



# KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ (KDTD)

E-DERGİ

OCAK 2016

SAYI 5



*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...*

## KDTD'nin Gelecek Dönem Etkinlikleri

### Irmak Okulları Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü Sempozyum

*"Erken Çocukluktan Ergenliğe Kaygının Görünen  
Yüzleri"*

Tarih: 9 Ocak 2016 Cumartesi

Yer: Irmak Okulları Kültür Merkezi

### Çocuk ve Ergenlerde İyi ve Etik Uygulamalar Bağlamında KDT Eğitimi

Tarih: Şubat 2016

Yer: KDTD

Eğitmen: Ceu SALVADOR

### Diyalektik Davranışçı Tedaviler Eğitimi

Tarih: 5-6 Mart 2016

Yer: KDTD

Eğitmenler: Andre IVANOFF (Linehan Enstitüsü  
Başkanı), Anthony DUBOSE (Linehan Enstitüsü  
Eğitim Koordinatörü)

### Narsisistik Kişilik Bozukluklarını Anlama ve Tedavide KDT Çalışma Grubu

Tarih: 12 Haziran 2016

Yer: KDTD

Eğitmen: Arthur FREEMAN

#### İçindekiler

#### Yeme Bağımlılığı ve KDT

Mükerrem Güven

Sayfa 2

#### Çocuklarda Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde KDT Uygulamalarında Prensipler

Gül KARAÇETİN

Sayfa 5

#### Nereye Kadar Performans? Sınır Var Mı?

Ahmet ÇETİN

Sayfa 13

## YEME BAĞIMLILIĞI & KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ



Psikiyatrist Dr. Mükerrerem GÜVEN

İştah açıcı şekerli, tuzlu ve yağ oranı yüksek hazır gıdaların tüketimi gittikçe yaygınlaşmaktadır. Hiperkolesterolemi gibi belli metabolik bozukluklara yol açması nedeni ile yeme bağımlılığı bilim çevresinde dikkat çeken bir kavramdır.

Son yıllarda Avrupa ve Amerika'da başta olmak üzere, obezite dünya genelinde hızla artan bir sorundur. Bu durum bazı kaynaklarda "globesity" olarak adlandırılmaktadır. Obez, Beden Kitle İndeksi 40'ın üzerinde olanlarda ve aşırı yemek yiyen kişilerde yeme bağımlılığı tanısı akla gelmelidir. Ayrıca, kişinin "yetersizlik" şemalarına karşı aşırı telafi stratejileri geliştirmesi yoluyla yemeyi kısıtlama ve beslenme yetersizliği kaşeksiye dahi rastlanabilmektedir.

Genel toplumda yeme bağımlılığının yaygınlığı %2 olarak tahmin edilmektedir. Kadın erkek oranı kadınlar lehinedir. Üç kadından birisinde Premenstrüel Sendrom ve tıknırcasına yeme belirtileri gözlenmektedir.

### YEME BAĞIMLILIĞI MODELLERİ

Kişi temel ihtiyacı olan yiyecek ve onun verdiği hazı duygusal sorunları ile baş etme aracı olarak kullanır. İştah açıcı yiyecekler, tıknırcaya yeme sonrası ve hızlı uyarı girdisi, kanda ve beyinde yüksek glukoz düzeyinin artması nedeniyle, beyinde ödül sistemini aktive edebilir.

Yeme Bağımlılığı modelini destekleyen nörobiyolojik araştırmalar bulunmaktadır. Hayvan deneylerinde glukozdan zengin yiyeceklerin beyinde ödül sistemini aktive ettiği ve şekerli ve yağlı gıdalardan zengin beslenmenin fizyolojik olarak "Çekilme Sendromu"na yol açtığı gösterilmiştir.

**Klasik Öğrenme:** Üzüntülü, kaygılı iken şeker tüketme (Koşulsuz Uyarı) ile sakinleşme olduğu öğrenilirse; duygu düzenleyici olarak karbonhidrat tüketimi (Koşullu Uyarı) kullanılmaya başlanabilir. Kompulsif şekilde yeme atakları tekrarlırsa otonom ve biyokimyasal düzeyde değişiklikler oluşur. Aşırı yeme isteği kontrol edilemez ve Tıknırcasına Yeme Bozukluğu gelişir.

İştah açıcı yiyecekleri görmek, kokusunu almak yeme isteğini tetikler. Aşırı yeme isteği (aşırma) oluşur. Sonuç olarak; *koşullu uyarılar* hep var olacağı için, yeme ataklarının yinelemesi kaçınılmazdır.

**Kognitif Model:** Yeme atağını yorgunluk, halsizlik izlerse, *otomatik olumsuz düşünce* "Kan şekerim düşmüş olmalı" ve bu düşünceyi izleyen "tedirginlik" hissi, yemeyi kolaylaştırıcı düşünceleri aktive eder "Bir parça çikolata iyi hissettirir" düşüncesi ile yeme isteğinin artması ve eyleme geçme gerçekleşir.

Yeme bağımlılığı döngüsü Şekil 1'de özetlenmiştir.

**Stres-Yeme Modeli:** Popüler ve katı diyet kısıtlamaları aşırı yeme atakları ile son bulabilmektedir. Yeme eylemini kontrol çabaları ile kişinin yeme isteğini kontrol etmesini zorlaştırır. Zihnin yeme ve yememe düşüncesi ile aşırı meşguliyeti ve yemeyi denetleyememeye, kısa sürelerde aşırı gıda tüketimi kilo artışına yeniden diyet uygulamalarına başvurma ile döngü süreklilik kazanır.



Şekil 1. Yeme Bağımlılığı Döngüsü

Yeme bağımlılığında kilo artışı, karşı konulamayan yeme isteğinin şiddeti ile yakından ilişkili bulunmuştur. Bulimiya Nervozada olduğu gibi uyarı ile dışa atım yöntemleri kullanılmadığı için, metabolik hassasiyet olmadan zayıflama güçlüğü ve tıknircasına yeme olur.

Başta yeme eylemi haz vericidir. Zamanla aynı miktardaki gıda, aynı mutluluğu vermezse "tolerans" gelişimi söz konusudur. Zihnin yemek yeme ile aşırı meşguliyeti ve diğer yaşam alanlarında daralma, günlük işlevsellikte bozulma ve yemenin sorumluluk ve görevlere öncelik kazanması söz konusu olabilir. Bu durum alkol ve madde kullanım bozuklukları ile benzerlik gösterir.

### EMOSYONEL YEME

Stres altındayken, açlığı kontrol eden iki madde kortizol ve adrenalin artış gösterir. Yoğun bir emosyon hissediyorken, aç olmasanız dahi kendinizi sakinleştirmek için yemeğe yönelirsiniz. Bu durum bedensel ya da emosyonel açlık olup olmadığını belirlemede karıştırmaya neden olabilir. Emosyonel yeme beden ve zihin sağlığını olumsuz etkileyebilir, bu nedenle onu yönetmek için stratejiler bulmak önemlidir.

### (DSM-5) TANI ÖLÇÜTLERİ

#### Tıknircasına Yeme Bozukluğu (TYB)

- En az 3 ayda 1 hafta süren
1. Yeme üzerinde kontrol kaybı,
  2. Aşırı miktarda yiyeceği kısa sürede yeme,
  3. Yalnız yeme eğilimi,
  4. Kendinden tikslenme, suçluluk, utanç, çökkünlük duyguları olur.
- Obezite oranı %30 ile sınırlıdır.

#### Gece Yeme Sendromu

1. Yiyeceğin yarısından fazlasının akşam yemeği sonrası yenmesi,
2. Karbonhidrat ağırlıklı beslenme, sürekli atıştırma,
3. Anksiyete, depresyon, kendini suçlama olur.

Bu sendromda obezite oranı daha düşüktür (%6).

Emosyonel açlık aniden ortaya çıkma eğilimindedir. Öğünlerin dışında yeme ve cips gibi tuzlu ya da çikolata gibi tatlı bir şeylere özel bir dayanılmaz yeme isteği duyma vardır. Oysa fiziksel açlık aşamalı olarak ortaya çıkar ve son öğünle ilişkilidir.

Emosyonel yemenin birkaç belirtisi: stres hissedildiği zaman yeme, aç değilken bile yeme, iyi hissetmek için yeme, kendini ödüllendirmek için yeme, şişkinlik hissedene kadar yeme, etrafta yiyecek olduğunda kendini kontrol edemeyerek yeme.

Emosyonel yeme, duygudurum bozukluklarının erken belirtisi olarak kış aylarında ortaya çıkabilir. Bu durum TYB karıştırılmamalıdır.

### YEME BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE KOGNİTİF VE DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM

Aşırı yeme davranışının sağlıklı beslenmeye dönüşmesini sağlamada, diğer bağımlılık türlerinin tedavilerine benzer prensipler söz konusudur. Ancak, sigara, alkol ya da kumar oynama temel gereksinimler değildir, ara verilebilir, yasal yaptırımlar uygulanabilir. Yeme bağımlılığında doğal olarak, hedef davranış değişikliği temel gereksinimimiz olan yeme davranışına ara vermek olamaz. Emosyonel streslerden kaçınan katı düşünen birinin öncelikle değişimi kabulü gerekir. Yeni durumun gerektirdiği çabayla yüzleşmeyi sağlama, ruhsal esneklik, davranışsal değişim ve kognisyonların yeniden düzenlenmesi hedeflenir.

**Düşünce Durdurma Tekniği:** Bir şeyi yemeden önce aşağıdaki 4 soruyu kendine sormasını, gerçekten aç olduğuna karar verirse yemesi önerilebilir.

“Aç mıyım?”

“Yalnız mıyım?”

“Duygusal açlık hissediyor olabilir miyim?”

“Uykuya, dinlenmeye yemeden daha çok ihtiyacım olabilir mi?” Soruları kolayca hatırlamak için baş harflerden oluşan AYDU kısaltması kullanılabilir. İngilizce bilenlerde “bunu yaparım” anlamında (AY DU IT) da hatırlatıcı olabilmektedir.



**Depreşmeyi Önleme Stratejileri:** Bu süreçte kişinin kendine gerçekçi bir özsaygı geliştirmesine yardım edilir. Böylece, laps durumlarında, perhizi bozmanın etkileriyle baş etme yanıtı kazanılır. Israrlara karşı koyabilme gibi iletişim becerileri öğretilir, olumlu davranış değişikliğini ödüllendirme, hareketliliği artırma egzersizleri uygulanır. Yeme sorunu üzerine odaklanmak yerine emosyon regülasyonu ve Yargısız Farkında Meditasyon tekniklerinden yararlanır. Kabullenim ve yargısız farkındalık temelli yaklaşım ile kişinin ruhsal esnekliği artırılmaya çalışılır. İşlevsel olmayan düşüncelerin ya da bilişsel düzenleme gibi güçlü kontrol stratejilerinin doğrudan yerleştirilmesi yerine tanıtılması, mevcut ve devam eden değerlerin hastanın özgür iradesi ile seçilmiş olması tedavi başarısı artırıcıdır.

Aç mıyım?

Yalnız mıyım?

Duygusal açlık hissediyor olabilir miyim?

Uykuya, dinlenmeye yemeden daha çok ihtiyacım olabilir mi?

## ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TEDAVİ UYGULAMALARINDA PRESNSİPLER

Anksiyete bozuklukları çocukların yaşamlarının birçok alanını olumsuz etkilemektedir. Çocukluk döneminde tedavi edilmeyen anksiyete bozuklukları yaşamın ilerleyen dönemlerinde madde kullanım bozuklukları ve depresyon açısından risk oluşturmaktadır. Çocuklarda görülen anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu bilimsel araştırmalarla gösterilmiş, kanıta dayalı tedavi yöntemlerinin başında Kognitif Davranışçı Terapiler (KDT) gelmektedir. Çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde çocuğun anksiyete semptomları ile ilişkili bilgi işlemlerini hedef alan kognitif yaklaşımlar ve öğrenme kuramlarından köken alan davranışçı yaklaşımların kombinasyonu kullanılmaktadır. Tedavinin amacı anksiyete belirtilerinin çocuk ve ergenlere öğretilmesi ve bu belirtilerin anksiyeteye başa çıkma stratejileri olarak kullanılmasını sağlamaktır.



Psikiyatrist Dr. Gül KARACETİN

Çocuklarda anksiyete bozukluklarının kognitif davranışçı tedavisinde fazlar diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisine benzer şekilde terapötik ilişki kurmak, değişim için motivasyon sağlamak, değerlendirme, vaka formülasyonu, tedaviyi oluşturmak ve motivasyonu devam ettirmek, ilerlemeyi takip etmek, kazanımları sürdürmek ve yaygınlaştırılmak ve tedaviyi sonlandırılmaktır. Değerlendirmeyi yaparken terapistin çocuklarda gelişim esnasında görülebilecek fizyolojik anksiyete ve korkular ve anksiyete bozuklukları arasındaki ayrımı yapabilmesi önem taşımaktadır. Çocuklarda görülebilecek fizyolojik korkular yaş dönemlerine göre şu şekilde özetlenebilir:

- ilk 6 ay: yüksek ses, ani pozisyon değişikliği
- 6-10 ay: yabancı anksiyetesi; en fazla olarak 8. ayda görülmektedir
- 10-16 ay: ayrılık anksiyetesi; en fazla olarak 15-16. ayda görülmektedir.
- 2 yaş: hayali figürler, hırslılar, karanlık
- 3 yaş: hayvanlar, yalnızlık
- 4 yaş: karanlık, hayalet, fırtına-gök gürültüsü
- 6-12 yaş: yaralanma, hastalık, gök gürültüsü-kasırğa gibi doğa olayları, sosyal ortamlar, okul, kaza, ölüm, diş hekimi
- 13-18 yaş: okul performansı, okulda ceza gerektiren durumlar, sosyal yeterlilik ve sağlıkla ilgili konular

Ayrıca değerlendirmede fizyolojik korkuların ve anksiyetenin uyuma yönelik bir duygu olduğu, sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açmadığı ve zaman içerisinde kaybolduğu; anksiyete bozukluğunda anksiyete semptomlarının uyuma yardımcı olmayan, sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açan nitelikte olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Değerlendirme aşamasında anksiyete bozukluğunun bilişsel, davranışsal, bedensel belirtileri, belirtilerin öncülleri ve sonuçları, çocuğun işlevselliğindeki bozulma değerlendirilmelidir.

Anksiyete bozukluğu olan bir vakanın formülasyonunda hazırlayıcı, tetikleyici, sürdürücü ve koruyucu faktörler belirlenmelidir. Sürdürücü faktörler arasında özellikle kaçma ve kaçınma davranışı, bilişsel çarpıtmalar ve dikkat yanlılığının belirlenmesi tedaviyi de yönlendireceği için büyük önem taşımaktadır. Formülasyon aşamasında terapist çocuğun belirtilerinin ortaya çıktığı ortam ve koşullardan yola çıkarak anksiyete bozukluğunun tanısıyla ilgili fikir sahibi olabilir; belirtilerin sosyal ortam ya da performans gerektiren durumlarda ortaya çıkması sosyal anksiyete bozukluğunu, belirtilerin ayrılık ya da ayrılık beklentisi durumunda ortaya

çıkması ayrılık kaygısı bozukluğunu, özgül bir nesne ya da durumun varlığı ya da karşılaşma beklentisi ile belirtiler ortaya çıkıyorsa özgül fobiyi, birçok olay ya da etkinlik durumunda belirtiler ortaya çıkıyorsa yaygın anksiyete bozukluğunu, beklenmedik panik atakların yaşanması durumunda panik bozukluğu düşünülebilir.

Anksiyete bozuklukları geniş bir tanı kategorisidir ve yukarıda belirtildiği üzere alt tanımlar içermektedir; her bir anksiyete bozukluğunda kullanılan KDT yöntemi farklı olmakla birlikte tüm anksiyete bozukluklarında genel olarak kullanılan terapi bileşenleri arasında psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve alıştırmaya tedavisi gelmektedir.

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde en önemli bileşenlerinden biri psikoeğitimidir. Psikoeğitim ile çocuğa ve ebeveyne anksiyete semptomları konusunda bilgi vermek ve anksiyetenin normalizasyonunu sağlamak amaçlanmaktadır. Çocuğa ve ebeveyne verilmesi gereken mesaj anksiyetenin tehdit unsuru ile karşılaşma durumunda ya da tehdit beklentisiyle aktive olan koruyucu, uyuma yönelik olarak verilen normal bir tepki olduğu, anksiyete bozukluğunun bu normal reaksiyonun uçlarda ya da abartılı olarak yaşanmasından ve anksiyete cevabının aktive edilmesi ve sonlandırılmasındaki problemden kaynaklandığıdır. Psikoeğitimde ebeveynin ve çocuğun anksiyete bozukluğunu anlamasını kolaylaştırmak amacıyla çocuğun gelişim düzeyine uygun metaforlar kullanılabilir, örneğin: anksiyete bozukluğu yangında aktive edilmesi gereken bir sistemin en ufak bir dumanla aktive olması ve sonlandırılmaması olarak tanımlanabilir. Psikoeğitimde çocuklara düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki ilişki anlatılır; çocuğun yakın zamanda yaşadığı anksiyete oluşturan bir olay, bu olayın sonucu oluşan düşünce ve duygular üzerinden anlatılması çocuğun aradaki ilişkiyi anlamasını kolaylaştırabilir. Ebeveynlere ve çocuğa anksiyete bozukluğunun çocuğun tehlikeyi abartılı

yorumlaması ve baş etme gücünü abartılı olarak düşük algılaması ile ilişkili olduğu ve tedavide amacın tehlike algısını düşürmek ve baş edeceğine dair inancı arttırmak olduğu bilgisinin verilmesi ebeveynlerin ve çocukların tedavi rasyonelini anlaması ve tedaviye uyum açısından önemlidir.



Çocuklarda görülen anksiyete bozukluklarının tedavisinde önemli bileşenlerden birisi de bilişsel yeniden yapılandırma. Bilişsel yeniden yapılandırmada amaç çocuğun kendisi, diğerleri ve gelecek hakkındaki görüşünü değiştirmek, yeniden yapılandırmak, işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmaları işlevsel düşüncelerle değiştirmektir. Bilişsel çarpıtmaları anlayabilmek ve değiştirebilmek için bir yönlendirilmiş keşif tekniği olan sokratik sorgulama kullanılabilir; sorular sorarak çocuğun kendi düşünce biçimlerini daha iyi anlaması, düşüncelerini çeşitli bilişsel çarpıtmalar yönünden ele alması ve düşünce içeriği ve biçimlerinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesi sağlanabilir.

Çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş teknikler arasında alıştırmaya (exposure)-temelli tedaviler gelmektedir. Alıştırma tedavisinde amaç çocuğu anksiyete oluşturan ve bu yüzden kaçınma davranışlarına neden olan çeşitli uyaranlara yeterince süre yüzleştirerek, kaçınma davranışının sönmesi ve alışma durumunun ortaya çıkmasını sağlamaktır. Anksiyete oluşturan uyarana kademeli olarak alıştırmaya davranış deneyleriyle

gerçekleştirilebilir. Davranış deneyi 4 aşamadan oluşmaktadır:

- 1- *Hazırlık aşaması*: uyararla (örn: köpek) ya da durumla (örn: sosyal ortam) karşılaşma öncesi durumun tanımlanması ve kaygı yaratan durumların belirlenmesi. Bu aşamada kaygı puanlandırılabilir ya da çocuğun beklentileri konuşulabilir.
- 2- *Alıştırma aşaması*: çocuğun anksiyete oluşturan durumla yüzleştirilmesi
- 3- *Test aşaması*: çocuğun korktuğu sonucun olmadığını deneyimlemesi
- 4- *Özet aşaması*: davranış deneyinin değerlendirilmesi

Sonuç olarak; çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde KDT yaklaşımları etkinliği bilimsel açıdan gösterilmiş; kanıta-dayalı tedavi yöntemleridir. Değerlendirme ve vaka formülasyonu aşamaları tedaviyi belirlemek açısından önem taşımaktadır. Anksiyete bozuklukları geniş bir tanı kategorisi olup, özgül anksiyete bozukluklarında farklı tedavi yöntemleri uygulanmakla birlikte, genel olarak kullanılan yöntemler arasında psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve alıştırma tedavisi gelmektedir. Tedaviye ailenin katılımı tedavinin etkin bir şekilde uygulanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Not:Bu yazının içeriğinin oluşturulmasında büyük katkısı olan Prof. Dr. Ceu Salvador'a teşekkür ederiz.



Psikiyatrist Dr. Berk Murat  
ERGÜN

## BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ PERSPEKTİFİNDEN BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA BİR BAKIŞ

*“Kendimi öldürmeye çalışmadım” dedi Gamze doktora. Doktor ona ne yapmaya çalıştığını sorunca da “yalnızca içimde yaşadığım bütün bu dayanılmaz saçmalıkları durdurmaya çalışıyordum” diye yanıt verdi. Gamze iki kutu antidepressan ilaç içerek gerçekleştirdiği intihar girişiminden sonra borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısı konularak psikiyatri hastanesinde 2 ay yatarak tedavi görmüştü. Gamze yaşadıklarını ve BKB'nun ne olduğunu şu sözleri ile tanımlar: “Ölmeyi istemenin ne demek olduğunu biliyorum. Gülümserken nasıl canımın acıdığını... Nasıl uyum sağlamaya çalıştığımı ama yapamadığımı... İçimdeki acıyı öldürmek için kendime nasıl*



Uzm. Psikolog Sandy  
KOHEN

### Borderline Kişilik Bozukluğu Nedir?

BKB, duygu, biliş, davranış, kişiler arası ilişkiler ve kendilik algısı gibi alanlarda bozulmalarla kendisini gösteren bir regülasyon bozukluğudur.

Emosyonel disregülasyonu, duygu durumundaki dalgalanmalar ve sonucunda düşünce ve davranışlardaki tutarsızlıklarla karakterizedir. Bu kişilerin emosyonel uyarılara karşı düşük eşikleri ve hızlı tepkisellikleri vardır ayrıca emosyonel olarak normal sınırlarına dönme zamanları oldukça uzundur. Sonuç olarak, keskin duygusal iniş ve çıkışlar yaşarlar, hafif engellenmeye ya da onay alamamaya bile yoğun dürtüsel tepki gösterirler.

Kişiler arası ilişkiler, yoğun terk edilme, yalnız kalma korkusuyla birlikte duygu durumundaki düzensizliğin de katkısıyla oldukça kaotiktir. Gamze'nin annesi kızı ile ilişkisini şöyle tanımlamaktadır: *"Bana bazen onun en yakını bazen de düşmanı olduğumu hissettiriyor. Onun neye ne tepki vereceğini ve benim ona nasıl davranacağımı bilememenin çaresizliğini yaşamak çok korkutucu"*.

BKB olan kişiler duygu durumundaki değişkenliğin ve kendilerini geçersiz kılan çevrenin etkisiyle tutarlı bir kendilik algısı geliştiremezler. *"Ben kimim?"* sorusuna bütüncül bir yanıt bulamazlar. Bölünmüş bir kimlik algıları vardır. Sağlıklı olgun bir kendilik algılarının olmaması ile birlikte hayattaki değerleri durmadan değişir. Yaşamlarında önemli bir yer tutan ancak tarif etmekte zorlandıkları boşluk duygusundan yakınır. Boşluk hissi dissosiyatif süreçlerle iç içedir. *"Bazen sanki hayatta sadece bir gözlemciymişim gibi geliyor. Herşeye dışarıdan bakıyorum, ve hiçbir şey hissetmiyorum..."*, diye tanımlamakta Gamze yaşadığı kopukluğu.

BKB'da davranışsal problemler olarak, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, psikoaktif madde ve alkol kötüye kullanımı, riskli eylemlerde bulunma yoğun olarak gözlemlenir. Hastaların %75'inden fazlasında en az 1 intihar girişimi öyküsü vardır. İntihar riski her zaman tedavinin en öncelikli maddesidir. Hastaların büyük çoğunluğu kendine zarar verme davranışları sergiler. Bu davranışlar yaşadıkları duygusal acıdan kurtulup şu ana dönme çabasıdır. Gamze kendine zarar verme davranışlarıyla ilgili kendisini şöyle ifade etmekte: *"Kendimi kesiyorum çünkü acıtıyor, var olduğumu hissediyorum. Şöyle bir sarsılmış oluyorum ve gerçeğe dönüyorum."*

Problemin bilişsel yansıması paranoid ve ambivalan düşünceler şeklindedir. Zaman zaman hastalar psikotik süreçlerin içerisine girebilirler. Aslında bizim kişilik bozukluğu olarak tanımladığımız şey onların yaşamının kendisidir. Kaosun egemen olduğu bir türlü dengeyi bulamayan zor ve fırtınalı bir yaşam.

## BKB'nun Gelişimsel Öyküsü

Sınırdan yaşamının temelleri, bu kişilerin gelişim süreci boyunca içinde buldukları çevre ve yaşadıkları travmatik deneyimlerle atılır. Araştırmalar çocukluk çağında yaşanan travmalarla BKB arasında anlamlı ve güçlü bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Travmatik deneyimler, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal şiddet, ihmal gibi olumsuz yaşantılardan oluşur. Ebeveynlerin kendileri bu davranışları göstermeseler bile çocuklarını korumakta veya çocuklarının yaşadıkları olumsuz deneyimi duygusal olarak işlemelerine yardımcı olmakta başarısız olmuşlardır. Travmatik deneyimin kimin tarafından gerçekleştirildiği, şiddeti ve sıklığı da BKB semptomlarının yoğunluğu ve şiddeti ile yakından ilişkilidir.

Kendilik algısının sağlıklı gelişimi için dış dünyadan gelen mesajlar ile kişinin kendisi ve dış dünya hakkındaki algılarının tutarlı olması gerekir. Ancak BKB'da gelişim sürecinde kişiye çevresi tarafından verilen geri bildirimlerin *"her tanımın yanlış"*, *"deneyimlerinden çıkarttığın sonuçlar aptalca, anlamsız"*, *"tokum diyorsan aslında açsın demektir"* gibi kişinin kendisi ve dış dünyayla ilgili algılarını, tanımlamalarını geçersiz kılan mesajlar içerir. Bu durum kişinin sağlıklı bir kendilik algısı geliştirmesini engeller. Gelişim çağında çocuğun kendilik algısı ile ilgili deneyimlere çevresindeki insanların değer vermemesi, çocuğun çevre ile kurduğu ilişkide kendi sezgilerine güvenmemesine neden olur. Çocuk için geçerli olan kendisinin algısı değil geçersiz kılan çevrenin ne dediğidir. Annesi tarafından beslenme konusunda aşırı kontrolcü ve müdahaleci bir şekilde büyütülen çocuğun açlık ve tokluk algısıyla ilgili annesine *"anne ben doydu mu?"* sorusunu sorması gibi.

Ebeveynlerin çocuk için güvenlik alanı oluşturması gereken bir dönemde kötüye kullanılan veya çevresi tarafından durmadan geçersiz kılınan mesajlarla büyümeye çalışan çocuk için ebeveyn tersine korkunun kaynağıdır. Böyle bir çevrede büyüyen



## BKB'da Bilişsel Davranışçı Terapi

Borderline hastalarının kişilerarası ilişkilerde yaşadığı problemlerin (yapışma-terke etme, değer verme-değersizleştirme benzeri ikiliklerin varlığı) iyi bir terapötik ilişki kurmayı zorlaştırmasına ek olarak kendine zarar verme ve intihar davranışı gibi var olan riskli davranış kalıpları tedaviyi oldukça güçleştirmektedir. Buna karşın BKB'nun tedavisinde bilişsel davranışçı tedavi (BDT) ve BDT'den türeyen üçüncü dalga terapiler (diyalektik davranışçı terapi, şema terapi) bu hastalar için umut kaynağı olmaktadır.

İlk olarak depresif bozukluk için geliştirilen BDT , anksiyete bozuklukları başta olmak üzere bir çok eksen I bozukluğun tedavisinde süreç içerisinde etkin olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum BDT'nin eksen II bozukluklarının tedavisinde de kullanımını gündeme taşımıştır.

Beck modelin BKB üzerine olan kavramlaştırmasında şemaların belirleyici rolüne vurgu yapar. Sonrasında Pretzer, Freeman, Layden ve Morse BKB'da bilişsel modeli daha da detaylandırıp zenginleştirmişlerdir.

BKB'nun BDT ile tedavisinde 3 temel öge ele alınır: "otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemaları" içeren bilişler, telafi edici stratejiler ve eksik yaşam becerileri.

Otomatik düşünceler bilişin en kolay farkına varılabilir ve en yüzeysel katmanını oluşturur. Ara inançlar şemalarla otomatik düşüncelerin arasında yer alan kural, tutum ve varsayımlardan oluşur. Bunlar bireysel deneyimler, aile ve sosyal etkileşim bağlamında öğrenilip geliştirilir. Tedavinin biliş olarak ana odağı şemalardır. Şemalar çocukluk çağlarında yaşanan deneyimlerle, ebeveynlerle ilişki ve dış çevreden gelen mesajlarla şekillenen kişinin kendi, dış dünya ve gelecek hakkındaki temel inançlarıdır. Bu inançlar koşulsuz, katı ve değişime dirençlidir. Kişinin yaşam deneyimlerine anlam kazandırmak için genel biçimde düzenlenmiş prensiplerdir. Şemalar derinde yatan sorgulanmayan kabullerdir, kişi tarafından değişmez doğrular olarak görülür. Uyumlu şemalar verilerin hızlı bir şekilde özümsemesi ve uygun karar verme süreçlerinin oluşmasında işlevsel bir rol oynarlar. Buna karşın psikiyatrik bozukluklarda uyumsuz davranış ve olumsuz duygu durumuna yol açan "uyumsuz şemalar" vardır. BDT'nin en temel hipotezlerinden birisi uyumsuz şemaların stres oluşturan güncel bir yaşam olayıyla tetiklenene kadar pasif olduklarıdır. Ancak BKB gibi kişilik bozukluklarında şemalar her an güncel yaşam olaylarıyla tetiklenmeye hazır birer bomba gibi açıkta beklemektedir. Bu şemaların aktifleşmesi de ciddi duygu durum değişikliklerine neden olur.

Borderline hastalarda bulunan ön plandaki şemalar : "*dış dünya tehlikeli*", "*diğerleri güçlü, acımasız ve kötü*" "*ben güçsüz ve kırılganım*", "*ben özünde kabul edilemez bir insanım*" şeklindedir. Bu temel inançlar aşırı bir uyarılmışlık hali, zayıf kendilik algısı ve kişilerarası ilişkilerde güvensizliğe ve kaosa neden olur. Örneğin, bağımlılık varsayımı ( hastanın güçsüz ve kırılgan olduğu ve diğer kişilerin güçlü olduğu inancı) ile paranoid varsayımların (diğer kişilerin güvenilmez ve kötü olduğuna dair inanç) paradoksal kombinasyonu BKB hastalarında kişilerarası ilişkilerde görülen tutarsız ve uç davranışlara neden olur. Bu hastalar, bir taraftan diğer insanlara yapışma ihtiyacı içindeyken diğer yandan dış dünyaya güvensizliklerinden dolayı o kişileri kendinden uzaklaştırma eğilimindedirler.

Bu inançlara ek olarak BKB'de önemli bir diğer bilişsel özellik de kutuplaşmış düşünce kalıbıdır. Bu durum kişinin hayatı siyah ve beyaz olarak uçlarda yorumlamasına neden olup bir parçaya bakarak bütünü tanımlaması sonucunu doğurur. BKB hastalarının durumları değerlendirmede grinin tonlarını kullanma becerisinin eksikliği duygusal kaosa ve tepkilerin aşırı şekilde uçlara kaymasına neden olur.

Telafi edici stratejiler, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler ve travmalarla belirlenmiş uyumsuz şemalara karşı geliştirilmiş işlevsel başa çıkma davranışlarıdır. Belli bir dönem boyunca işe yarayan ve kişinin kendisini korumasını sağlayan bu davranışları hayatları boyunca birçok durumda kullanmaya devam ederler. BKB’da tipik telafi edici stratejiler; kaçınma, bağımlılık, kontrol, kendine zarar verme, saldırganlık ve dissosiyasyon şeklindedir. Bu stratejiler istenen sonucu vermediğinde hastalar farklı bir yol denemek yerine işlevsiz stratejilerini yeteri kadar iyi gerçekleştirmediklerini düşünürler ve aynı stratejiyi daha yoğun biçimde uygulamakta ısrarcı olurlar. Ancak çocukluk döneminde kötü sonuçları engellemek için kullanılan bu stratejiler yetişkinlikte probleme katkı sağlayan ve devam ettiren unsurlar haline gelir. Çocukluklarında duygu ve düşüncelerine değer verilmeyip geçersiz kılınan bu kişilere duygu ve düşüncelerinin yanlış olduğu mesajı verildiği için “duygularını dışa vurmama” gibi kaçınma stratejisi geliştirebilirler. Çocukken işlevsel olan bu stratejiler yetişkin olduklarında yaşadıkları ilişkilerde onlar için bir engel oluşturabilir ve kişilerarası sorunlara yol açabilir.

İhtiyaçların karşılanmadığı, duygularını ifade etme özgürlüğü bulunmayan, geçerli kılınmayan bir ortamda büyüyen çocuğun yaşam becerileri de eksik kalır. Problem çözme, kişiler arası etkileşim, emosyonlarını düzenleme gibi temel yaşam becerilerini öğrenemezler. Bu eksik yaşam becerileri onların hayatla başa çıkmakta zorlanmalarına ve uygunsuz tepkiler geliştirmelerine neden olur.

Tedavinin hedefi, şemaları, kutuplaşmış düşünce ve telafi edici stratejileri daha işlevsel inanç ve davranışları içerecek biçimde yeniden yapılandırmak ve eksik yaşam becerilerini geliştirmektir.

Depresyon, anksiyete bozukluklarında uygulanan BDT’ye göre BKB’nun BDT’si çok daha uzun soluklu bir tedavidir. Terapide konan hedeflere en az bir senenin sonunda ulaşılabilir.

Uzun ve yoğun bir terapi sürecinde ilerlemenin belirleyicisi hayatı boyunca güvensiz ilişkiler kurmuş olan hastanın terapisti ile güvenli bir ilişki kurmasıdır. Bu ilişkinin istenilen noktaya gelmesi şüphesiz ki uzun bir süreç olacaktır ve zaman zaman da sekteye uğrayabilir. Borderlinelerin terapistleriyle kurduğu ilişki diğer insanlarla kurdukları ilişki kalıbından farksızdır. Terapist onlar için bir an çok değerli ve sevdikleri kişiyken ertesi gün değersiz ve nefret edilen bir kişiye dönüşebilir. Terapistinin de onu terk edebilme ihtimalinin verdiği korkunun yoğunluğunda terapistte aşırı yapışma şeklinde bağımlı bir ilişki kurmalarını ya da hastanın terapiyi sonlandırmasını getirebilir. Bu nedenle terapistin hastayla kurduğu ilişkide iyi bir denge oluşturması gereklidir. Bu denge içerisinde terapi sürecinin sınırlarını iyi belirlemesi ve terapi hedeflerinin net olması çok önemlidir.

İyi bir terapötik ilişki terapinin temelini oluşturmak ile birlikte, BKB’nun tedavisinde ilk adım bu kişilerin kendine zarar verici davranışlarını ve intihar girişimlerini engellemektir. Bu ancak terapistle kurulan iyi bir ilişki, terapistin kendisini ulaşılabilir kılması ve terapistin hastaya krizi yönetmek için öğreteceği alternatif stratejilerle mümkün olur. Krize olabildiğince erken müdahale etmek riskli davranışların önüne geçmek için önemlidir. Krizleri yönetmenin ilk adımı hastayı sakinleştirmek, empatik bir dinlemeyle hastanın duygularını geçerli kılmaktır. Terapistler hastanın duygularını geçerli kılmadan pratik önerilerle kolaycı çözümler üretmesi hastanın tepkiselliğini artırır.

Kişinin güvenliği sağlanıp, kendine zarar verici davranışları kontrol altına alındıktan sonra ancak bilişsel müdahalelere geçilebilir. Bilişsel müdahalelerin en önemli hedefi altta yatan uyumsuz şemaları ve kutuplaşmış düşünce örüntüsünü değiştirmektir. Davranışçı ödevlerle bu değişim gerçek yaşama aktarılır. BKB olan kişiler kendi duygu, düşünce ve davranışlarını anlamlandırmakta zorluk yaşarlar. Şemaları anlamak hastaların kafa karışıklığını azaltmakta ve davranışları üzerinde

kontrol kazanmalarını sağlamakta önemlidir. Şemalarının gün içinde nasıl tetiklendiğini fark etmeleri için hastalara günlük düşünce kayıt formları tutturulur. Tedavide bilişsel anlamda hedef şemaları tamamen ortadan kaldırmak değildir bu kişilik bozukluğunun tamamen ortadan kalkmasını beklemeye benzer. Terapinin hedefi şemaların duygusal ve kişilerarası yaşantıyı nasıl kontrol ettiğinin öncelikle hasta tarafından farkına varılmasına yardım etmek ve hastanın günlük işlevselliği üzerinde uyumsuz şemaların etkinliğini azaltmaktır. Bunu yaparken kişinin şemalarını adlandırması, şemanın küçük parçalara ayrılması, başa çıkma kartları kullanmak, şemanın gerçekliğini sıyanan davranışsal deneyler ve yeni hayat deneyimleri oluşturmak tedavinin iskeletini oluşturur.

İşlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin oluşturduğu olumsuz yaşam deneyimleriyle uyumsuz şemaları nasıl beslediğini ve şemaların devamına nasıl katkıda bulunduğunu hastaya göstermek bir diğer önemli aşamadır. Bu işlevsiz stratejilerin yerine konacak işlevsel başa çıkma yöntemleri beceri eğitiminin hedefidir. Beceri eğitiminde terapist ya hastanın repertuarında bulunmayan becerileri oluşturmalı ya da körelmiş becerileri bilemelidir. Seans içerisinde kurgulanan yeni stratejiler ve oluşturulan beceriler davranışsal ödevler ile gerçek yaşamda test edilir.

Layden BKB’da seans içerisinde imgeleme, rol oyunu gibi yaşantısal tekniklerin kullanımına vurgu yapar. Özellikle travmatik deneyimlerin var olduğu hastalarda travmatik anıyla başetmek için ” imgeleme yoluyla yeniden senaryolaştırma ve yeniden işleme” (IRRT,Smucker) gibi yöntemler tedavi içerisine yerleştirilebilir.

### **BKB’da Üçüncü Dalga Terapiler**

BKB’nun tedavisinde BDT’den köken alan yaklaşımlardan birisi Marsha Linehan’ın geliştirdiği “Diyalektik Davranışçı Terapi”(DDT) diğeri ise Jeffrey Young’ın geliştirdiği “Şema Terapi” (ŞT) dir.

DDT, batının rasyonel, doğunun uzlaşıcı bakış açısının diyalektik felsefenin dünya görüşüyle tümlenmesinden türetilmiş bir yaklaşımdır. DDT özellikle BKB ve kronik olarak kendisine zarar verme davranışı bulunan kişiler için geliştirilmiştir. DDT, BKB’nun tedavisinde kontrollü çalışmalarla etkinliği gösterilmiş kanıt dayalı bir terapi yaklaşımıdır. BKB’nun DDT modelinde kavramsallaştırılması biyososyal teoriye dayanır. Linehan bu teoride BKB’nun temelde duygu düzenleme sistemi ile ilgili bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir.

Ayrıca DDT modeli, BKB olan bireylerde diyalektik bir sentez eksikliğinin varlığına işaret eder. DDT bir denge terapisi. Linehan’ın vurguladığı “kabul” ile “değişim” arasındaki denge tedavinin ana unsurudur.

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. Klasik BDT’den, hastanın kapasitesini ve o anki davranışlarını “geçerli kılma” ve “kabul” üzerine odaklanması, kabul ve değişim arasındaki diyalektik dengeye vurgu yapması, terapinin aslı olarak teröpatik ilişkiyi kullanması gibi özellikleriyle farklılaşır.

Tedavi hedefleri dört ayrı aşamada tanımlanır. Birinci aşama terapinin en uzun ve belirleyici aşamasıdır. Bu aşamada hastanın kendine zarar verme ve intihar davranışlarını engellemek, tedaviyi engelleyen ve yaşam kalitesini bozan davranışları azaltmak, davranışsal becerileri arttırmak hedeflenir. Tedavinin ikinci aşamasında

eğer varsa travmatik deneyim ya da deneyimlerle ilgili problemler ele alınır. Üçüncü aşamada hayat kalitesini olumsuz etkileyen özel, sosyal ve mesleki alanlardaki çözülmemiş problemler ele alınır. Tedavinin son aşamasında da benlik saygısının artırılması, bütünlük duygusunun sağlanması amaçlanır

Jeffrey Young'ın ortaya koyduğu ŞT özellikle BKB için geliştirilmiş geleneksel BDT'nin kavram ve tedavisinin genişletilmiş bir formudur. Bilişsel davranışçı, kişiler arası ve yaşantısal teknikleri birleştiren bütünlüğü bir teori ve tedavidir.

Standart BDT'den temel farkları; teröpatik ilişkiye, duygulanıma, geçmiş yaşam olaylarına daha fazla ağırlık vermesi çocukluk yaşantıları ve gelişimsel süreçlerle daha yoğun çalışmasıdır. Young'un şema tanımı kavramsal olarak BDT'deki şema tanımından daha geniştir. Şema anılardan, duygulardan, duyumlardan ve bilişlerden oluşur. Şema modu kuram ve tedavideki bir başka önemli kavram olup o sırada içinde bulunduğumuz hakim durumu tarifler. Bir modun içerisinde olmak kişinin zamanın bu anında hangi şema faaliyet grubunun etkisi altında olduğunu gösterir. Şema modları belirli şemalara bağlı olarak ortaya çıkan düşünce, duygu ve davranış örüntüleridir.

BKB'da hastaların bu şema modları arasında hızlı ve ani geçişler yaşamaları şema terapiye göre temel problemdir. BKB için 5 adet şema modu tanımlanır: "terk edilmiş çocuk", "öfkeli çocuk", "cezalandırıcı ebeveyn", "kopuk korungan" ve "sağlıklı erişkin". ŞT'nin hedefi uyumsuz modları ve mod geçişlerini hastanın fark etmesini sağlayarak sağlıklı yetişkin tarafını güçlendirmektir.

BKB kişinin yaşamını derin bir kaos içerisinde sürdürmesine neden olan dolayısıyla sosyal, akademik, mesleki ve özel yaşantısındaki işlevselliğini önemli derece etkileyen ve tedavisi oldukça güç olan bir bozukluktur. BDT ve onun türevleri olan yaklaşımlar BKB'da hastalara yardımcı olsalar da problemin çözümünde kat edilmesi gereken oldukça uzun bir yol vardır.

Not: Bu yazı Therapia dergisi 4. Sayısında yayımlanmıştır.

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

Abdurrahman ALTINDAĞ	Emin DÖNMEZ	Hüseyin UNUBOL	Oğuz AKMAN	Sema TUNA
Abdülkadir TABO	Ercan ABAY	İbrahim BİLGİN	Ölcay GÜNER	Sertaç GÜVEN
Ahmet ÇETİN	Ercan KIZILKAYA	İlbat TAŞKIN	Ozan PAZVANTIOĞLU	Sevim Berrin İNÇİ
Alev AKAL	Erhan ERTEKİN	İsmail Barış SALMAN	Onur YILMAZ	Sevim HACIARİFOĞLU
Ali KEVAN	Erkam ÜNAL	Keriman AKYILDIZ	Onat YILMAZ	TOLUNAY
Ali Nuri ÖKSÜZ	Esra ALICI	Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU	Onur DURMAZ	Sinan ÖZLER
Anıl GÜNDÜZ	Fatma ÜLGER	Mehmet ÇEKİRDEK	Ömer ŞENORMANCI	Şengül HAFIZOĞLU
Ataol CAN	Fethiye ZALIM BAŞBEKLEYEN	Mehmet Zihni SUNGUR	Özge KARAPINAR	Şenol ANAÇ
Aylin DEMİRAY	Feyza ERSAN ÜNAL	Mehmet Şerif TOP	Özge KUTAY	Şeyda Betül KILIÇ
Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ	Feyzullah GÜRDAŞ	Melike SAYGILI	Özlem ALTUNÖREN	Şule BERK
Ayşe Aysu BAŞARAN	Meryem Feyza BAĞLAN	Memduha AYDIN	Özlem ÇETİN EKER	Şükran Konca BAŞTUĞ
Ayşegül SAVAŞAN	Fuat TORUN	Muhittin ÖZÇELİK	Ramazan KONKAN	Şükrü UÇUZ
Azad GÜNDERİCİ	Funda ÇİÇEKDEŞ	Mihrimah YILMAZ	Recep DEMİNER	Tezan BİLDİK
Begüm AKMANIŞ	Karabet TOPUZOĞLU	Muhsin Koray KILIÇ	Saliha Erdim	Uğur Çakar
Berk Murat ERGÜN	Gaye GOKLU	Mustafa Burak BAYKARAN	Sedat BATMAZ	Yasemin GÖRGÜLÜ
Berna ERMİŞ	Gözde KENÇ	Mustafa Kenan DUYMAZ	Selda MUTLU	Yusuf SIVRIOĞLU
Cengiz ÇELEBİ	Gülray OĞUZ	Müge GÖRBİL	Selen ÜSTÜNER	Yusuf Yasin GÜMÜŞ
Çağdaş Öykü MEMİŞ	Gülbahar ŞEN	Mükerrrem GÜVEN	Serdar KIRCI	Zülfıye KAYA
Damla Elif DAVUTOĞLU	Gülçin BAKTIROĞLU	Naz BOZOK	Selcen ESENYEL	
Defne ERASLAN	GÜLÇİN ELBOĞA	Nazlı BERKİN	Sema TUNA	
Demet KARAMAN	Gülçin ŞENYUVA	Necati Serkut BULUT	Sertaç GÜVEN	
Deniz AYGÜN	Güldane KILINÇ SALMAN	Neşe YORGUNER	Sevim Berrin İNÇİ	
Duru GÜNDOĞAR	Hale ŞAHİN	Nihal ÖZCAN	Sevim HACIARİFOĞLU	
Deniz ERKAL	Halil İbrahim TAŞ	Nihan Didem LJOHIY	TOLUNAY	
Ekrem ŞENTÜRK	Hasan GÖREN	Nuray BÜYÜK	Sinan ÖZLER	
Elif Onur AYSEVENER	Hasan Can CİMİLLİ	Nuray YILMAZ	Şengül HAFIZOĞLU	
Elif SARAL MUTLU	Havva ERDOĞAN	Nurhan FİSTİKÇİ	Şenol ANAÇ	
Elif ULUBAK	Hayrettin EYÜBOĞLU	Nurperi GÜRSON	Şeyda Betül KILIÇ	

## NEREYE KADAR PERFORMANS? SINIR VAR MI?

*“Endişelerimden kurtulmaya çalışıyordum. Gergin bir genç kadındım. Üniversitedeki danışmanım, bu gerginliği spor yaparak atmaya denememi önermişti. Panik atak nöbetleri geçirmeye başlamıştım çünkü. Haklıydı; faydası oldu. Sorun şu ki, sorunlarımla başa çıkmak için tek bir yol biliyordum: Spor yapmak. Sonunda bağımlı hale geldim. Spor yaparak gerginlik atacağım yerde, spor yüzünden gerginlik yaşamaya başladım”*



Uzm. Psikolojik Danışman  
Ahmet ÇETİN

Sporun fizyolojisi üzerine yapılan çalışmalar depresyon, alkol bağımlılığı ve hipertansiyon gibi hastalıkların tedavisinde etkili olabileceğini göstermiştir. Spor, vücut homeostasisi üzerine önemli etkiler yaparak gerek duygudurumun düzeltilmesinde gerekse stresin azaltılmasında ilaç dışı tedavinin en önemli basamağını oluşturmaktadır. Ruh sağlığı üzerinde, depresyonu ve anksiyeteyi azaltma, uykuyu düzenleme, rahatlama sağlama, kendine güveni artırma gibi etkileri olduğu bilinmektedir.

Egzersiz birçok kişi tarafından sevilerek yapılıyor olması yanında, bazen de kompulsif bir eylem şeklinde zarar doğurarak yapılması olasıdır. Bu durum “koşma bağımlılığı”, “morbid egzersiz”, “koşan anoreksikler” gibi kavramlar ile önceleri tanımlanmış daha sonraları egzersiz bağımlılığı kavramı tercih edilmiştir. Egzersiz bağımlılığı sadece uzun mesafe koşucularına özgü olmayıp vücut geliştirme gibi birçok farklı spor dalında da görülebilmektedir.

Bağımlılık kavramının biyolojik bir madde dışında fiziksel egzersiz için kullanılıyor olması karışıklık yaratmaktadır. Kimyasal maddeler ile gelişen bağımlılıkların dışında kalan internet bağımlılığının, kumar bağımlılığının ve egzersiz bağımlılığının kompulsif-impulsif çizgide benzer davranışsal fenomenler olduğu düşünülebilir.

Egzersiz bağımlılığının üç ana bileşeni;

- Tolerans (istenilen etkiye ulaşmak için egzersiz miktarının artırılması ya da aynı miktarda egzersiz yapmaya devam etme sonucunda etkilerin azalması),
- Çekilme etkisinin görülmesi (davranış engellendiğinde, olumsuz yönde etkilerin görülmesi - yoksunluk hissi)
- Kompulsif davranış (stres ve anksiyeteden kaçınmak için davranışın tekrarlanması) olarak tanımlanmaktadır.

Tolerans ya da egzersizin kesilme belirtileri fizyolojik bağımlılık olarak adlandırılmakta, bu belirtileri göstermeyenler, fizyolojik bağımlılık göstermeyen egzersiz bağımlıları olarak sınıflandırılmaktadır.

Sporcuların oldukça az bir kısmında ağır bağımlılık belirtileri görülmektedir. Çok boyutlu egzersiz bağımlılık ölçümleri, erkeklerin kadınlardan daha fazla egzersiz bağımlısı olduğunu göstermektedir. Bunun aksine, kilo kontrolü dikkate alındığında ise kadınların erkeklerden daha fazla bağımlılık eğilimi gösterdiği vurgulanmaktadır.

Egzersiz normalde sağlıklı bir davranış olduğu için egzersiz bağımlılığının fark edilmesi madde bağımlılığı gibi diğer herhangi bir bağımlılığın fark edilmesinden daha zordur.

Egzersizin endorfin üretimini artırdığı, bireyde kendini iyi hissetme hali yarattığı ve organizmada yeniden bir talep oluşturduğu bilinmektedir. Egzersiz bağımlılığında sorun olan egzersiz davranışının işlev kaybına yol açacak şekilde tutku ile yapılması ve bırakılmamasının temel sebebi, bu eyleme olan ruhsal ve fiziksel bağın varlığıdır.

Egzersiz bağımlılarının aşırı egzersiz yapma davranışının ardında, zayıf kalmak ya da kiloyu korumak amacı da olabilir. Bu açıdan yeme bozuklukları, özellikle de anoreksiya ve bulimia nervosa ile birlikte görülmesi olasıdır. Yeme bozuklukları ile birlikte görülen egzersiz bağımlılığı, ikincil egzersiz bağımlılığı olarak tanımlanır. İkincil egzersiz bağımlılığı olanlarda psikopatolojik özelliklerin sık olarak görülmesi, bu durumun başka bir özelliğidir.

#### Erken Belirtiler

- Katı bir egzersiz rutinine kendini adanmak
- Bu rutini değiştirmekten korkmak
- Egzersizin dozunu giderek arttırmak
- Bir günü bile spor yapmadan geçiremez hale gelmek
- Sporu, hayatındaki her şeyin önüne koymak

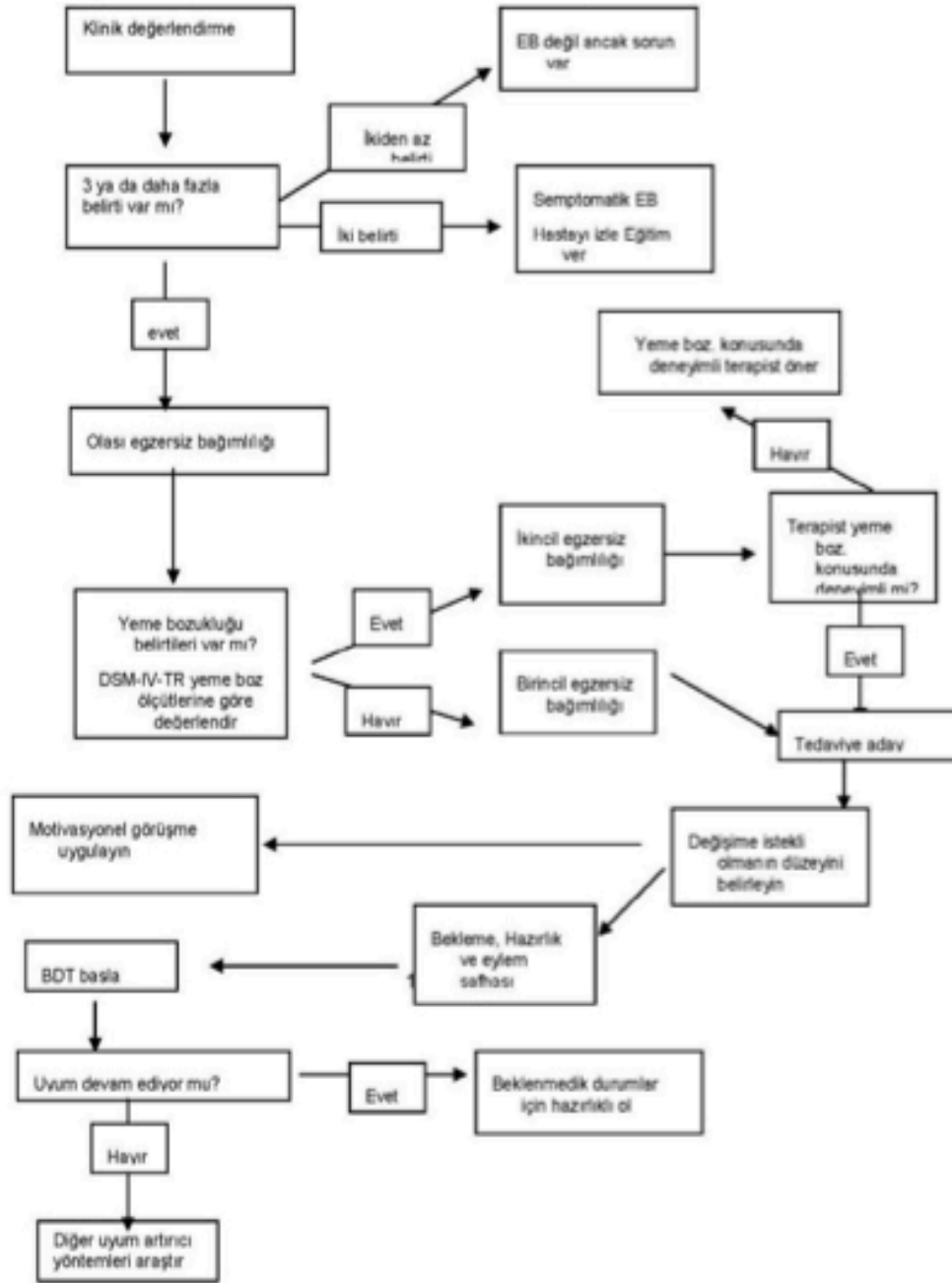
Egzersiz bağımlılığı ölçütleri DSM-IV'ün madde bağımlılığı ölçütlerine uygun olarak, 12 aylık bir dönem içinde aşağıdaki belirtilerden en az 3 tanesinin bulunması ve klinik olarak bir sıkıntıya ve bozulmaya yol açmasıdır.

1. Tolerans: İstenilen etkiye ulaşmak için egzersiz miktarının artırılması ya da aynı miktarda egzersiz yapmaya devam etme sonucunda etkilerin azalması.
2. Yoksunluk: Egzersiz yapamama sonucunda ortaya çıkan egzersizle ilişkili karakteristik yoksunluk semptomlarının (örneğin endişe, yorgunluk) varlığı ya da yoksunluk semptomlarından sakınmak ve rahatlama sağlamak için aynı miktarda (ya da buna yakın) egzersiz yapılması.
3. Niyet Etkisi: Egzersizin sıklıkla düşünülenenden daha fazla miktarda ya da daha uzun sürede yapılması.
4. Kontrol Kaybı: Şiddetli egzersiz yapma isteği ya da egzersizi kontrol etme veya bırakma isteğinde başarısızlık.
5. Zaman: Egzersiz yapmak için çok fazla zaman harcama.
6. Diğer Aktiviteleri Azaltma: Egzersiz yapabilmek için sosyal, işle ilgili ya da rekreatif aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek.
7. Devamlılık: Fiziksel ya da fizyolojik olarak devam eden bir problemin varlığından haberdar olunmasına rağmen, egzersize devam etme (sakatlığa rağmen koşmaya devam etmek gibi).

Tedavi için Şekil 1' de verilen tanı sistemi kullanılabilir. Egzersiz bağımlılığı için eğitim, psikoterapi ve alternatif tedavi seçenekleri önerilmektedir. Özellikle bilişsel süreçlere odaklanma ve davranışsal yaklaşım tavsiye edilmektedir. Bunun için kişiden şunları benimsemesi beklenir:

1. Birincil destek için rolünü ve sorumluluğunu kabul etmesi ve yönetim süreçlerine katılma.
2. Bağımlılığın diğer kişiler ile olan iletişimi kesintiye uğrattığını anlama.
3. Kontrol kaybının yol açtığı aşırı korkuyu, çaresizliği ve bunun kompulsiyon ile ilişkili dezorganize davranış olabileceğini tanıma.

Şekil 1. Egzersiz bağımlılığı tanı ve tedavi algoritması (Adams'a göre)4.



Psikoterapötik önlemeye yönelik bireysel yaklaşımlar hastada tanımlanan psikopatolojik sorunları azaltabilir.

Bu amaçla terapötik önleme yaklaşımları şunları içermelidir:

1. Destekleyici bireysel psikoterapi ile kompulsif davranışı belirleme ve durdurma.
2. Sağlıklı olmanın yararlarını ve önemini anlamaya yönelik yönlendirme.
3. Hastanın kendi stratejilerini geliştirmesini güçlendirme.
4. Kişinin savunma düzeneklerini anlama ve bağımlılığın doğası ile nasıl başa çıkmaya çalıştığını anlama.
5. Egzersiz bağımlılığı ile ilişkili olan özgün tetikleyiciyi ve kompulsiyonu çözme.
6. Başa çıkma davranışlarını yeniden yapılandırma, destek sistemlerini güçlendirmek olarak görülmelidir.
7. Egzersiz bağımlılığının tedavisi için eğitim ve geri bildirim verilmesi önemlidir.

## IV. KDTD ULUSAL KONGRESİ ARDINDAN...

Değerli Meslektaşlarımız,  
5-8 Kasım tarihleri arasında Harbiye Askeri Müze'sinde gerçekleştirilen ve teması "Bilim ve Sanat Kavşağında Kognitif (Bilişsel) Davranış Terapileri" olarak belirlenen Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği 4.Ulusal Kongresi, alanlarında isim yapmış birçok yerli ve yabancı psikiyatri uzmanını bir araya getirdi.

Konuşmacıları arasında Prof. Dr Zeliha Berksoy, Uz. Dr. Rahşan Düren, Prof. Dr. Türker Kılıç, Op. Dr. Serdar Eren, Dr. Mehmet Z. Sungur, Dr. Danise Davis, Dr. Daniel David ve Dr. Paul Salkovskis'in yer aldığı Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği 4.Ulusal Kongresi Kongre Başkanı Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında Öğretim Üyesi. Ayrıca, Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği eski başkanı olmasının yanı sıra Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği başkan yardımcısı ve Avrupa Seksoloji Birliği Yönetim Kurulu üyesi görevini yürütmekte.





# EABCT 17

47<sup>th</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN  
ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL  
AND COGNITIVE THERAPIES

13-16 SEPTEMBER 2017  
İSTANBUL / TURKEY



TURKISH ASSOCIATION OF COGNITIVE AND  
BEHAVIOURAL THERAPIES

**TACBT**

SEASON'S  
GREETINGS  
2016

EABCT

[www.eabct2017.org](http://www.eabct2017.org)

## KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

### 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.

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)

#### **İletişim İçin:**

**Bağdat Cad. Acar Apt. No:254/11  
Göztepe İstanbul**

**Tel: 0 216 411 21 73**

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

#### **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