barındıran tedavi programlarından yararlanılmaktadır. Bu amaçla bilişsel yaklaşım odaklı tedavi programlarının temel amacı, bahsedilen olumsuz otomatik düşünce ve inançların danışanla birlikte ele alınarak, daha gerçekçi ve uyumlu düşüncelerle yer değiştirilmesidir.

Bilişsel modele göre sosyal fobide fonksiyonel olmayan inançların korunmasında çeşitli faktörler rol oynar.

Bunlar;

1-Dikkatte kayma: Hastaların dikkatleri dış uyaranlardan çok iç uyaranlara kayar

2-Sosyal etkileşimden kaçınma: Bu şekilde olumsuz inancını test etme şansı olmaz.

3-Güvence davranışları: Telefonla oynamak, su içmek; böylelikle yine olumsuz inancını test etmemiş olur.

4-Kendini gerçekleştiren kehanet: Kişi kaçınma amaçlı uzak durduğundan soğuk biri olarak tanımlanabilir.

5-Şematik işlemleme: Olumsuz bildirimlere odaklanır, olumlu bildirimleri anlamaz veya unutur. Yargısız olan geri bildirimleri olumsuz algılar.

Sosyal fobi tedavisinde yaygın olarak yararlanılan bilişsel teknikler şu şekilde sıralanabilir: "odyo ve video geribildirimleri", "gevşeme egzersizleri" ve "kognitif yeniden yapılandırma tekniği".

Video ve Odyo Geri Bildirimleri: Temel amacı danışana kanıta dayalı geribildirim vermek olan bu teknik iki temel nokta üzerine kuruludur. Birincisi, bireylerin bedenlerinden gelen bilgiyi (titreme, kalp çarpıntısı, kızarma vb) kullanarak, diğer insanlar tarafından nasıl göründükleri hakkında çıkarımda bulunmalarıdır. İkincisi ise, gerçekten nasıl göründükleri hakkında gerçekçi bilgi edinmeleridir. Bu amaçla danışandan izin alınarak terapi seansları ses ya da görüntülü olarak kayda alınır ve sonrasında danışana izletilir. Çoğu zaman danışanların kendilerinde algıladıkları kaygı gerçekte yansıttıklarından daha fazladır. Bu nedenle kayıtlar izletilmeden önce, danışanın nasıl göründüğü ile ilgili bir tahminde bulunması istenir ve daha sonra kayıtlar izletilir.Hasta kayıtları izlerken kaygı belirtilerinin düşündüğü kadar dışardan görülmediğini fark eder.

Gevşeme Eğitimi: Bilişsel davranışçı tekniklerde destekleyici olarak gevşeme egzersizlerinden yararlanılabilmektedir. Bu eğitimde sosyal fobikler kaslarını dinlenme halindeyken, hareket halindeyken ve özellikle de kaygıyı şiddetlendirici durumlarda (örneğin alıştırma sırasında) nasıl gevşeteceklerini öğrenirler. Fakat aksiyetenin yüz kızarması ya da terleme gibi belirtilerinin fark edilmesinden kaygılanan hastalarda gevşeme dikkatli kullanılmalıdır. Çünkü kaygı döngüsünü kırmak yerine güvence davranışı olarak kullanılabilir.

Kognitif (Bilişsel) Yeniden Yapılandırma Tekniği: Bu tekniğin temel amacı, danışanın bilişsel süreçleri üzerine odaklanarak, kaygı belirtilerinin oluşumuna ve devamına olanak sağlayan temel varsayımlar, otomatik düşünceler, şemalar ve inançların danışan tarafından fark edilmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda kişinin şemalarını destekleyici ve onlarla ters düşen kanıtları düşünmesi istenir. Amaç, danışanın gerek kendisi, gerekse çevresi hakkındaki yanlış-olumsuz görüş ve yorumlarını görebilmesidir. Kanıta dayalı

bu gözden geçirme süreci içerisinde çeşitli tekniklerden yararlanılarak danışanın şemalarını fark ederek yeniden yapılandırması amaçlanır. Bilişsel yeniden yapılandırma stratejilerinden yaygın olarak başvurulanlar arasında "Duygu ve Düşünceleri İzleme", "Kanıt sorgulama", "Seçenekleri Sorgulama", "Yeniden Düzenleme" ve "Düşünceyi Durdurma" gelmektedir

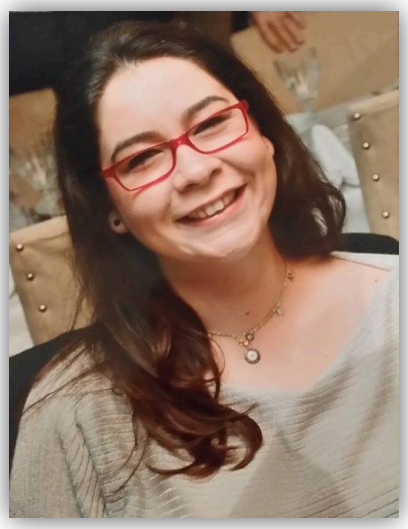
Davranışçı Terapi: Davranış tedavilerindeki temel amaç, öğrenilmiş olan işlevsiz alışkanlıkların, yine öğrenme ilkelerinden yararlanılarak ortadan kaldırılması veya bu davranışların uyumlu davranışlarla yer değiştirmesidir. Bu yaklaşıma göre sosyal fobi tedavisinde, iki temel basamak vardır. Bunlardan ilki, sosyal fobik bireylerde kaygıyı tetikleyen ya da şiddetlendiren abartılı uyumsuz davranışları (örneğin, kaçma-kaçınma) azaltmak, ikincisi ise yeterliliği az olan davranışları artırmaktır (örneğin sosyal etkileşime girme, göz teması kurma vb). Bu amaç doğrultusunda sosyal fobi tedavisinde yaygın olarak kullanılan davranışçı tekniklerin başında alıştırma (exposure) tedavisi, tepki önleme (response prevention) ve sosyal beceri eğitimi (social skills training) gelmektedir.

Alıştırma (Exposure): Hastaların sosyal fobi belirtilerine karşı duyarsızlaştırılması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda terapist eşliğinde danışanın kaçma ve kaçınma davranışları gösterdiği ortamların bir listesi çıkarılarak, danışanın kaldırabileceği ölçüde kolaydan zora bu ortamlara girmesi sağlanır. Burada önemli olan danışanın kaçınma davranışı sergilediği ortama girdiğinde 60 ile 90 dakika o ortamda bulunmasıdır. Bu süre kişinin anksiyetesinin azaldığını görmesi için gereklidir. Aksi taktirde birey, sosyal anksiyete belirtilerinin arttığını görmekle birlikte zaman içinde belirtilerde düşme olduğunu göremeyecek, ve bilişsel süreçlerinde yatan olumsuz otomatik düşünce ve inançları destekleyici çıkarımlarda bulunacaktır.

Tepki Önleme Tekniği: Bu teknikte ise alıştırma tedavisinin ardından bireyin yaşadığı sıkıntıyı gidermek ve tekrar güvenliği sağlamak amacıyla fazla ve sık yaptığı davranışların söndürülmesi amaçlanır. Örneğin kalabalık bir ortamda kendisine kahve almaktan kaçınan birey kahve aldıktan hemen sonra elinin titremesini saklamak için elinde bulundurduğu bir nesneyi (örneğin bir kitap) kullanabilir. Böyle bir durum karşısında kullanılabilecek tepki önleme tekniği, elini saklamak amacıyla yaptığı davranışı yapmaması, geciktirmesi ya da sıklığını azaltması olabilir. Başlangıçta birey bu tepkiyi geciktirdiğinde alıştırma sonrasında yaşadığı sıkıntısı artacaktır. Ancak ardından alışmanın gerçekleşmesiyle birlikte sıkıntısı düşecektir. Böylelikle birey elini saklama davranışını sergilemeden de sıkıntısının geçebileceğini öğrenmiş olacaktır.

Sosyal Beceri Eğitimi: Sosyal beceri eğitiminde temel amaç, bireylerin kendilerini tehdit altında hissettikleri sosyal ortamlarda sergiledikleri kaçınma ve güvenlik önlemi alma davranışlarının en az düzeye indirgenmesidir. Bu amaç doğrultusunda kendini ifade etme, göz kontağı kurma, girişken olma, kendine güven duyma ve çelişkilerden bahsetme gibi tekniklerden yararlanılmaktadır.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI



Uzm. Psikolog Gülçin ŞENYUVA

Cinsellik; psikolojik, sosyo-kültürel, biyolojik ve geleneksel gibi birçok boyutu içinde barındıran bir bütündür. Bireyin yaşadığı cinsel sorunlar ruhsal ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları, cinsel uyaranlara verilen cinsel yanıtların "normal" biçiminin uzun süreli bozulması olarak tanımlanabilir. Cinsel sorun olarak tariflenmesi, kişinin kendisinin veya partnerinin yakınması ile mümkün olabilmektedir. Dünyada yapılan çalışmalar cinsel sorunların sık rastlandığını göstermektedir. Sık yaşanılan cinsel sorunların rastlanma sıklığı birbirine benzer sonuçlar gösterdiği gibi, kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan farklılıklar da bulunmaktadır.

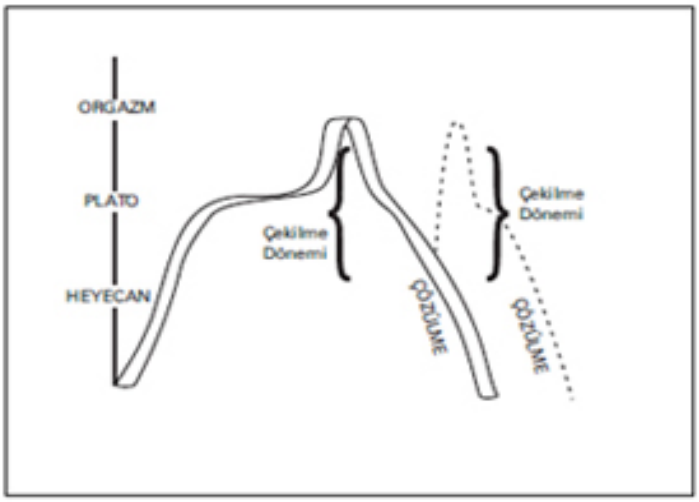
Cinsel Sorunların Nedenleri:

Cinsel Bilgisizlik: Ülkemizde eğitim sürecinde cinsel eğitimin olmaması nedeniyle cinsellik alanında ciddi bilgi eksikliğine neden olmaktadır. Bu bilgi eksikliği, bireylerin cinsel sorunlar yaşamasına ve ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır.

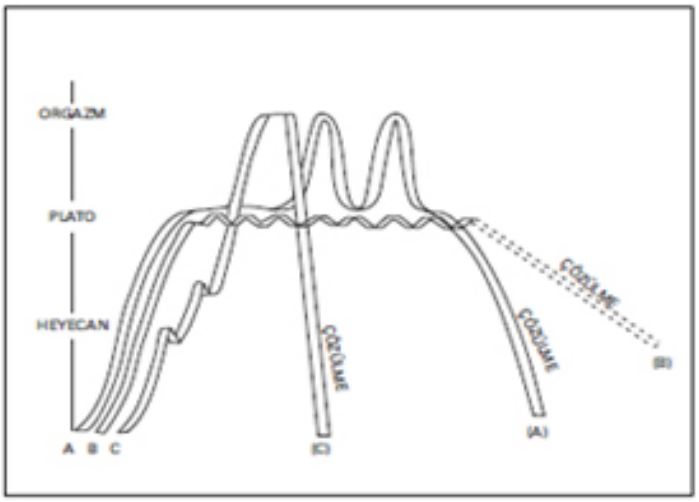
Cinsel Yaşamda Yanlış İnanışlar: Ergenlik dönemi ile başlayan cinsel bilgilere olan merak genellikle arkadaşlar, sosyal çevre veya gazete, dergi gibi yazılı basın ile giderilmektedir. Öğrenilen bu bilgilerin doğru olduğu varsayılmaktadır. Ancak bu bilgilerin büyük bir kısmı hatalı hatta yanlıştır. Hatalı veya yanlış olan bu bilgiler hatalı bilişsel şemaların oluşmasına neden olmakta ve aşırı kaygı, başarısızlık korkusu veya yüksek beklentilerin oluşması ile birlikte cinsel işlev bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Cinsel bilgisizlik ve yanlış inanışlar dışında bireydeki organik sorunlara bağlı (hipertansiyon, diabet, epilepsi vs) ve bireyin kullandığı ilaçlara bağlı cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Cinsel Yanıt Evreleri:



Şekil 1. Erekte cinsel yanıt döngüsü.



Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü.

Uyarılma Evresi

İlk evredir. Erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkeklerde ereksiyon, kadınlarda vazokonjesyon ile karakterizedir. Bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir.

Plato Evresi

Uyarılma evresinin bir parçası ya da devamı niteliğindedir. Cinsel uyaranın sürdürülmesi ve heyecanın artması ile bireyler plato evresine girer. Haz duygusu ve cinsel gerilim yükselir.

Orgazm Evresi

Bireyin haz açısından en yoğun evresidir. Erkekte ejakülasyon, kadında perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların kasılmaları söz konusudur.

Çözülme Evresi

Son evredir. Bireyin cinsel aktiviteden önceki haline dönmesidir.

DSM-V'e göre CİB Sınıflandırılması:

a. Geç Boşalma
b. Sertleşme Bozukluğu
c. Kadında Orgazm Bozukluğu
d. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
e. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu
f. Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
g. Erken Boşalma
h. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
i. Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
j. Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel Terapiler:

Kognitif ve Davranış Terapilerinde (KDT) terapist ile hastanın ortak çabaları ve işbirliği gerekir. Bu bağlamda kognitif terapiler aynen davranış terapileri gibi hastaya yapılan işlemler değil, hasta ile birlikte yürütülen işlemlerdir. Önce sorunlar sıralanır, ardından bu sorunlar üzerinde ayrı ayrı çalışılır. Nihai amaç birbirlerinden bağımsız gibi görünen bu sorunlar arasındaki bağlantıları kurmaktır. Böyle bir yaklaşım sorunların çözümüne terapistin istediği yerden değil, hastanın istediği yerden başlamak anlamına da gelir. Böylelikle hastanın terapiye uyumu arttırılmış olur.

Cinsel terapilerin özünde cinsel işlev bozukluğunun türüne özgül olarak geliştirilmiş bazı özel tekniklerin kullanıldığı, her bireyin bireysel, kültürel ve inançları çerçevesinde çalışılması gerekilen, çiftlere/bireylere eğitimlerin verildiği, çiftlere/bireylere evlerinde yürüttükleri ev ödevlerinin verildiği ve aşamalı olarak yürütüldüğü tedavilerdir. Cinsel terapiler, teknik kullanımı ile aynı anlamı taşımamaktadır. Bazı cinsel terapistlerin tedavide diğerleri kadar başarılı olamamalarının nedeni, kuram ve tekniklere sıkı sıkıya yapışmaktan öteye gitmeyen yaklaşımlarıdır. Çünkü CİB'nin türü aynı da olsa sorunun seyri bireyden-bireye ve çiftten çifte farklılık gösterecektir.

CİB'in davranışçı tedavisinde değişmeyen elemanları, **alıştırma (exposure)** ve **ev ödevleridir**. Ayrıca sosyal beceri eğitimi ve cinsel beceri eğitimi verilerek bireylerin cinsel repertuarındaki eksiklerin tamamlanması tedavinin önemli parçalarındandır.

CİB'in kognitif tedavisi derinde yatan temel inanış ve düşüncelerin bir yaşam olayı ile aktive olmaları ile ortaya çıkan sorunların bilişsel yapılarının fark edilip sonrasında işlevsel-uygun bir biçimde değiştirilmesi ile karakterizedir.

ULUSAL ve ULUSLARARASI KONGRELER

KDTD 4. Ulusal Kongresi

5-8 Kasım 2015, İstanbul

www.kdtd.org.tr

45. EABCT Kongresi

31 Ağustos-3 Eylül 2015, İsrail

http://www.isas.co.il/eabct2015/

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 indirimi 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 buluşturmaktır. Haberleşme ağımız sayesinde üyelerimizin birbiriyle iletişim içinde olması da sağlanmaktadır.
- Derneğimizin temel amacı, KDT alanında kurumsal bir yapıyı yerleştirmek, terapist yetiştirme alanında standart bir etiğim 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

Editörler

Mehmet 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 Fotolopisi
4. Asistanlık Belgesinin Fotokopisi (Psikiyatri Asistanları İçin)
5. Psikiyatri Hemşireliği Uzmanlık Fotokopisi (Psikiyatri Hemşireleri İçin)

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

Bağdat Cad. Acar Apt. No:254/11
Göztepe İstanbul
Tel: 0 216 411 21 73
www.kdtd.org.tr