



*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](http://www.academyofct.org)

**Beck Institute**

[www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org)

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

[www.eabct.com](http://www.eabct.com)

**The American Institute for Cognitive Therapy**

[www.cognitivetherapymyc.com](http://www.cognitivetherapymyc.com)

**The International Association for Cognitive Psychotherapy(IACP)**

[www.the-iacp.com](http://www.the-iacp.com)

## İçindekiler

**Ropörtaj: Bilişsel Davranışçı  
Terapi & Psikanaliz Üzerine  
(Bölüm-3)**

Mehmet Z. SUNGUR

Sayfa 2

**Alkol Kullanım Bozukluğu ve  
Metakognisyon**

Mükerrem GÜVEN

Sayfa 8

**Kumar Oynama Bozukluğu ve  
BDT**

Ömer ŞENORMANCI

Sayfa 11

## ROPÖRTAJ

(BÖLÜM -3)

### BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ & PSİKANALİZ ÜZERİNE



Prof. Dr. Mehmet Z. SUNGUR

**Sizce bir terapinin başarıya ulaşmasını sağlayan en önemli şey non spesifik etkenler midir?**

Non spesifik etkenler şüphesiz tüm terapi ekollerinin önemseydiği ve değer verdiği öğeler olmalıdır. Hangi biçimde olursa olsun her türlü etkili terapinin olmazsa olmaz bileşenlerinden biri olan nonspesifik etkenler ve iyi bir ilişki tedavide sonucu belirleyen önemli bir etkidir. Ancak her terapötik yaklaşımın değişimi ya da kabulü sağlamakta kullandığı farklı yöntemler vardır. Ve bu yöntemlerin hastaya kolaylıkla ulaşabilir ve anlaşılabilir nitelikte olması hem terapiyi

yarım bırakma oranlarını hem de terapinin sonuçlarını belirleyen bir başka önemli öğedir. Tekrarlamak isterimki şucuyum bucuyum demekten çok daha önemli bir şey var. O da temel soruyu "Bu insana nasıl yardımcı olabilirim"e dönüştürmek.

Keşke tüm terapiler insanlara aynı düzeyde etkili olabilseydi. Çünkü bir insana yardım etmenin çok değişik yolları varsa bu o insana ulaşmanın da birden fazla yolu var anlamına gelir ve dolayısıyla bir tedavi yolu işlemediğinde gönül rahatlığıyla diğerini seçer ve onu uygulayabilirdik. Ancak elimizdeki bilimsel veriler tüm terapi türlerinin bizi dağın tepesine çıkarıyor olduğunu göstermekten uzak. Dağın tepesine bir kez çıkabildiğinizde manzara hep aynıdır demiştik. Dolayısıyla bilmemiz gereken, hangi yolların bizi dağın tepesine çıkartıp çıkartmadığı ve bu çıkışların hangilerinin tepeye ulaşımı daha kolay sağlayacağı. Tepeye çıkardığı müddetçe her yol bizim için olağanüstü bir şanstır. Bugünkü koşullarda elimizde güncel terimle etkinliği gösterilmiş kanıta dayalı yaklaşımlar olarak bir farmakoterapi bir de kognitif-davranışçı yaklaşımlar var. Depresyonda ise interpersonal terapiler. Tabiki bu kanıta dayalı olduğu gösterilemeyen terapilerin değersiz olduğunu göstermez. Ancak yaşanan teknoloji çağı etkinliği araştırma ile gösterilen yaklaşımların gösterilemeyenlerden daha değerli ve daha öncelikli kullanımına olanak sağlıyor. Hatta devlet politikaları bile bu tür tedavileri benimsiyor ve tedavilerin maliyet/etkililik oranlarını gözetiyor. Öyle ise dağın tepesine çıkartan bir yol olduğunu söyleyebilmek "Ben yapıyorum iyi oluyor" şeklinde değil, ancak randomize kontrollü araştırmaların sonuçlarıyla mümkün oluyor. Tabii ki herkes yaptığı şeye ne kadar inanırsa o kadar başarılı olur. Ayrıca insana verilen her emek değerlidir. Ancak sözünü ettiğimiz bir tıp dalı ise bu insan yaşamına bir müdahaledir ve bu müdahaleyi istediğimiz ve inandığımız bir biçimde yapma hakkımız tartışmalıdır.

Bana göre önce insan olmak, sonra iyi bir terapist olmak ve en nihayet profesyonelin kendini ait hissettiği ekolü nasıl seçtiği ve seçtiği ekolün yaklaşımını çok iyi bilmesi önemlidir.. Neden ekolü en sona koyuyorum? Çünkü ekollerde teknoloji var. Bizi birbirimizden ayıran değişik teknolojilerimiz (yöntemlerimiz) olması. Ancak değişik ekollerdeki profesyonellerin birbirlerinin ne yaptığını yeterince araştırmıyor ve bilmiyor olmaları bazen gereksiz söylem ve eleştirilere neden olabiliyor. Örneğin zaman zaman analist arkadaşlar analitik dinlemeden bahsediyorlar. Bize analitik dinlemeyi anlattıkları zaman ben diyorum ki "Siz bizim nasıl dinlediğimizi zannediyorsunuz?". Bazıları çıkıp son derece seksi isimler takıyor. Mesela hümanistik terapiler... Şimdi bu da bana çok komik geliyor. Öbür terapiler hümanistik değil mi? Biri

çıkıyor şema odaklı ya da danışan odaklı terapi diyor. Biz nereye odaklanıyoruz? İsimler seksi ama içi yeterince doldurulmamış. Aslında iyi terapistler benzer şeyleri yapar. Bu benzer yanlar terapinin nonspesifik bileşenlerini iyi bilmek ve anlamakla sağlanır. Hastaya gösterdiğiniz ilgi, empati, esneklik, yansızlık, yargısızlık ve kurduğunuz insan insana ilişki, her terapi yaklaşımında önemlidir.

**Peki sizce terapistin kişisel özellikleri bu alanda ne kadar önemli? Humor, empati, terapistin güven telkin etmesi, inandırıcılık, samimiyet, yaş, cinsiyeti?** Tabii ki terapistin kişisel özelliklerinin çok büyük rolü var. Terapide nonspesifik etkenlerin neler olduğunu teorik olarak bilmekle uygulamada onları yerinde ve zamanında ustaca kullanma becerileri birbirinden tamamen farklı şeyler.. Hicbirimiz bu becerilerle doğuştan donanmış değiliz. Maalesef etrafta çok fazla konjenital yani doğuştan terapist var. Konjenital terapist olanlar yenilikleri öğrenmek ya da mevcut becerilerini geliştirmek gibi bir çaba içinde olmuyorlar maalesef. Yani nonspesifik faktörlerin kendisinden daha önemli olan bunların hastayla olan ilişkide nasıl kullandığı. Öte yandan terapistin tecrübesi tartışmasız çok değerli. Bir başka önemli nokta ise teorileri insanların ihtiyaçlarına göre esnetebilme becerisi. Bazen uygulamalarda insanlarla ilgili bilgilerin zorlamalı bir biçimde belirli bir teori içine yerleştirilmesine yönelik çabalara rastlıyoruz. Unutmamalıyız ki teoriler insanlar için insanlar teoriler için değil. Yeterli bir teorik eğitimi izleyerek supervizyon altında hasta görmek ise terapist olmanın en temel gereksinimlerinden ve olmazsa olmazlarından biri.

### **Başarılı bir psikoterapinin sırrı nedir?**

Her şeyden önce insan insana ilişkiyi becerebilmek dedik. Sonrasında iyi bir hasta-hekim ilişkisi ve nihayetinde insanların acılarını azaltmakta ya da sorunu çözmekte kullanılan stratejilerin hastanın ihtiyaçları ile uyumlu etkili yöntemler içermesi. Teknoloji çağında yaşadığımız düşünülecek olursa bizlere ulaşma şansı olmayan hastalara bizim ulaşabilmemizi sağlayacak bir teknolojinin varlığı da çok önemli..

Bir hasta geliyor ve diyor ki "Benim doktorum harika bir doktordu, çok iyi bir insandı, benimle çok uğraştı, bana çok zaman ayırdı, benimle çok ilgilendi ama maalesef benim obsesyonumla ilgili önemli bir mesafe katedemedik. Kendimi genel olarak daha iyi hissettim ama obsesyonum maalesef düzelmedi". Bu hasta aslında bize gittiği doktorun iyi ilişki kurmayı beceren, insancıl, terapötik becerileri mevcut bir profesyonel olduğunu ancak obsesyonun tedavisine yönelik spesifik teknikleri yeterince bilmeyen bir terapist olduğunu söylüyor. Yani nonspesifik faktörlerin iyi kullanıldığı ancak teknolojinin yeterli olmadığı bir terapiden söz ediyor. Bir başka kişi geliyor ve diyor ki "Benim gittiğim doktor belli ki çok bilgili bir kişiydi. Bana sürekli olarak sorunu nasıl çözeceğime dair bilgiler aktarıyordu ama beni anlamaya çalışmadı. Onunla yıldızım barışmadı." Burada da karşımızda teknolojisi iyi olan ancak hastayı anlamaktan çok kendi teorisini anlatmaya çalışan; bilgisi yerinde ancak terapötik becerileri sınırlı bir terapistten bahsediyor. İstenen bu her iki özelliğin bir terapistte birlikte mevcut olması. Yapılan çalışmalar şunu gösteriyor: Bir hastaya farklı terapiler uyguladığımızda ve onlara genel iyileşme düzeyini ölçen sorular sorduğumuzda (bu tedavinin size ne kadar çok katkısı oldu, bu tedavinin sonunda kendini başlangıca göre ne kadar iyi hissettin gibi) verilen yanıtlar KDT dışı yaklaşımlar ile KDT arasında genel iyileşme açısından önemli bir fark göstermiyor. Bunlar nonspesifik etkenleri ölçmeye yönelik genel sorular olduğu için (kendini ne kadar iyi hissediyorsun?) her iki yaklaşımda da hastalar

kendilerini daha iyi hissedebiliyorlar. Ama dönüp bu hastaya doğrudan OKB'deki iyileşmeyi ölçen Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ya da Yale Brown Ölçeği verdiğiniz zaman diğer terapilerle kognitif terapiler arasında oldukça anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkıyor. Çünkü genel iyileşme bütün terapi türlerinde benzer olsa da spesifik iyileşme terapinin türleri arasında farklılıklar gösteriyor.

Teknolojisiz bilim olmaz. Bu bağlamda teknolojisi olan ve yaygın biçimde kullanılan tek terapi yaklaşımı yine kognitif davranış tedavisidir. Tek derken abartmak ya da önemini vurgulamak için söylemiyorum. Umarım başka yaklaşımların da böyle teknolojileri olur mantığıyla söylüyorum. Bizim hedefimiz yalnızca KDT'nin

insanlara ulaşma yönünde geliştirdiği teknolojileri diğer terapi yaklaşımları da geliştirir diye umuyorum. Kognitif davranış tedavileri bugün internet üzerinden tedaviler yapıyor. Ama yanlış anlaşılmasın. Girip terapistle karşılıklı yazışmaktan (online terapi) söz etmiyorum. Öyle programlar geliştirilmiş ki kişi internete girdikten sonra bir değerlendirme yapılıyor ve bu değerlendirmenin sonucuna göre bireyin ihtiyaçlarına özgü bir sayfa açılıp kişi tedavisinde ne yapması gerektiğini adım adım öğrenebiliyor. Eskiden herkes açtığı anda aynı program çıkarken şimdilerde bireye özgü terapiler internet aracılığıyla evinize kadar geliyor. Diyelim ki obsesif kompulsif belirtileriniz var.

Obsesyonunuzla ilgili bir değerlendirmeye bağlı olarak aynı sorundan yakınan iki farklı kişiye farklı sayfalar açılıyor ve terapistle sıfır kontakt ya da minimum kontakt kurarak terapi mümkün olabiliyor. Ben bunları söylediğimde bazı arkadaşlatım şaşırıyorlar hatta yanlış anlıyorlar: "Ne yani bizim yerimizi makineler mi alıyor?" şeklinde bir tepki alınıyor ya da "Bu iş bu kadar mekanik mi?" şeklinde bir tepki oluşabiliyor. Mekanik ve yüzeyselliğe ilişkin eleştirilerden ve bunlara yönelik araştırmaların sonucundan bahsetmiştik. Yani, KDT yaklaşımlarının yüzeysel ya da mekanik olmadığını artık biliyoruz. Bir şeyin basit olması ile basitleştirilmiş olması arasında çok fark var. Diğer taraftan teknolojiyi bizim yerimizi alsın diye de geliştirmiyoruz. Bizim gidemediğimiz yere gidebilir diye önemsiyoruz. Biz biliyoruz ki bütün hastaların bize ulaşması gibi bir şansları yok. Kaldığı bütün hastalar bize gelmek isteseler bile bizim onların tamamını tedaviye alma şansımız ya da böyle bir vaktimiz yok. Bize hastaların gelememelerinin çeşitli nedenleri var: Ekonomik, coğrafi nedenleri ya da içinde buldukları kurum... Kocasını izin vermediği için gelemeyenler vs.. O halde bize gelemeyen hastalara biz gidebilir miyiz? Teknolojinin anlamı bu. Bilimselliği teknoloji aracılığıyla yaygınlaştırmak dikkatle yapılması gereken bir konu. Biraz tekno fobik olmam biraz da anlamadığım bir konuda yeterince özenli olamayacağım korkuları internet aracılığıyla yapılan tedavileri uzun yıllardır bilmeme rağmen ülkemize getirmeme engel teşkil etti. Umarım insanlara değer veren teknolojiyi kazanç sağlamaktan öteye insana yardımın önemli bir parçası olarak gören, teknolojiden anlayan ve terapi sürecini tamamlamış daha genç bir meslektaşım bu

gibi uygulamaları ülkemize getirmekte öncülük edecektir. Bize gelemeyecek insanlara ya da bizim gidemeyeceğimiz yerlere giden anlamlı ve ucuz bir hizmet tartışmasız çok değerli olacaktır.

### **Psikiyatrinin biyolojik psikiyatriye doğru kaymasını nasıl değerlendiriyorsunuz? Biyolojik psikiyatrinin bu kadar ön plana çıktığı bir dönemde sizin bir psikiyatri profesörü olarak psikoterapiye günlük pratiğinizde daha çok ağırlık vermenizden nedeni nedir?**

Bir tedavinin etkinliğini ve norm olmasını belirleyen en önemli şey o tedavinin etkinliği değildir. Elimizde %100 güçlü bir silah var ama diyelim ki bunu profesyonellerin %1'i ya da 2'si kullanıyor. Eğer öyleyse bu silah yeterince etkili kullanılmıyor demektir. Dolayısıyla psikoterapilerin güçlü bir yardım yöntemi olabilmesi ancak daha yaygın kullanılması ile mümkün. Ayrıca seçilen tedavi yaklaşımının poliklinik koşullarında kullanılabilir nitelikte olması da son derece önemli. Yıllardır devam ettirdiğimiz eğitimler işte bu yaygınlığı artırmak amacıyla yönelik. Poliklinik koşullarında kullanıma gelince; mesela bizim Marmara Üniversitesi'ndeki asistanlarımızdan önemli bir kısmı performans adı verilen uygulamalardan önce anksiyete bozukluğu ya da depresyonu olan hastalarda KDT becerilerini 20-25 dakikada uygulayabilecek bir noktaya gelmişti. Oysa genel inanış poliklinik koşullarında, yani hastanelerde, terapinin uygulanamayacağı yönünde idi. 20-25 dakika iyi kullanıldığında hastaların önemli bir kısmında anlamlı değişiklikler oluşturmak için yeterli olabiliyor. Ne yazık ki bugün mevcut performans sistemi nedeniyle hastaya ayrılan süre 5-10 dakikaya kadar inmiş durumda. Bu kadar sürede olsa olsa ilaç yazabilirsiniz. Ben de bu noktada belirgin bir rahatsızlık duyuyorum. Ne yazık ki asistan ve uzmanlarımız, ki bunlar önemli görevler üstleniyorlar ve çok değerli işler yapıyorlar, bugün bir gün içinde bazen yüzlerce hastaya bakmak zorunda kalıyorlar ve giderek meslek yorgunluğu oluşuyor çünkü yaptıklarından yeterince ödül almıyorlar. 5-10 dakikada görüyorsunuz bu hastayı bir de bir daha göreceksiniz bilmiyorsunuz. Başka sefer belki başka bir doktor görecektir. Maalesef böyle bir dönemde asistanlarımız hastaları yalnızca 5-10 dakikalık bir süre içinde görmeye

öylesine alışıyorlar ki ileride özel bir kurumda ya da muayenehanede çalışmaya başladıklarında 10 dakikadan sonra ne yapacaklarını bilemeyecek hale gelecekler diye korkuyorum. 10 dakikaya koşullandırıyoruz onları. Peki sonra o 50-60 dakikalık terapi seansı nasıl doldurulacak? Bu sürede anlamlı şeyler yapılabilecek mi? Bu olumsuz koşullarda bile asistan ve uzmanların bizim eğitimlerimize geliyor olması benim gözümde onların değerlerini daha da çok artırıyor çünkü bu umutsuzluğun içine girip "Ben nasıl olsa muayenehane de açamıyorum, sadece ilaç reçetesi yazmak varken neden zahmetli bir süreçten geçmeyi gerektiren terapileri öğreneyim?" diye düşünmemeleri benim geleceğe yönlilik umutlarımı yitirmemi engelliyor.

### **Sizin dernek olarak yaptıklarınız dışında Türkiye’de psikoterapinin psikiyatri icinde kurumsallaşması için ne yapılmalıdır?**

Öncelikle kararlı bir biçimde eğitimleri yaygınlaştırmak ve devam ettirmek gerekiyor. Bu eğitimlerin sistematik olmasının ve eğitilen kişilerin uygulama becerilerini artırdığından emin olmak gerekiyor. Bu amaçla eğitimi takiben yapılan değerlendirme çok önemli. İnsanlar kısa eğitimlerde yalnızca bir nosyon alıyorlar. Bir bilgileri oluşuyor ama ne yazık ki Kruger sendromunda da belirtildiği gibi belirli bir konudaki sınırlı bilgi garip bir şekilde bireyin kendine olan güvenini orantısız olarak artırabiliyor. Başka bir deyişle bir konuda ne kadar az bilgi varsa yetkinlik algısı bazen o kadar abartılı olabiliyor ve daha da kötüsü yetkinliği olmayan insanlar yetkinlikleri olmadığı için çoğu kez farkında da olamıyorlar. Ayrıca yetkinliği olmayan kişiler yetkin kişileri tanıyabilmek ve anlayabilmekte de güçlük çekebiliyorlar. Onun için eğitimin minimum eğitim standartları çerçevesinde değil mutlaka optimal eğitim standartları çerçevesinde yapılması gerekli. Eğitimin mutlaka süpervizyonlu olması ve becerilerin kazandırılması için gerekli optimal bir süre yapılması gerekir. Ben bazen 4 günde, 40 saatte terapist olan ya da terapist sertifikaları dağıtanları görüyorum ve üzülüyorum. Böyle bir şey mümkün değil. KDT’de altın standart en az altı ay süren ve yine en az 200-250 saatlik süpervizyonlar gerektirir. Bizim buna çok dikkat etmemiz lazım.

Ayrıca eğitim eğitilenlerin günlük uygulamalarında tedavi başarılarını artırıyor mu, günlük uygulamalarına yansıyor mu gibi araştırmalar çok önemli. Yansımıyorsa o zaman bu eğitimi yeniden gözden geçirmek gerekir. İşte bu eğitimlerin devamlılığını sağlamak ve uluslararası arenadan ülkemize açılan pencereleri artırmak için biz Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği olarak iki senede bir ulusal kongre yapıyoruz. 2001 yılında ben Avrupa Kognitif Davranış Terapileri Derneği başkanlığına İstanbul’da bir Avrupa KDT kongresi düzenledik. 2011’de dünya kongresini yine İstanbul’da yaptık. 1200’den fazla profesyonelin ve 66 ülkenin temsil edildiği bir kongre oldu. Öğrencilerimize ve alana ilgi duyanlara ismi kitaplardan tanınan bir çok değerli profesyonel ile yüz yüze tanışma fırsatı vermeye çalıştık.

Katılımcıların niteliğinin ve sayısının böylesine yüksek olmasında bu insanlarla 20 seneye varan bir dostluk ve arkadaşlığın önemi büyüktür.. Bu tür etkinliklerin devamının sağlanacağını umuyorum. Aslında bu aktiviteleri yapabilmek daha genç meslektaşlarımızın genç yaşta kurduğu mesleki bağlarla sağlanabiliyor.

Türkiye’de hala kognitif davranışçı tedaviler alanında çalışan çocuk psikiyatr eksikliği belirgin. Bu boşluk önümüzdeki yıllarda mutlaka doldurulmalı.

Bir diğer önemli konu da şu: Önümüzdeki yıllarda psikoterapi bir sanat olmaktan çok kanıta dayalı bir bilimsel yaklaşım olmaya doğru gitmek zorunda. Bir çok profesyonel psikoterapiye yalnızca "sanat" algısı ile bakıyor ve ben buradan anlıyorum ki hepimiz sanatçı olmak istiyoruz çünkü sanatçı olmak oldukça seksi bir şey. Diğer taraftan biz bilimsel de olmak zorundayız. Sanatla bilim uzlaşmayan iki şey değildir. Ve önemli olan ikisini birleştirebilmektir. Bu nedenle KDT alanında yaptığımız her iki uluslararası kongrenin temasını "klinik bilim" olarak belirledik. İnsan yaşamına müdahaleye soyunan her disiplinin bilimi en az sanat kadar benimsemesi gerektiğini düşünüyorum.

Sanat ile bilimin uzlaştığını gösterebilmek yönünden bir örnek vermek gerekirse bana yayınlanmak amacıyla hakem olduğum için gönderilen yazılardan söz etmek isterim. Birçok

yabancı derginin danışma kurulunda olduğum için elime her ay bir dizi makale gelir. Kimin yazdığı belli değildir ama yazış biçimindeki sanattan kimin yazdığını anlarım çünkü o klinik tecrübeyi o şekilde yazmak bir sanat gerektirir. Bilim sanatı asla öldürmez. Klinik bilim olmak yolunda en önemli engellerden biri de ortak dil kullanımıdır. Değişik terapistlerin aynı klinik müdahaleye farklı isimler verdiği ya da aynı ismin değişik terapötik müdahaleleri tanımlamak için kullanıldığı bir zaman diliminden geçiyoruz. Terapötik müdahaleler aynı isimle anılsa bile farklı işlemler içerdiklerinden karmaşaya neden oluyor ve bu nedenle aynı isimle anılan müdahaleler değişik ellerde değişik sonuçlar verebiliyor. Biri diyor ki ben davranış tedavisi uyguladım ve %80 sonuç aldım. Öteki diyor ki ben %50 sonuç aldım. Bu bilimsel bir bulgu değil. İçeriğe baktığımız zaman biri alıştırma (exposure) üzerine kurulu tedavi yaklaşımı uygulamış diğeri ise relaksasyon yapmış. Ama ikisi de yöntem olarak davranış tedavisi kullandığını belirtiyor. Oysa relaksasyon bugün yalnızca kognitif davranışçı tedavilerin plasebosu olarak kullanılan bir teknik. Plasebo da tabiki değersiz değil onu da vurgulamak gerekir. Plasebo etkisinin çok yüksek olduğu bir sürü bozukluk var. Psikoterapide ortak dil kullanımı bu yüzden çok önemli ve benim davranış terapileri eğitimimi aldığım değerli hocam Isaac Marks'la birlikte psikoterapilerde ortak dil kullanımı temalı bir çalışmaya yaklaşık 5 yıldır devam ediyoruz. Psikoterapilerin DSM'si olacağını umduğumuz bir çalışma bu... Pek çok uluslararası kurum ve dernek tarafından desteklenen bir çalışma. Amacı psikoterapi tekniklerinin tanımlamasını detaylı bir biçimde yapmak ve belirli bir tedavi prosedürü uygulandığında bu prosedürün içinde yer alması gereken tüm öğeleri detaylarıyla tanımlamak. Birileri bir yayın yaptığında yayında ne görüyorsunuz? Mesela "OKB'de exposure ve response prevention tedavisini uyguladığını (karşı karşıya getirme + tepki engelleme tekniği) belirtiyor. Bunu nasıl yaptığını aktarmıyor. İncelediğimizde farklı kişiler tarafından yapılan aynı isimle anılan terapötik tekniklerin çok geniş bir yelpaze içinde uygulandığını görüyoruz. Bu proje sürecinde hazırlanan kitapçığa girdiğinizde teknik ile ilgili olarak bir vaka üzerinden bu yaklaşımı uyguladığımızda olmazsa olmaz her şeyin

tanımlandığını görüyorsunuz. Yani bir bakıma psikoterapi tekniklerinin nasıl uygulanacağına yönelik bir sözlük oluşturmaya çalışıyoruz. Bu tahmin edilebileceği gibi çok uzun bir süreci gerektiren bir çalışma. Muhtemelen bir yaşam sürecinde tamamlanacak bir iş değil. Ama en azından başladık çünkü psikoterapiyi "ben yaptım oldu"dan çıkarıp olmazsa olmazlarını tanımlamaya çalışarak uygulamaları yalnızca bir sanat olarak değil aynı zamanda bilimsel olarak da tanımlamaya yönelik bir çaba.

**Terapistin bir ekolü seçmesine, kendini o yönde geliştirmesine neden olan nedir sizce? Yine buna bağlı bir soru olarak iyi bir terapistin yalnızca belli bir ekole bağlı olarak çalışması gerektiğini mi düşünüyorsunuz, yoksa farklı ekolleri kendi süzgecinden geçirip kullanabilir mi terapist?**

Beni endişelendiren konulardan biri, terapist adaylarının "Benim kişiliğime psikanaliz veya drama ya da gestalt daha uygun" gibi cümleleri sık kurmaları. Arkadaşlarımız önemli bir noktayı unutuyor: Biz bir hobi yapmıyoruz. Eğer biz psikoterapileri herkesin gönlüne göre ortaya koyduğu bir sanat olmaktan çıkarıp bir bilim haline getirmeye çalışıyorsak bilimde bu tarz "Benim kişiliğime daha uygun" şeklinde bir şey olamaz. Nasıl bir cerrah "Benim aklıma bu ameliyatı böyle yapmak daha yakın geliyor, o yüzden ben bu ameliyatı kendi bildiğim gibi yapacağım" diyemiyorsa biz de elimizde hasta için etkinliği net olarak gösterilmiş yaklaşımlar varken "Ben bu yaklaşımı tercih ediyorum" derken daha dikkatli olmalıyız. Ben tabii ki mümkün olabildiğince etkili olduğu gösterilmiş tüm yaklaşımların öğrenilmesinden yanayım çünkü insan yaşamına müdahale etmek her türlü yaklaşımı bilmeyi gerektirir ve gerekirse hasta yararına hepsinden ödünç teknikler alıp kullanmaya sıcak bakarım. Klinisyen olan insanların teknisyen değil uygulamacı olduğunun bilinci içinde terapötik bir harmanlama her zaman mümkün olabilir. Ama bir profesyonelin yaklaşımını "eklektik" şeklinde tanımlamasına pek sıcak bakamıyorum. Yarım kilo ondan yarım kilo bundan... Eklektik denildiğinde bir de "Ben hepsini biliyorum ve hepsinin efektif taraflarını kullanıyorum" şeklinde bir algı oluşuyor. Oysa iyi bir terapistin her ekolden küçük parçalar

bilmesi değil belirli bir yaklaşımı çok iyi bilmesi beklenir. Ancak böyle bir zemin üzerinde terapist kendi tecrübeleri çerçevesinde eklemeler yaparak danışan kişinin kültürel, dini ve bireysel özellikleri ve gereksinmelerini gözeterek bireye özgü olarak biçimlendirilmiş tedaviler yapabilir. Ben entegratif demeyi eklektik demeye tercih ederim. Ancak entegratif olabilmek için de sağlam bir alt yapının olması mutlaka gerekir çünkü ancak sağlam bir temel üzerinde oynayabilirsiniz ya da esnekleşebilirsiniz. Bizde bazen profesyoneller en başından itibaren fazla esnek oluyorlar ve alt yapı sağlam olmadığı için o esneklik bir süre sonra kaosa dönüşüyor. Dolayısıyla daha en başından ben esnekleşeyim dersen hiçbir ekolü yeterince önemsemiyor, en önemli olarak kendini görüyorsunuz demektir. Biraz evvel konjenital terapist dediğim mesele... Az biliyorum ama hepsinden biliyorum, hepsini bir araya getiririm ve ortaya lezzetli bir çorba çıkar... Böyle bir şey mümkün değil.

Profesyoneller alt yapıyı oluşturacak terapi yaklaşımını seçerken bir hobi gibi seçmemeli. İnsanlara ulaştığı ve fayda sağladığı net olarak gösterilmiş yaklaşımları önceliklerine almak zorundalar çünkü temel hedefimiz insanlara yardımcı olabilmek ve bu daha çok hangi hastaya hangi türden yaklaşımın daha etkili olduğunu bilmekle başlıyor. Mevcut eğitim duyurularını gözünüzün önüne getirdiğinizde bu eğitimleri tamamlamaya bir insan ömrünün yetmeyeceği kolaylıkla görülebilir. Beş yıl bir terapi, üç yıl öbür terapi diye eklesen hayat boyu terapi eğitimi almak gerek. Bunların arasından bir seçim yapmak, öncelikleri belirlemek zorundayız. Bu öncelikleri belirlerken de: insanlara ulaşabilirliği en kolay olan ve etkinliği gösterilmiş yaklaşımları öncelikle öğrenmek durumundayız.

**Eğer siz ya da bir yakınınız bir terapistle gitmek zorunda olsa seçeceğiniz terapistin nasıl özellikleri olsun istersiniz?**

Öncelikle coşkulu olacak ve karşısındakini anlamaya yönelik terapötik bir merakı olacak. Ayrıca yaptığını seven biri olması çok önemli. Hayat bize sevdiğimiz yapma şansını vermiyor ama her zaman yaptıklarımızı sevebiliriz. Yaptıklarımızı sevmek ise işimize ne kadar emek verdiğimizle doğrudan alakalı bir durum. Sevmek için bilmek, bilmek için de emek vermek gerek.

Emek verebilecek kadar bir motivasyonunun olması gerek. Psikoterapiler

sadece söylenenlerle sınırlı olmadığına göre söylenenlerin yanı sıra söylenmeyenleri de takip edebilecek iyi bir gözlemci olmasını isterim. Dilimiz bizim bistorumuz. Dilimizi daha iyi kullanmayı bilmemiz ve nerede hangi kelimeyi seçeceğimiz bile çok önemli. Verilen bilginin ötesine hoyratça geçmeden ve yargılamadan dinleyen bir profesyonel olması ise çok daha önemli. Sınırlarını ve sınırlılıklarını bilmesi ve söylenenden fazlasıyla anlam çıkartıp artık benimle değil benimle ilgili yaptığı yorumla uğraşan bir terapistle gitmek istemezdim.

Bir de hastayı dinlerken sadece dinlemeyen onun yaşantısını gözlerinin önüne getirerek imajine eden ve dolayısıyla yaşantıyı birden fazla duyumla algılayan bir terapistim olsun isterdim. Söylenenleri sadece dinlemek yerine resmi görmeye çalışan bir terapist daha çok şey anlar. Bir resim bin sözcüğe bedeldir derler. Resim görüldüğünde sadece bilişsel düzeyde değil duygusal düzeyde de bir anlamın sağlanması mümkün olabilir. Değişik duyuları kullanarak anlamayı öğrenmek gerek. Görmeye gayret etmek değerlidir ancak yine de gördüğü her şeye hemen inanmayan ve danışan kişi ya da kişilerden gelen verilerle birlikte gördüklerine daha çok değer veren ve her şeyi çabuk anlamak yerine anladığının doğruluğunu hastası ile birlikte gözden geçiren bir terapisti tercih ederim. Ayrıca hızlı koşanın yarışı hep önde bitirmeyeceğini unutmamak gerekir. Yavaş ve sağlam gitmek hızlı anlamaktan daha sağlıklıdır çünkü hızlı anlamak bazen hastanın söylediğinden daha fazlasını anlamaktır. Bu durumda siz artık hastayla mı uğraşıyorsunuz yoksa kendi düşüncelerinizle mi uğraşıyorsunuz belli değildir. Bunu biraz nükte ekleyerek noktalamak isterim. Psikoz gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması olarak tanımlanır. Gerçeği değerlendirme yetisi ise kişinin kendi kafasında olup bitenle dış dünyada olup biteni birbirinden ayırt edememesi olarak tanımlanabilir. Biz terapistler hastanın söylediğinden öteye giderek kendi yorumlarımız ya da kafamızdakilerle uğraşıyorsak yukarıdaki tanıma göre biz de zaman zaman psikotik ataklar geçiriyor olabilir miyiz?



Psikiyatrist Dr. Mükerrerem GÜVEN

## ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU & METAKONGİSYON (ÜSTBİLİŞ)

Alkolü tadan herkes, alkolün keyif verici bir madde olduğunu bilir; ancak çok azında bağımlılık gelişir. Bunda kişinin alkole dair metakognisyonları önemli rol oynar.

### ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU (AKB)

Yineleyici alkol kullanım sorununa bağlı giderek artan fizyolojik, davranışsal ve bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açan süregelen bir ruhsal hastalıktır.

Sorunlu alkol kullanımı AKB ile sonuçlanabilir. Bunun yanında alkol intoksikasyonu (zehirlenme), ölüme yol açabilecek alkol yoksunluk sendromu olan “deliryum tremens”, bellek bozuklukları, bunama gibi merkezi sinir sistemi sorunları ve pek çok sistemik hastalık ortaya çıkabilir. Örneğin; sindirim sisteminde ülser, vitamin emilim bozuklukları, kanama, karaciğer harabiyeti (siroz) ve kanser gelişme olasılığı artar.

DSM 5'e göre on iki aylık bir süre içinde iki veya daha fazla belirtinin varlığı ile tanı konulur (Tablo-1).

AKB Belirtileri	Tanı Ölçütü (DSM 5)
Kontrol Güçlüğü	1. İstediyinden daha fazla veya daha uzun süre alkol alımı 2. Alkolü bırakma veya içmeyi denetleme isteği veya sonuç vermeyen bırakma çabaları
Sorunlu İçme Davranışı	3. Tehlikeli durumlarda alkol kullanma ve bunun yinelenmesi 4. Alkol kullanımının diğer yaşam etkinliklerine öncelik kazanması 5. İşte, okulda veya evdeki yükümlülükleri aksatarak içme 6. Alkol temin etmek, içmek, etkilerinden kurtulmak için çok zaman ayırma
Biyopsikososyal Sorunlar	7. Alkole bağlı bedensel veya ruhsal bir sorunu olduğunu bildiği halde içme 8. Alkolün etkilerine bağlı yaşanan sosyal ve kişilerarası sorunlara rağmen içmeyi sürdürme
Aşırı İçme İsteği (Craving)	9. Alkol almaya zorlanmış hissetmek, içinin gitmesi hali, aşırı içme isteği
Fizyolojik Değişiklikler	10. İstenen etkiyi sağlamak için daha fazla alkol alma gereksinimi (Tolerans) 11. Alkol yoksunluğu veya yoksunluğun rahatsız edici belirtilerinden kaçınma olması



## SORUNLU İÇME DÖNGÜSÜ

Alkol alışkanlık yapıcı psikoaktif bir maddedir. Tekrarlayıcı (kompulsif) içme ile alkolün etkilerine dair olumlu düşünceler ve alışkanlık gelişir. Kaygı veya karamsarlığı azaltmak için, sorunlardan kaçmak için içmek alışkanlık haline gelirse sorunlu içmeden bahsedebiliriz. Duygusal, sosyal ve ekonomik sorunların büyümesiyle sonuçlanabilir. Alkol alarak rahatlarsa bu sorunları çözebileceğine inan kişi içmeye devam eder. Sorunlar büyüdükçe sorunlu içme davranışı pekişir. Sonuç olarak basit bağımlılık döngüsü kurulmuş olur.

AKB geliştirenlerde alkolün kendine ve çevresine verdiği zararları yok sayma, küçümseme gibi kognitif hatalara sık rastlanır. Bir uyarana karşılaştıklarında içmeyi kolaylaştırıcı stratejiler devreye girer. "İçmek sosyalleştirir", "İçen insan çekicidir", "Rakı içenler ölmüş de su içen ölmemiş mi?" ara inanışları aktive olur. "Bugün iç yarın bırakırsın" ve "Bir kadehten bir şey olmaz" gibi izin veren düşünceler içme isteğini daha artırır ve içme davranışı ortaya çıkar.

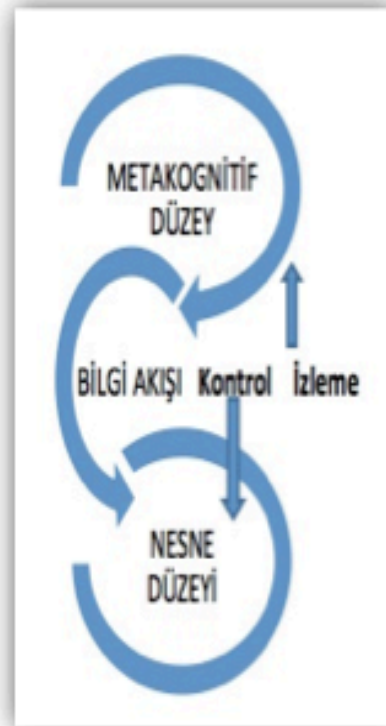
Bu durumu sadece kognisyonlar üzerinden açıklanırken metakognisyon kavramı ihmal edilmiştir.

## METAKOGNİSYON (ÜSTBİLİŞ)

Öncelikle genel olarak metakognisyon kavramını ele alırsak; Kognitif değişkenleri izleme, yorumlama ve düşünceleri kontrol etme metakognisyon olarak adlandırılır. Öğrenme sürecinin

farkında olmak, neyi bilip neyi bilmediğini bilmektir (Brown, 1978; Flavell, 1979).

Metakognisyonlara dair birbiriyle ilişkili iki düzeyli bir yapı önerilmektedir (Nelson ve Narens 1990; Wells ve Purdon 1999). Bu yapı "metakognitif düzey" ve "nesne düzeyi" ile ikisi arasındaki işlemlerden oluşur. (Şekil 1)'de görüldüğü gibi, kognisyonların yer aldığı nesne düzeyi hatalı işleme sürecine kişinin deneyimleri düşünceleri olaylara denk gelir. Geleneksel yaklaşımda gerçeklik yerde nesne düzeyinde algılanır, oysa metakognitif düzey kendilik ve dış dünyayı daha yüksekte izlerken daha geniş bir alanı gözleme ve müdahale olanağı sunar (*metakognitif izleme ve kontrol*).



Şekil 1. Nelson ve Narens'in Metakognitif Modeli (1999)

Metakognitif Düzey: Düşüncelerin kendilikten ve dünyadan ayrı olaylar olarak bilinçli bir şekilde gözlemlenebildiği bir yaşantılama modudur. Nesne Düzeyi: Düşünce ve inanışları zihinsel olaylar olarak görülmeyp gerçeklikle kaynaştırılmasıdır. Metakognitif düzey nesne düzeyindeki işlemler hakkında malumat alır ve kognisyonlar üzerinde denetim oluşturur.

## SORUNLU İÇMENİN METAKOGNİTİF FORMULASYONU

Üç aşamalı metakognitif formülasyon (Spada, Caselli & Wells, 2013)

1. Aşama: Alkol kullanımı öncesi; alkolle ilişkilendirilen tetikleyiciler, içme isteğinin yapısının içindeki imgeler, hatıralar veya düşünceler, uzayan düşünme hakkında olumlu metakognitif inanışların aktive olması, artan içme isteği, ruminasyon ve kaygı veya bunların birlikte ortaya çıkmasına yol açar. İçme isteğindeki artış ve olumsuz duygulanım, alkol kullanım olasılığını artıran kontrol düşüncelerinin gerekli olduğuna dair olumsuz metakognisyonları güçlendirir.

2. Aşama: Alkol alım aşamasında, alkol kullanımına dair olumlu metakognitif inanışlar ve metakognitif izlemede azalma olur. İçtikçe alkol kullanımının kontrol edilemeyeceğine dair olumsuz inanışlar ve perseveratif içmeye katkıda bulunan alkole ilişkin metakognitif düşünceler de artar.

3. Aşama: Alkol kullanımı sonrasında duygulanım, kognitif ve

fizyolojik değişikliklerin izleyen alkole dair olumlu inanışlar artar ve olay-sonrası konuya dair ruminasyon olur. Ardından paradoxal olarak duygulanım ve alkol hakkındaki düşüncelerdeki olumsuzluk artar. Bununla birlikte bu düşünceler hakkındaki olumsuz metakognitif inanışlar güçlenir. Aralıklı alkole ilişkin düşünceleri baskılama girişimleri self regülasyonun başarılması yoluyla ve alkol kullanımı gerileyebilir.

Bu formülasyondan alkol kullanım bozukluğunu değerlendirme, kavramlaştırma ve tedavi süresince yararlanılmaktadır.

## AKB TEDAVİSİNDE KDT'NİN YERİ

Kognitif Davranışçı Modele göre "içme öğrenilen bir davranış olduğuna göre içmeme de öğrenilebilir". Sorunlu içmenin tedavisinde kognisyonlara olumsuz otomatik düşünceleri ve şemaları üzerinden müdahale edilir. Sorunlu içmede Kognitif Terapi (KT) olumlu davranış değişikliği sağlama ve sürdürmede etkili bulunmuştur; hatta depresmeyi önlemede diğer kanıtı dayalı tedavilerden üstündür (Marlatt, 1985; Hoche, 2013). Metakognitif tekniklerden kognitif müdahaleye alternatif değildir ve KT'ye eklenir. Çünkü sorunlu içme davranışının anlaşılmasında kişinin yönetsel işlevlerin düzenlemesini sağlayan "metakognisyon"lar ruhsal yapılar, inanışlar, olaylar ve süreçler üzerinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Spada & Wells, 2006).

## Tedavi hedefleri nelerdir?

(i) İçme sorunu olan hastaya yüksek riskli durumlarını öğrenmesi, uyarıcı yönetimi için gerekli beceriyi kazanmasına yardım edilirken;

(ii) Sosyal anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk gibi eşhastalanım durumlarının tedavisi birlikte yürütülür. Kaygı ve duygudurum bozukluklarında kendini tedavi için (self medikasyon) sorunu içme davranışına sık rastlanmaktadır. Alkolün baş etme stratejisi olarak kullanılmasının temel amacı olumsuz emosyonları azaltmak ve/veya duygudurumu düzeltmektir.

(iii) Daha sonra düşünce ve inanışların modifiye edilmesine odaklanılır. Düşünce modifikasyonu ile işlevsel olmayan kognisyonları daha işlevsel olanları ile değişmesi hedeflenir. Rekognisyon ile dikkati neye vereceğimizi, bilinçte nelerin yer edeceğini şekillendirebiliriz.

## YANITI ARANAN SORULAR

a) Alkol kullanımı hakkında olumlu ve olumsuz metakognitif inanışların olup olmaması

b) Alkol kullanımı olumsuz emosyonlara bir etkisi olduğunun anlaşılıp anlaşılmadığı

c) Alkol kullanımının bir baş etme stratejisi olarak kullanılıp kullanılmadığı ve eğer □öyleyse temel amacının ne olduğu

d) Kullanmayı bıraktığında ne belirtiler oluyor ve bu amacı başarılı olup olmadığını nasıl bildiği

e) Kendini bilmeyi alkol kullanımı nasıl etkilediği

Metakognisyonların ruhsal bozukluklarla ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz metakognisyonel inanışları ve bunlara dair bilişsel güven, kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık beş boyutuyla ele alınmıştır (Cartwright-Hatton ve Wells 1997, Wells 2000).

a) Olumlu metakognitif inanışlar: AKB olan tüm hastalarda alkol kullanımına ait olumlu metakognitif inanışları "alkolün emosyonel, kognitif ve imge olarak kullanışlı bir kendine çeki düzen verme aracı olduğu" hakkındadır.

b) Olumsuz metakognitif inanışlar: İçmeyi denetleyememe ve zarar görme tehlike ile ilgilidir.

c) Bilişsel Güven: Alkol almayı bırakma kendini hasta hissetme ve bellek bozuklukları (blackoutlar) açığa çıkarır. Bu durumda, kendini bilmeyi azaltmaya yardım için alkol alınır.

AKB'da metakognitif izleme ve kontrolde bozukluk olduğunu gösterilmiştir (Spada & Wells, 2006).

Mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık (Detached Mindfulness) tekniği ile yüksekte neler olduğunu izlemesi öğretilir. İçmeyi kolaylaştırıcı düşünceleri ortaya çıkararak hastanın olanları gözlemlemesi ve denetlemesi dakikalar içinde gerçekleşebilir.

## KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU ve BDT



Psikiyatrist Dr. Ömer ŞENORMANCI

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalara göre kumar oynamanın 1 yıllık yaygınlığı %70'lere varan yüksek oranlardadır. Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda 1 yıllık yaygınlık %50 civarındadır. Büyük bir kısım eğlence amaçlı kumar oynarken ufak bir azınlıkta kumar ile ilişkili sosyal, mesleki kayıplar, ailelerin dağılması, intihar, adli sorunlar gibi topluma maliyeti çok yüksek sonuçlar olmaktadır. Erkeklerde daha fazla olmak üzere yaygınlığı %1.5 civarındadır. Bazı hastaların yakınları 'Keşke kumar bağımlısı olmasaydı da madde bağımlısı olsaydı' şeklinde sıkıntılarını ifade ederler.

Kumar oynama bozukluğunun Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan 'Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı'nın son versiyonunda 'Madde ile İlişkili Bozukluklar ve

Bağımlılık Bozuklukları' başlığı altında yer almasına karar verilmiştir. Daha evvel kullanılan 'patolojik kumar' tanımı ise 'patolojik' kelimesinin damgalayıcı olması nedeniyle kaldırılmıştır. Ayrıca eşik altı durumlar için önleyici tedbirlerin alınması önerilmiştir. Bağlı olduğum üniversitede asistanlara kumar sunumu yapmamın ardından, servisimizde rotasyon yapan bir intern doktor "Anlattığınız (aşağıda bahsedilecek) atıf hataları bende de var, şu anda param olmadığı için çok para kaybetmiyorum, ama seneye para kazanmaya başlayacağım ve tüm paramı bahise yatırmaktan korkuyorum" diye gelmişti. Yeni tanı kriterleri bu gibi durumlarda da müdahalelere vurgu yapmaktadır.

Tedavide en güçlü kanıtlar Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Davranışçı Terapi lehinedir. Bağımlılık tedavisinde tedaviye katılımı arttırmaya yönelik motivasyonel görüşme teknikleri tedavinin zorunlu parçasıdır. Öğrenme kuramları açısından kumar oynama 'değişken aralıklı pekiştirme'dir. Pekiştireç değişken aralıklarla verilir, ödülün ne zaman verildiği öngörülemez (kumar makinasının 3, 5, 10. gibi farklı kol çekmelerde jeton kazandırması gibi). Tedavideki davranışçı yaklaşımlar; self monitorizasyon (kendini izleme), aversif (tiksendirme) terapi, sistematik duyarsızlaştırma, imajinal duyarsızlaştırma, covert (örtülü) duyarlılaştırma. Kanıtlar, en iyi sonuçların imajinal duyarsızlaştırma ile elde edildiğini göstermektedir.

Bilişsel terapiye göre kumara ilişkin davranışlar kontrol, şans, tahmin, olasılık gibi konularda yanlış inanç ve tutumlarla çok sıkı bir ilişki içindedir. Kumar ile ilgili sorun yaşayanlar ile yaşamayanlar arasındaki fark, sorun yaşayan kişilerin kumar oynama esnasında yaptıkları atıf hataları ve bilişsel çarpıtmalarıdır. Diğer bir deyişle kumar oynarken atıf hataları ve bilişsel çarpıtmalar yapmayan kişiler kumar oynama ile ilgili sorun yaşamayacaklar diyebiliriz.

### **Kumarla ilişkili bilişsel hatalar;**

**1. Kumar becerisinin abartılması:** Kazanma becerisine gereğinden fazla değer biçme, sürekli kayıplara rağmen aşırı kendine güvenin sürmesi, kumar için özel bilgi edinme ve kumar oynama sistemini geliştirmek için çaba gösterme ile tanımlanabilir. Bazı hastalar tedavi süreci boyunca kumardan uzak dururlar. Bu hastalar irdelendiğinde ise bazılarının zihinsel olarak kumar oynamaya devam ettikleri anlaşılır. Bir hastam görüşme öncesi beklerken televizyon alt yazısından geçen yabancı maç sonuçları ile ilgili tahminler yapıp kendini

geliştirmeye çalışıyordu. Bu hasta 2 sene sonra kendisini tamamen geliştirince tüm tahminlerinin tutacağını düşünüyordu. Tedavi başarısının kumardan sadece fiziksel olarak uzak durmak olmayıp, mental olarak da uzak durmak olduğu unutulmamalıdır.

**2. Batıl davranış ve inanç:** Sahip olunan belli nesnelere iyi şans getirmesi ile kazanma olasılığının artmasına, nesnelere dizilme biçiminin kazanma gücünü arttırdığına inanma. Şanslı ya da öncelikli sayıların olması. Belirli eylem ve ritüellerin kazanma olasılığını arttırabileceğine dair inançlar olması (oturma şekli, yeri gibi). Oyun sırasında yapılan sözel ya da sözel olmayan davranışların sonucu değiştirdiğine inanma (davranışsal hurafeler). Mental durumların kazanma olasılığını etkileyebileceğine dair inançlar (dua etmek veya dilek tutmak gibi). Sonuçta kazanmanın olması için sürekli kumar oynamanın zorunluluğuna inanma (bilişsel hurafeler), batıl davranış ya da inanç örnekleridir.

**3. Atıf yanlışlıkları:** Kazanmayı açıklamak için kişisel faktörlere (beceri, kabiliyet) aşırı değer verirken durumsal faktörleri (şans, olasılık) önemsememek (atıf hataları). Kayıpları pek yakında kazanmanın işareti olarak yorumlamak (kumarbaz yanılışı). İnsani özellikleri kumar araçlarına atfetmek (insanileştirmek). Neredeyse kazanacağı durumları kazanma zamanının yaklaştığının kanıtı olarak almak (kazanma zamanı yanılışı).

**4. Seçici hafıza:** Kazançlar hatırlanırken kayıplar hatırlanmaz.

**5. Belirtilerin yanlış yorumu:** Belirsiz uyarılar (bedensel duyular, sezgi, olağan dışı olaylar) kumar oynamayı tetikler ya da devam ettirir.

**6. Şans kontrolü:** Taktik olarak bahis için iyi şans gelene kadar beklemek ya da kötü şans periyodundan kaçınmak (şansı ayarlama). Batıl davranışlar ile şansı aktif olarak manipüle etmeyi denemek (şansı değiştirme). Doğuştan bazı oyunlarda şanslı diğerlerinde ise şanssız olduğuna inanmak (şans özelliği). Yaşamın diğer alanlarındaki

başarıyı kumardaki başarıya genellemek. Diğer oyuncuların iyi ya da kötü şansını getirebileceğine inanmak (şansın yayılması).

BDT’de amaç kişinin sahip olduğu atıf hataları ve bilişsel çarpıtmalarla ilgili farkındalığını artırarak bunlara olan inancını zayıflatmaktır. Kumarın sonucunu etkileme ve oyunun neticesini belirlediğine inanılan hatalı bilişlerle ilgili kuşkular ortaya çıkarılarak, daha işlevsel yeni açıklamalar geliştirilmeye çalışılır. Temel tedavi hedefi, rastgele olan oyun (zar atma, piyango, loto vs.) sonuçlarının kontrol edilemeyeceği, rastgele olmayan ayrıca beceri de gerektiren oyun (poker, iddia, at yarışı vs.) sonuçlarının ise hatasız olarak öngörülemediği kabulüne dayanır.

Çarpıtılmış bilişsel süreçler görüşmede sırasında kolayca ortaya çıkarılabilir. Piyango, at yarışları, iddia, zar atma ve yazı tura bu uygulamada kullanılabilir. Gerçekte para koymadan, kişiden tahmine götüren bilişsel süreçleri tanımlaması ve bunların etkinliğini kanıtlaması istenebilir. ‘Ne tür kumar oynayacağınız tercihi nasıl oluştu?’ sorusu belirli oyunlarla şans duygusu arasındaki ilişkilendirmeler nelerin olduğunu (ör. doğuştan yetenek) anlamak için, ‘Ne zaman kumar oynayacağımıza nasıl karar veriyorsunuz?’ sorusu iç güdü ya da sezgi, şans duygusu gibi tetikleyicileri anlamak için, ‘Kumarda para kaybettiğiniz zaman tepkileriniz neler olur?’ sorusu kazanmak yaklaştı gibi telafi çabalarına giden yolları anlamak için iyi sorulardır.

Hastalarda anksiyete bozukluklarında görülebilen düşünce-eylem kaynaşmasına benzer şekilde şans-yetenek kaynaşması olur. Şans ve yetenek ayırımının yapılması terapideki önemli noktalardan biridir. Şans; rulet, barbut, kumar makineleri gibi kişinin sonuç üzerine öngörü ya da kontrolünün olmadığı oyunlara özgüdür. Terapi içinde her oyunun ayrı bir olay olduğunu ve önceki oyunlar ya da olaylar tarafından etkilenmediğini hasta ile birlikte değerlendirmek gereklidir. Örneğin, 99 mavi, 1 kırmızı bilye dolu torbadan kırmızı bilye çekme olasılığı 1/100’dür. Eğer gelen bilye mavi ise tekrar

kırmızı bilye çekme olasılığı 1/100'dür. Oyun tekrarlandıkça 1/100 oranında değişme olmaz. Atıf hataları ve bilişsel çarpıtmaların olduğu durumlarda ise oranın değişmez olduğu gerçeği hasta için bozulmuştur.

Yetenek; bilardo, futbol, basketbol gibi çaba ve emek vermeyle ilişkili oyunlara özgüdür. Kişi kendisini geliştirdikçe kazanma stratejilerini daha iyi hale getirir ya da sonuçları etkileyebilir. Görüşme esnasında hastalara bahis oyunlarını yetenekleriyle tam olarak tahmin etme oranının kaç olduğunu sorulduğu zaman %90-95 gibi yüksek puanlar verebilirler. Terapi içinde sokratik sorgulama tekniklerinin kullanılması, ev ödevi olarak da bilgi toplayıcı anketlerle bu yüksek oranlar hasta ile birlikte sorgulanabilir.

Temel davranışsal düzenlemelere örnek olarak iş çıkışı eve farklı yollardan gitmek, tatil planları ve gidilecek yerlerin özelliklerine dikkate etmek, kumar oynanan yerlere asla yalnız gitmemek, kumar oynama tekliflerini geri çevirebilmek (hayır diyebilme becerisi), paraya erişiminin kısıtlanması, geçici olarak para idaresini güvenilir birisine ya da finansal danışmana devretmek verilebilir. Kişi bu stratejileri gerçekleştiremezse yanında çok az ya da hiç para taşımamak, kredi kartlarını iptal etmek, ATM kartı taşımamak, arkadaşlara ve aileye borç para vermemeleri konusunda açık talimat vermek, kumara erişimini sağlayan akıllı telefon kullanımını yasaklamak ve internet kullanımını denetlemek gibi önlemler daha da sıkılaştırılabilir. Kumar oynama bozukluğu diğer bağımlılıklar gibi iyileşme ve tekrarlama epizodlarıyla giden kronik bir durumdur. Ufak bir kayma halinde bile on binlerce liralık kayıplar yaşanabilmektedir. Zorlu hastalara son aşama olarak kendi iradesi ile yasal danışman veya vasi olarak bir yakının atanmasını önerdiğim de olmuştur.

## Yorumlar

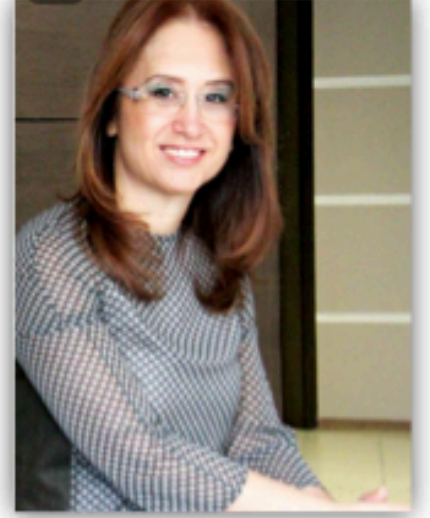
- Hem alkol/madde hem kumar beyinde aynı ödül merkezi üzerine etki ederler. Kumar oynama bozukluğunu 'bağımlılık' başlığı altında değerlendirilmesi hem araştırmacılar için hem de klinisyenler için karışıklıkları giderici, olumlu bir gelişmedir.
- Kumar ciddi bir beyin hastalığı olmasına rağmen, bazı klinisyenler dahi ahlaki bir sorun olarak görme eğiliminde olabilmektedir.
- Yapılan bazı çalışmalarda motivasyonel görüşme teknikleri ve BDT'nin eşit etkinlikte çıkması yanlılıkla motivasyonel görüşmenin ayrı bir terapi biçimi gibi anlaşılmasına yol açmıştır. Özellikle bağımlılık alanında motivasyonel görüşme BDT'nin ayrılmaz bir parçasıdır.
- Öğrenme kuramları açısından kumar oynama 'değişken aralıklı pekiştirme'dir. En uzun süreli öğrenme ve en uzun süreli sönme kumar gibi 'değişken aralıklı pekiştirme'nin olduğu durumlarda olmaktadır (bir kısım internet bağımlısının da bu şekilde koşullandığını düşünüyorum. Sürekli yapılan tıklamalar ve rastlanan olumlu/olumsuz pekiştirici etkisi yüksek sayfalar). Dolayısıyla ben bu alanda bilişsel terapiye daha fazla ağırlık veriyorum.
- Kumar oynama bozukluğuna diğer hastalıklardan farklı olarak daha esnek bir yaklaşım uygulanabilir. Örneğin 'şu an tedavi olmak istemiyorsun ama istediğin zaman gelebilirsin' denilebilir. Hasta bir gün kendini hazır hissedip gelirse veya randevularını aksatıp başka bir tarihte gelirse onu reddetmeden ve yargılamadan tüm tedavi olanaklarını sunabiliriz.
- Her ne kadar kredi kartı iptali, ATM kartı taşımamak gibi davranışsal düzenlemeleri yapan hastaların tedaviden daha çok fayda gördüğünü bilsek bile, davranışsal düzenleme kararlarını terapist tek başına almamalı, hasta ile kurulmuş terapötik ilişkinin gücü kullanılarak ortak kararlar alınmalıdır.
- Maalesef şu an Türkiye'de özel olarak getiren bazı eczaneler dışında bulunmayan naltrekson etken maddeli ilaç, kumar dürtüsünün çok yoğunlaştığı gerekli hallerde alındığı zaman BDT ile iyi bir kombinasyon olabilmektedir.

## OBEZİTE VE KOGNİTİF DAVRANIŞCI TERAPİ

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite genel olarak beden yağ kütlesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.

### Obeziteli bireylerin ortak özellikleri;

- Dürtüsellik
- Düşük öz değerlilik,
- Vücut şeklinden hoşnut olmama,
- Mükemmeliyetçi tutum
- Disinhibisyon (davranışlarını kontrol edememe)



Psikiyatrist Dr. Gülay OĞUZ

Obezitenin davranış değişikliği tedavisi; obeziteye neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenmeyen davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinde amaç; yaşam boyu sürecek davranış değişikliğini oluşturmak ve böylece ağırlık kaybının korunmasını sağlamaktır.

Davranış teorisine göre, yeme davranışı gıdaların hedonik (haz verici) özellikleri ve açlık hissini azaltmaları ile pekişir ve güçlenir. Fazla yemenin yol açacağı negatif sonuç, yani kilo alımı geç ortaya çıkacağı için tat ve tokluğun yol açtığı erken pozitif pekiştirmenin yanında etkisi daha hafif kalmaktadır. Egzersiz; kısa dönemde özellikle de obez kişiler için yorgunluk, rahatsızlık ve zorlamaya neden olarak itici gelmekte, ancak uzun dönemde zindelik, kilo kaybı ve daha iyi bir sağlık durumuna yol açmaktadır. Bu nedenle, egzersiz ile sağlanan aktivite artışı o anda olumsuz görünmekte fakat oldukça geç dönemde olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenlerle pekiştirme ve güçlendirme gibi temel motivasyon prensipleri yemeyi arttırırken aktiviteyi azaltmakta ve yavaş yavaş kilo alınması sonucu zamanla kronik obeziteye neden olmaktadır. Bu davranışların çeşitli çevresel ve biyolojik uyarılarla güçlendiği düşünülmektedir. Televizyon seyredirken atıştırma ve işten sonra egzersiz yerine istirahat etmek örnek olarak verilebilir. Davranış tedavisinde amaç bu alışkanlıkları sistematik bir yaşam tarzı değişimi ile sürdürmektir.



### Davranış Tedavisinin Uygulanma Şekli

Obezite için davranış tedavisi genellikle bir terapistin yönetiminde, 10-12 kişiden oluşan gruplarla, haftada 1-2 saatlik oturumlar halinde 12-20 hafta boyunca uygulanır. Çoğu programda arada destek toplantıları da yapılmaktadır.

## Davranış Tedavisinin 8 bileşeni

- 1) Self-monitörizasyon
- 2) Uyarı kontrolü
- 3) Yememin kontrolü
- 4) Pekiştirme ve güçlendirme
- 5) Bilişsel yeniden yapılanma
- 6) Beslenme Eğitimi
- 7) Fizik aktivite
- 8) Davranış kontratları

### 1) Self Monitörizasyon:

Kendi kendini gözleme yönteminin esası; o anki yemek yeme ve egzersizle ilgili davranışları n kaydedilmesidir. Ana ve ara öğünleri, açlık derecesi, yemek yenilen yerleri ve zamanı, kimlerle yendiği, yemek sırasındaki aktiviteleri, yenilen besinlerin miktar ve çeşidini, yemek yenildiğinde hissedilenleri; aynı zamanda fiziksel aktivitenin türü, süresi ve aktivite yapıldıktan sonra hissedilenleri içeren bir "günlük" (kayıt formu) tutulmalıdır. Bu şekilde kişinin obeziteye neden olan ve değiştirilmesi gereken hatalı davranışlarının farkına varması sağlanmış olur. Kayıt tutma yöntemi, hem değerlendirme hem de tedavi aşamasında başvurulan bir yoldur. Bu yöntem değerlendirmenin ve değişimin temelini oluşturur. Bireyin sorununu formüle etmeyi kolaylaştırır.

### 2) Uyarı Kontrolü

Yemekten önce gelen uyarının kontrol edilmesi, hatalı yeme davranışlarını düzeltmede büyük kolaylık sağlar. Sonuçta bu yolla kişilerin yemek yeme ile ilgili dış uyaranlara maruz kalmalarını önlemek veya azaltmak, uygun yemek yeme davranışı için uyaranları arttırmak amacıyla çeşitli yol ve yöntemler uygulanır

### 3) Yeme davranışının kontrolü:

Yeme davranışının kontrolünün amacı yeme davranışının hızını ve sıklığını azaltmaktır.

**4) Pekiştirme ve güçlendirme:** . Olumlu sonuçları doğuran davranışlar pozitif pekiştirme, olumsuz sonuçlardan koruyan davranışlar ise negatif pekiştirmeye yol açarlar. Fazla yeme davranışında gıdanın güzel tadı pozitif pekiştirici faktör iken açlığın giderilmesi negatif pekiştirici bir faktördür. Bu doğal ve içgüdüsel pekiştirmeler ancak olumsuz etkilerinin önlenmesi ile değiştirilebilir. Örneğin öğün atlamayarak veya iştah kesici ilaç kullanılarak açlık hissinin önlenmesi gibi. Bu nedenle pozitif pekiştirme Ödüller üzerine kuruludur.

### 5) Bilişsel Yeniden Yapılanma:

Obez bireyler kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumsuz inançlar taşırlar. Bu olumsuz inançlar zayıflamak için önceki veya şu andaki gösterdikleri çabalara da yönelik olabilir. Kognitif modellerle tedavinin başarı oranını arttırmak için bu inançlar değiştirilmeye çalışılır. Aynada kendini gördüğünde veya aşırı yemek yediğinde, kendini "her şeyde başarısız biri" olarak farz eden kişinin aynı zamanda zayıflama çabalarını başarıyla sürdürme olasılığı da çok düşüktür . Burada birinci adım hastanın kendisi ile olan karşıt fikirleri fark etmesinin sağlanması ve ardından bu fikirlere karşı yeni fikirlerin geliştirilmesi ve bunları otomatik olarak kullanılmasına yardımcı olmaktır.

### 6) Beslenme Eğitimi:

Hastalar beslenme eğitimi verilirken yaşam boyu sürecek bir yeme davranışını öğrenme yöntemi olarak sunulmalıdır. Uzun yıllar ve değişik kimseler tarafından sürekli "diyet" adıyla söz edilen kısıtlamalar hastayı bıktırmıştır ve uyumunu güçleştirmektedir. Diyet yerine yeni bir beslenme alışkanlığı kazanmak şeklinde benimsenmesi sağlanmalıdır.

### 7) Fizik Aktivite:

Fizik aktivite monitörize edildikten sonra bunu attırmak için davranış teknikleri geliştirilir. Önemli

olan buna yavaş bir şekilde başlanmasıdır.

### 8) Davranış Sözleşmesinin Yapılması:

Davranış sözleşmeleri uyarı kontrolü ile pekiştirme yöntemlerinin örtüşmesini sağlamak için yapılır. Davranış sözleşmeleri hasta, terapist ve diğer grup üyelerinin ortak olarak geliştirdikleri yazılı sözleşmelerdir. Tipik bir sözleşme ilerleyen bir davranış değişikliği için bir hedef ve bunun karşılığında ödülü net olarak belirler

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

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
	ERDOĞMUŞ	Şükran Konca	BAŞTUĞ	Serdar	KIRCI
Azad	GÜNDERİCİ	Gülây	OĞUZ	Selcen	ESENYEL
Begüm	AKMANIŞ	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	GÜNDOĞAR	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	FİSTİKÇİ	Omer	SENORMANCI
Elif	SARAL MUTLU	Nurperi	GÜRSON	Defne	ERASLAN
Elif	ULUBAK	Ozan	PAZVANTOĞLU		
Fatma	ÜLGER	Onur	YILMAZ		



## ULUSAL ve ULUSLARARASI KONGRELER



### KDTD 4. Ulusal Kongresi

5-8 Kasım 2015, İstanbul

[www.kdtd.org.tr](http://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](http://www.essm.org)

[www.europeansexology.com](http://www.europeansexology.com)



### 47. EABCT Kongresi

21-24 Eylül 2017, İstanbul

[www.eabct.com](http://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 ağıımız 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 ağıımız 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

**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](http://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](http://www.kdtd.org.tr)