

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLER DERNEĞİ (KDTD)

E-DERGİ

MAYIS 2016

SAYI 6

ISSN: 2459-2102

*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 geçen yıl sona ermiştir. Uluslararası Kognitif Terapiler Derneği (IACP) Yönetim Kurulu üyesi ve Beck Kognitif Terapi Akademisi (ACT)'nin kurucu üyesi, sertifikalı eğitici ve konsültanı, diplomat ve süpervizördür. Ayrıca, Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS) Yönetim Kurulu Üyesi ve Dünya Seksoloji Birliği (WAS) Cinsel Sağlık Günü ülke temsilcisidir.

İlgili Bağlantılar

Academy of Cognitive Therapy (ACT)

www.academyofct.org

Beck Institute

www.beckinstitute.org

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

www.eabct.com

The American Institute for Cognitive Therapy

www.cognitivetherapymyc.com

The International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP)

www.the-iacp.com

İçindekiler

Kognitif Davranışçı Oyun Terapisi

Naz BOZOK

Sayfa 2

Depresyon ve KDT Uygulamaları

Mustafa KURT & Ç. Öykü MEMİŞ

Sayfa 4

Metakognitif Terapi

Erhan ERTEKİN

Sayfa 6

KOGNİTİF DAVRANIŞÇI OYUN TERAPİSİ



Uzm. Psikolog Naz BOZOK

KDT bireyin yaşamı ve çevresini nasıl yorumladığı, nasıl davrandığı, nasıl hissettiğini ve olaylara ne anlam verdiğini belirleyip yeniden şekillendirir. Yetişkinde uygulandığı hali ile klasik KDT yöntemleri özellikle bilişsel bakımdan çocuk ve ergenlerde gelişim ve buna bağlı sebeplerden dolayı uygulamada bazı değişiklikler gerektirmiştir. Özellikle okul öncesi çocukların rasyonel ve rasyonel olmayan düşünceyi ayırt etme zorlukları, sözel anlamda kendilerini ifade etmedeki zorlukları, buna karşılık oyunlarındaki ifade zenginliği bilişsel davranışçı terapiye oyun terapisini adapte etme zorunluluğunu getirmiştir. Phillips, 1985 de bu alanda ilk çabalarını başlatmış 1990'da Knell ve Moore ilk olgularını sunmuş ve daha sonrasında bu alanda artan bir ivmeyle okul öncesi çocuklarla KDOT uygulanmaya başlamıştır.

Çocuğun aktif katılımcı olduğu KDOT'de çocuk, oyun aracılığı ile yüzleşme, kontrol, değişim ve gelişimi aktif olarak deneyimleyerek uyumsuz davranışını uyumlu davranışıyla değiştirebildiğini yaşantılar. Terapist çocuğun gelişim dönemine uygun girişimlerle çocuğun gelişimine kolaylık sağlar, uyumlu başa çıkma stratejileri geliştirmesine katkıda bulunur.

Aile ve terapist işbirliği yapar. Terapist özellikle psiko-eğitim anlamında aileyi desteklerken, aile desteği çocukla çalışırken ise terapistin itici gücü olmaktadır. Bu destek çocuğun sorunu ve sorunun doğası, çocuğun gelişim dönemi, ailenin beklentileri gibi konuları karşılıklı olarak içermektedir.

Oyun içerisine yerleştirilen KDT teknikleri çocuğun gelişim düzeyine göre ayarlanmaktadır. Örneğin çocuğun korkusunu tanımlaması ve derecelendirmesi için 5-8 yaş çocuğundan resim çizmesi ve derecelendirmesi istenirken, 3-4 yaşındaki çocuktan korku yüz şemalarından uygun olanı seçmesi, daha sonrasında ise rahat olacağını düşündüğü yüz şemasını seçmesi istenir.

Davranışsal girişimlerden sistematik duyarsızlaşma, pekiştireçler, kendini izleme ve etkinlik şemaları terapi sürecinde ve devamında ev ödevlerinde aile desteği ile uygulanırken kognitif girişimler işlevsel olmayan düşüncelerin (çocukta çarpıtılmış düşünce tanımını kullanmıyoruz) kaydedilmesi, bilişsel değişim stratejileri, başa çıkma yöntemleri terapist yardımı ile ve terapi sürecinde oyun içinde ve hikayeler aracılığı ile deneyimleyerek uygulanır.



Kognitif davranışçı girişimin başarılı olabilmesi için çocuğun terapistle ve ortamla kurduğu ilişkinin güvene dayalı olması, çocuğun değişim hızıyla terapi sürecinin belirlenmesi olabildiğince basit, somut ve kullanılan dilin karmaşık olmaması gerekir. Terapistin ise süreç boyunca çocuğun oyun aracılığı ile aktardıklarını görüp, değerlendirip, gerekli girişimleri yapması önemlidir.

Uygulandığı alanlara baktığımızda yeme ve uyku bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, bağlanma, ebeveyn ayrılığı, enuresis, enkoprezis, korku ve fobiler, takıntılı düşünce ve davranışlar, travma ve sonrası sorunlarda başarı ile uygulanmaktadır.

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

Abdurrahman ALTINDAĞ
Abdülkadir TABO
Ahmet ÇETİN
Alev AKAL
Ali KEVAN
Ali Nuri ÖKSÜZ
Anıl GÜNDÜZ
Ataol CAN
Aylin DEMİRAY
Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ
Ayşe Aysu BAŞARAN
Ayşegül SAVAŞAN
Azad GÜNDERİCİ
Begüm AKMANIŞ
Berk Murat ERGÜN
Berna ERMİŞ
Cengiz ÇELEBİ
Çağdaş Öykü MEMİŞ
Damla Elif DAVUTOĞLU
Defne ERASLAN
Demet KARAMAN
Deniz AYGÜN
Duru GÜNDOĞAR
Deniz ERKAL
Ekrem ŞENTÜRK
Elif Onur AYSEVENER
Elif SARAL MUTLU
Elif ULUBAK
Emin DÖNMEZ
Feyzullah GÜRDAŞ
Meryem Feyza BAĞLAN
Fuat TORUN
Funda ÇİÇEKDEŞ
Karabet TOPUZOĞLU
Gaye GOKLU
Gözde KENÇ
Gülay OĞUZ
Gülbahar ŞEN
Gülçin BAKTIROĞLU
GÜLÇİN ELBOĞA
Gülçin ŞENYUVA

Hale ŞAHİN
Halil İbrahim TAŞ
Hasan GÖREN
Hasan Can CİMİLLİ
Havva ERDOĞAN
Hayrettin EYÜBOĞLU
Hüseyin UNUBOL
İbrahim BİLGİN
İmbat TAŞKIN
İsmail Barış SALMAN
Keriman AKYILDIZ
Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU
Mehmet ÇEKİRDEK
Mehmet Zihni SUNGUR
Mehmet Şerif TOP
Melike SAYGILI
Memduha AYDIN
Muhittin ÖZÇELİK
Mihrimah YILMAZ
Muhsin Koray KILIÇ
Mustafa Burak BAYKARAN
Mustafa Kenan DUYMAZ
Müge GÖRBİL
Mükerrem GÜVEN
Naz BOZOK
Nazlı BERKİN
Necati Serkut BULUT
Neşe YORGUNER
Nihal ÖZCAN
Nihan Didem LJOHIY
Nuray BÜYÜK
Nuray YILMAZ
Nurhan FİSTİKÇİ
Nurperi GÜRSON
Oğuz AKMAN
Olca GÜNER
Ozan PAZVANTIOĞLU
Onur YILMAZ
Onat YILMAZ
Onur DURMAZ
Ömer ŞENORMANCI

Özge KUTAY
Özlem ALTUNÖREN
Özlem ÇETİN EKER
Ramazan KONKAN
Recep DEMİRER
Saliha Erdim
Sedat BATMAZ
Selda MUTLU
Selen ÜSTÜNER
Serdar KIRCI
Selcen ESENYEL
Sema TUNA
Sertaç GÜVEN
Sevim Berrin İNCİ
Sevim HACIARİFOĞLU TOLUNAY
Sinan ÖZLER
Şengül HAFIZOĞLU
Şenol ANAÇ
Şeyda Betül KILIÇ
Şule BERK
Şükran Konca BAŞTUĞ
Şükrü UĞUZ
Tezan BİLDİK
Uğur Çakır
Yasemin GÖRGÜLÜ
Yusuf SİVRİOĞLU
Yusuf Yasin GÜMÜŞ
Zülfiye KAYA

DEPRESYON VE KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TERAPİ UYGULAMALARI



Psikiyatrist Dr. Mustafa KURT



Psikiyatrist Dr. Çağdaş Öykü
MEMİŞ

Depresyon duygusal, kognitif, davranışsal ve somatik belirtilerle kendini gösteren; bireyde çökkün bir ruh haline, davranışsal etkinliklerde azalmaya, zihinsel etkinliklerde değişikliklere ve bedensel yakınmalara neden olabilen; şiddeti bireyler arasında farklılık gösteren bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

Depresyon, oldukça yaygın bir bozukluktur ve genel popülasyonda yaşam boyu riski %10-%20 arasında değişmektedir.

Kognitif terapi ve depresyonun birlikte ele alınışı, Beck'in 1960'lardaki çalışmalarına dayanmaktadır. Kognitif modelin klinik ortamlarda uygulanması ilk kez depresyonla başlamış ve daha sonra anksiyete bozukluklarından şizofreniye kadar geniş bir bozukluk yelpazesinde kullanım alanı bulmuştur. Kognitif terapi aktif, didaktif, zamanla sınırlı ve yapılandırılmış bir yaklaşımdır.

Beck'in kognitif modeli depresyonun, kişinin yaşantıları inatçı ve negatif bir şekilde yanlış yorumlamasından kaynaklandığını belirtir. Bu yanlış yorumlamalar olumsuz bir kognitif üçlüyü ortaya çıkarır. Bu üçlü kişinin, (a) kendisi, (b) dış dünya ve (c) gelecek hakkındaki olumsuz görüşlerini içerir. Kendilerini daima kaybeden, dünyayı tatminlerini önleyen engelleri içeren bir çevre olarak görürler ve geleceğin gelişim için hiçbir ümit içermediğini düşünürler.

Bilişsel olaylar düşünce ve imajlar akımlarıdır. Bu düşünceler kolaylıkla yeniden gündeme gelebilen düşüncelerdir. Kognitif modele göre kişinin yaşadığı olumsuz duyguların oluşumunda

bu düşüncelerin önemli yeri vardır. Bu düşünceler çok hızlı ve otomatik olarak ortaya çıktıkları için Beck bunlara "otomatik düşünceler" (automatic thoughts) adını vermiştir. Bunların çoğu belirgin olmayan, biçimlendirilmemiş ve kişilerin isteyerek aklına getirmediği türden düşüncelerdir. Bu düşünceler ne kadar mantıksız olursa olsun, onlara tam olarak inanılır ve akla gelmesini engellemek son derece güçtür. Otomatik düşünceler çeşitli duygularla birlikte bulunabilir ya da onları ortaya çıkarabilirler. Böylece davranış etkilerler.

Depresyonlu kişideki tipik bilişsel çarpıtmalar (cognitive distortions) şunlardır

- Seçici soyutlama (selective abstraction)
- Keyfi çıkarsama (arbitrary inference)
- Aşırı genelleme (overgeneralization)
- Kişiselleştirme (personalization)
- Kutuplaşmış düşünce (polarized thinking, dichotomous thinking)
- Büyültme, abartma, küçültme (magnification, exaggeration and minimization)

Kognitif teknikler

Yoğun ve sorun yaratan olumsuz duygular çarpık olumsuz düşüncelerle bağlantılıdır. Bu düşünceler değiştiğinde ve kişi olayları daha uygun anlamlandırabildiğinde hissettiği kötü duygular azalır. Bu basit görünen ilkenin terapi ortamında uygulanması oldukça çaba gerektirir. Dışarıdan bakıldığında çarpık veya uyumsuz olan bu düşünceler hastalar için son derece gerçekçi ve inandırıcıdır. Kognitif teknikler danışanın şiddetli biçimde bağlandığı inançları saptamayı, saptanan inançları inceleyerek gerçeğin birebir yansıması olduğundan şüphe duymasına ve daha işlevsel olan düşünce veya inançlar ile değiştirmesi için terapistin kullandığı araçlardır. Bu açıdan depresyonun kognitif davranışçı terapisinde (KDT) genel kognitif terapi ilkelerine benzer teknikler kullanılmaktadır.

Beck'in kognitif davranışçı terapisinde kullanılan kognitif teknikler

- Otomatik Düşünceleri Tanımlama (Identifying Automatic Thoughts)
- Otomatik Düşünceleri Değiştirme (Modifying Automatic Thoughts)
 1. Yeniden atıfta bulunma (retribution)
 2. Alternatif kavramlaştırma (alternative conceptualizations)
- Fonksiyonel olmayan şemaların ortaya çıkarılması (Uncovering Dysfunctional Assumption (Schemata))
- Fonksiyonel olmayan şemaların değiştirilmesi (Modifying Dysfunctional Assumptions)

Davranışsal Teknikler

Beck ciddi derece depresyonu olan kişilerde terapisinin ilk döneminde davranışsal tekniklerin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır. Terapist aktivite düzeyindeki azalma, yetersizlik duygusu, cesaretsizlik, tatminde ve kendine saygıda azalma gibi depresif döngüyü kırmalıdır. Aktivitedeki artma tek başına yeterli bir sonuç olmamasına karşın kognitif değişimi de etkileyen bir araçtır. Başlıca davranışsal teknikler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Çeşitli Aktivitelerin Programlanması (Scheduling Activities)
- Beceri ve Doyum Teknikleri (Mastery and Pleasure Techniques)
- Derecelendirilmiş Görev Ödevleri (Graded Task Assignment)
- Bilişsel Prova (Cognitive Rehearsal)
- Rol Oynama (Role Playing)

Terapötik Uygulamalar

Depresyonun kognitif terapisinde süre terapistle danışanın işbirliğiyle belirlenir. Genellikle 2-3 seanstan sonra ilk seanslarda ortaya konan amaçlara ne kadar sürede ulaşılabileceği konusunda terapistin bir fikri olur. Bazı danışanlar için 6-10 görüşme gibi kısa bir süre yeterli olabilir. Daha uzun süreli sorunları olan danışanlar aylarca, hatta bir yılı geçen bir süre boyunca terapide kalabilir. Başlangıçta danışanla haftada bir kez görüşülür. Kişi kendisini iyi hissetmeye başladıkça 15 günde bir, 21 günde bir doğru seans aralıkları açılabilir. Bu terapide öğrenilen becerilerin normal hayatta uygulanmasına fırsat verir. Terapi sona erdikten sonra 3, 6 ve 12 ay sonra birer güçlendirme seansı yapılır. İlk aşamada önemli olan nokta danışanın terapiye ilişkin beklentilerinin açıklanmasıdır. Ancak bu beklentilerin danışanın şimdiki sorunları ile

ilgili olanları **kognitif** terapi için uygundur. Terapist **kognitif** terapi ile ilgili yanlış anlayışları düzeltmeye ek olarak terapinin mantığını da anlatır. Eğer danışanın ilk oturuma gelmeden önce endişeleri ve karamsarlığı varsa, terapist onun bu düşüncelerinin neler olduğunu sorar ve elde ettiği bilgileri düşüncelerin duygular üzerindeki etkilerini göstermek için kullanır ve aynı olayla ilgili diğer düşüncelerin nasıl farklı duygulara yol açacağını gösterir.

Depresyonun kognitif davranışçı terapisinin tedavi ve görüşme aşamaları genel KDT ilkeleriyle benzerdir.

Kognitif terapide tedavi aşamaları

- Değerlendirme
- Sorunun kavramsallaştırılması
- Tedavi motivasyonun değerlendirilmesi/oluşturulması
- Kognitif formülasyon
- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Hastaya bilişsel modelin tanıtılması
- Bilişsel davranışçı müdahaleler ve tedavi
- Yineleme/önleme



Sonuç olarak; sağlıklı olma bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal açılarından “iyi olma” hali olarak ele alındığında ve psikolojik sorunlar arasında en yoğun olarak görülenlerden biri olan depresyon, bireyin bütün yönleriyle çöküntü yaşamaması ve yaşam kalitesinin düşmesi olarak değerlendirildiğinde KDT'nin bu durumu düzeltmede etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

METAKOGNİTİF TERAPİ

Metakognitif terapi (MKT) Adrian Wells'in psikolojik bozuklukları olan hastalarda yaygın görülen bir dizi süreci belirlemesinden kaynaklandı. Bu süreçler kendine odaklı dikkat, dikkat yanlılığı, endişe ve ruminasyondur.

Depresyon ve anksiyete bozukluklarını özgül düşünme biçimlerinden çok olumsuz düşüncelerin içeriğiyle ilgili olarak gören kognitif davranışçı terapinin (KDT) aksine Wells ve arkadaşları dikkat yanlılığı ve endişenin kişinin tehdidi yorumlama ve onunla baş etmede kullandığı bilinçli stratejilerle bağlantılı olduğunu ileri sürdüler.

MKT kuramı ruhsal bozukluklara neden olma konusunda düşüncelerin içeriğine düşünme eyleminin stili ve kontrolüne göre daha az vurgu yapar. İçerik MKT'de de önemlidir ama önemli olan olağan kognisyonların değil metakognisyonların içeriğidir. MKT önemli olanın insanların ne düşündüğü değil, nasıl düşündüğü olduğunu ileri sürer.



Psikiyatrist Dr. Erhan ERTEKİN

Metakognisyon özgül bir düşünme ve kognisyon kategorisi olup esasen kognisyona uygulanan kognisyon veya kognisyon üzerine kognisyon olarak tanımlanabilir. Düşünme kendisini gözlemleyen ve kontrol eden metakognitif faktörler gerektirir. Metakognisyon düşünmeyi bırakmada, sürdürmede ve değişime uğratmada rol oynar.

KDT düşünmenin kontrolünden çok bilişsel yanlılığın ve irrasyonel inançların rolünü vurgular. Negatif otomatik düşüncelerde tanımlanan felaketleştirme, kişiselleştirme gibi birçok kognitif çarpıtma MKT’de merkezi önem verilen düşünme stillerinden farklı şeylerdir. MKT’de maladaptif düşünme stili kontrolü güç olan ve endişe ve ruminasyon formunda görülen sözel kavramsal aktivitenin fazlalığı anlamına gelir. Bu stiller içeriklerinden bağımsız olarak bir şeyleri uzun süre düşünüp durma, uzun uzadıya analiz etme gibi şekillerde karşımıza çıkabilir.

MKT kuramına göre ruhsal bozukluklar kişinin düşünme stili ve başa çıkma biçiminin istenmeyen biçimde emosyonel yanıtları ısrarcı ve daha güçlü bir hale getirmesiyle gelişir. Bu durum başlıca emosyonu daha uzun yaşamaya yol açan *uzamış düşünme* ile ortaya çıkar. Bilişsel dikkat sendromu (Cognitive Attentional Syndrome: CAS) denen belli bir düşünme biçimi ruhsal bozukluklarda olumsuz düşünmenin uzamasına neden olur.

MKT modelinde olumsuz düşüncelere, duygulara ve tehditlere uzamış olan ve esnek olmayan belli bir yanıt stili ile yanıt verilmesi sorunların uzamasına ve yoğunlaşmasına neden olur. Bu stile CAS denir. CAS endişe ve ruminasyon formunda ısrarcı düşünme, dikkati tehdit kaynaklarına odaklama, düşüncelerin ve duyguların etkili öz-düzenlemesini ve düzeltici bilgilerin öğrenilmesini bozduğu için ters tepen baş etme davranışlarından oluşur.

Ruminasyon esasen geçmişe odaklıdır. Endişe ise başlıca geleceğe ilişkin olur. Ruminasyon “neden” sorularına, endişe ise “ya.. ise” sorularına yanıt arar. Endişe bir tehdit beklentisiyle ve onunla başa çıkma ya da ondan kaçınma yolları üretmeyle ilişkilidir. Bir kişide hızla “ya sınavdan geçemezsem?” olumsuz düşüncesi ortaya çıkmış ve sonra bu düşünceye yanıt olarak uzun süre endişelenmiş diyelim. Endişelenmek kişinin tehdit edici olayları ve onlarla baş etme yollarını derinlemesine düşündüğü bir düşünce zinciridir. Olumsuz düşüncelere ya da duygulara endişe ile yanıt verilmesinin oluşturduğu sorun bir dizi tehdit üretmesi ve tehlike hissini artırması ile anksiyeteye yol açması ya da mevcut bir anksiyete yanıtının sürmesini sağlamasıdır.

Endişe ve ruminasyona ek olarak CAS tehdit gözleme ile ilişkili bir dikkat stratejisini de içerir, yani dikkat tehdit edici uyarılar üzerine odaklanır. Çoğu hastada bu uyarılar düşünceler, bedensel duyumlar ya da duygular gibi içsel olaylardır. OKB hastası belli yasak ya da tehlikeli düşüncelerinin ortaya çıkışını gözler, sağlık anksiyetesi olan hasta hastalık belirtileri açısından bedenini kontrol eder, sosyal fobili hasta başkalarına nasıl görüldüğünü düşündüğünü gözler. Her durumda tehdit gözlemi olumsuz bilgiye erişimi artırır ve tehdit hissini sürmesini sağlar.



CAS'ın bir başka önemli özelliği korkulan ortamlardan kaçınma, teminat arama, düşünceleri kontrol etmeye çalışma, alkol ya da madde kullanma, nötralize edici davranışlar ve kendini cezalandırma gibi yararlı olmayan baş etme davranışlarıdır.

MKT psikolojik sorunların gelişiminde ve devamında metakognitif inançlara önem verir. Pek çok tipte şema ya da irrasyonel inanca yer verilen KDT'den farklı olarak MKT'de pozitif ve negatif metakognitif inançlar vardır. Pozitif meta-inançlar endişelenmenin, ruminasyonun, tehdit gözleminin ve kognisyonun kontrolünün avantajlarına ilişkindir: "gelecek hakkında endişelenmem daima hazırlıklı olacağım anlamına gelir" gibi. Negatif meta-inançlar düşüncelerin kontrol edilemezliği ve önemleri ya da tehlikeli sonuçları üzerinedir: "Kızımın sağlığı hakkında düşünmekten aklımı yitireceğim; endişelerim üzerinde hiç kontrolüm yok" gibi.

MCT'nin farklı kuramsal özelliklerinden biri kognisyonun kognitif ve metakognitif (MK) sistemlere ayrılabilmesidir. Bu ayrım insanın farklı modalitelerde düşüncelere sahip olabileceğini düşündürür. Düşünceler gerçekten olan olaylardan ayırt edilemeyen dışsal olaylar olarak ya da basitçe zihindeki içsel olaylar olarak yaşanabilir. MKT'de bu durumlar sırasıyla nesne modu ve MK mod olarak adlandırılır.

Hasta "değersizim" gibi bir negatif düşünce ya da inanç yaşadığında tipik olarak nesne modundadır ve bunlara karşı neden değersiz olduğunu ve nasıl daha fazla değer kazanabileceğini analiz ederek yanıt verme eğilimindedir. Oysa bu inanç MK modda olan birinde de olabilir. Bu modda kişi inançtan bir adım geriye gider ve onu zihnindeki bir düşünce olarak görür. Modların bu değişimi negatif düşüncelere yanıt olarak, CAS için tipik olan alışkanlık halini almış düşünme paternlerinin aktivasyonuna karşı tampon görevi yapabilecek yanıtlar verilmesinde değerli bir kaynak olarak görülür.

CAS bozukluğu düşüncelere ve inançlara yanıt verme stilleri ile bağlantılar, tedavide bir hedef de bu içsel olaylara alternatif yanıt stilleri geliştirmektir. Wells CAS'ın karşı tezi olan bir alternatif işlem durumuna işaret eden ve hastayı nesne modundan MK modda işlemeye çekmeyi hedefleyen detached mindfulness (DM) kavramını geliştirdi. Buradaki mindfulness basitçe bir düşünce ya da inancın varlığının farkında olmak anlamına gelir. İkinci bileşen 'detachment' olup iki faktöre karşılık gelir: a) düşünceye yanıt olarak kavramsal aktivitelerin ya da başa çıkma aktivitelerinin askıya alınması, b) kendilik duygusunun bir gözlemci şeklinde düşünceden ayrılması. DM durumunun harekete geçirilmesi için gereken MK becerilerin elde edilmesi amacıyla çeşitli teknikler ve stratejiler geliştirilmiştir.

DM ile mindfulness meditasyonu arasında kavram ve pratikte bir miktar örtüşme var, ikisi de işlemenin değerlendirmeye yönelik tiplerini azaltmak ya da askıya almak amacıyla yapılır. Oysa önemli bir farkları vardır: meditasyon tüm olayların daha genel bir "kabulü" iken DM özgül biçimde düşüncelerin süregen kavramsal işlemlerini askıya alma hedefi ile yapılır. Mindful meditasyon haftalarca hatta yıllarca pratik edilirken DM düşüncelerin ortaya çıktığı anlarda kullanılır ve dakikalar içerisinde geliştirilebilir. Mindful meditasyonun aksine dikkatin nefes gibi çeşitli bedensel fenomenler üzerine odaklanmasını gerektirmez. CAS'ın bir parçası olabilen kendine odaklı işleme biçimleri düşünüldüğünde böyle bir dikkati kendine odaklamadan özellikle sakınılır.

MKT'nin en önemli farkının düşünce ve inançların içeriğine odaklanmaması olduğundan söz etmiştik. Başlıca odağın düşünme stili ve bilişsel süreçler üzerinde olduğu MKT'de bunun tek istisnası MK inançların içeriğine odaklanmasıdır. MKT'de en sık olarak endişe ya da ruminasyon formunu alan perseveratif süreçleri durdurmak ve düşünme üzerinde esnek kontrolü yeniden tesis etmek gerekir. Ancak MKT düşünce içeriğini

baskılamakla ilgili değildir; belli bir süreci kesmek ve düşüncelerle uzamış bir işleme ya da amaca yönelik baş etme gibi yollara başvurmadan ilişki kurmayı öğrenmekle ilgilidir.

Pratikte MKT'nin esas ayırt edici özelliği terapötik değişim sağlamak için MK inançları ve süreçleri modifiye etmeye odaklanmış olmasıdır. MKT kognisyon hakkındaki inançları değiştirerek hastanın ne düşündüğünü değil, nasıl düşündüğünü değiştirmeyi hedefler. Bunun için de terapistin 3 CAS bileşenini aklında tutması, belirlemesi ve değiştirmesi gerekir: perseveratif düşünce, uyum bozucu dikkat stratejileri ve yardımı olmayan baş etme davranışları. Örneğin depresyon için MKT'de olumsuz düşünceleri tek tek ele almak yerine hastanın ruminatif süreci tanımlamasına yardımcı olmak ve daha fazla analiz etmesini ortadan kaldırmak gerekir. Bu zaman açısından da avantaj sağlar, depresyonda KDT genellikle 12-16, MKT 6-8 seans sürer.

MK kurama alıştırmada anahtar olan olgu formülasyonu ve bunun her bileşeninin bozukluğun sürmesine katkısının açıklanmasıdır. Örneğin ruminasyon için;

Öyle düşünüp durmak daha iyi hissetmenize yol açar mı?

Bu düşüncelerin içeriğini tanımlamanızı istesek pozitif mi olur, negatif mi?

Düşünüp durmak bu güç durumu çözme yolu sağladı mı?

Düşünüp durmak sizi harekete geçirdi mi, yoksa sizi atıl mı bıraktı?

Düşünüp durmak keyifsizliği üstünüzden atmanıza yardımcı oldu mu?



Sonuçta amaç endişe ya da ruminasyon biçimindeki perseverasyonun sıkıntıyı alevlendirdiğini, derinleştirdiğini ve kendiliğe dair bilginin güncellenmesini önlediğini görmesidir. Depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) ilk hedef endişe ya da ruminasyonun kontrol edilemez oluşu ile ilgili inançlardır. Pozitif MK inanç modifikasyonu da önemli çünkü bu inançlar kişinin istenmeyen düşüncelerine/duygularına karşı yardımı olmayan bir baş etme stratejisini kullanmaya devam etmesini sağlamaktadır.

Günümüzde MKT başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere farklı ruhsal bozukluklar üzerindeki etkinlik kanıtları giderek artmakta olan ve gelecekte daha yaygın uygulama alanı sağlamaya elverişli bir psikoterapi biçimi olarak görülebilir.

DERNEĞİMİZDEN HABERLER

Linehan Enstitüsü Başkanı Andre Ivanoff ve aynı enstitünün eğitim koordinatörü olan Anthony DuBose tarafından gerçekleştirilen 2 günlük Diyalektik Davranışçı Terapi (DBT) eğitimi 5-6 mart 2016 tarihlerinde gerçekleştirildi. Bu önemli etkinliğin gerçekleşebilmesini sağlayan Prof. Dr. Mehmet Sungur'a, eğiticilere ve tüm katılımcılara teşekkürlerimizi iletiriz.



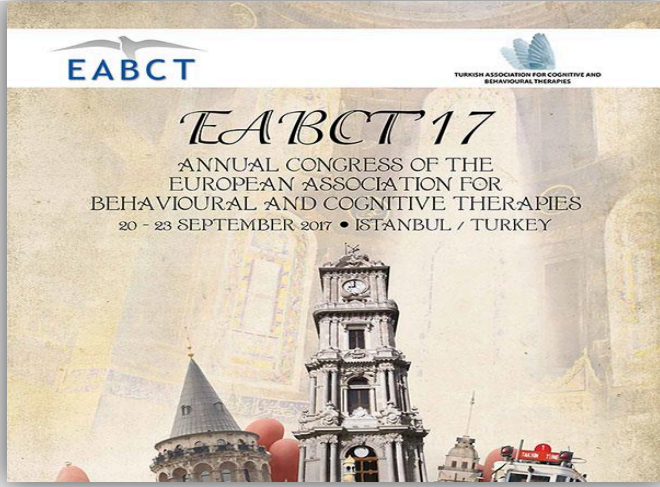
Derneğimiz başkanı Prof. Dr. Mehmet Sungur'a 25-28 Şubat 2016 tarihinde Kahire'de yapılan Mısır KDTD Ulusal Kongresi'nde "Farkındalığı Artırmada terapistlerin Sufizm'den Öğrenebilecekleri" başlığı ile bir konferans ve "Sistemik-Bilişsel-davranışçı çift terapileri" konusunda bir çalışma grubu yapmış ve derneğe yaptığı katkılar nedeniyle kendisine Mısır KDT Derneği'nin "onursal kurucu öğretim üyesi" ünvanı verilmiştir.

Avrupa Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (EABCT) Eski Genel Sekreteri olarak görev yapmış olan psikolog Dr. Maria Ceu SALVADOR ile derneğimiz başkanı Prof. Dr. Mehmet Sungur Antalya'da 2 gün Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Kongresinde eğitim verdiler. Daha önce özellikle ülkemiz verdiği eğitimlerle Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı hizmetlerine verdiği bir çok emeğin yanında, ülkemizin bu zor günlerinde de bizi yalnız bırakmayan Dr. Ceu Salvador'a teşekkürü bir borç biliyoruz.



Derneğimiz başkanı Prof. Dr. Mehmet Sungur'a 25-28 Şubat 2016 tarihinde Kahire'de yapılan Mısır KDTD Ulusal Kongresi'nde çeşitli konularda sunumlar gerçekleştirmiştir.

GELECEK ETKİNLİKLER



7.EABCT(Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği) Kongresi Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (KDTD) tarafından 13-16 Eylül 2017 yılında İstanbul'da düzenlenecektir. Derneğimiz 1996 yılından bu yana EABCT'nin tam üyesi olup daha önce 2001'de 31. EABCT Kongresini ve 2011 yılında da 7.IACP (Uluslararası Kognitif Terapiler) Kongresini İstanbul'da başarı ile düzenlemiştir. Önümüzdeki kongrenin de katkılarınızla aynı şekilde amacına ulaşacağına inanıyoruz.

25-28 Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılacak 13. EFS kongresi için kayıt olmak isteyen KDTD üyelerinin dikkatine:

Normalde ödenmesi gereken 530 Euro olan kayıt ücreti KDTD derneği üyeleri için 200 Euro olarak belirlenmiştir. İlgili kongre için

<http://web.aimgroupinternational.com/2016/efs/> adresini ziyaret edebilirsiniz.



12 Haziran 2016 tarihinde "Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği(IACP)" ve "Amerikan Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği" başkanlığı görevlerini yapmış Prof.Dr.Arthur Freeman tarafından yürütülecek "Nefret Etmeyi Sevdiğimiz Hasta: Narsistik Kişilik Bozukluğu Olan Hastaları Anlamakta ve Tedavide Kognitif Davranışçı Yaklaşımlar" başlıklı çalışma grubu gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada tedavisinde oldukça zorlanılan kişilik bozuklukları hakkında genel bilgiler de aktarılacaktır.

IMACFAC2016

1. Uluslararası Evlilik, Çift ve Aile Danışmanlığı Kongresi / Yeni Yaklaşımlar - Kökler
2-4 Haziran 2016, Hotel Grand Etil
Oslova - İspanya / TÜRKİYE

1 Haziran Çalışma Grupları
KÖKLER

1st International Conference of Marriage, Couple and Family Counseling / New Approaches - Roots
2-4 June 2016, Hotel Grand Etil
Oslova - İspanya / TURKEY

1 June Workshops
ROOTS

İKİ BÜYÜK USTADAN CANLI PERFORMANS



PROF. DR. BRIAN CANFIELD

AİLE TERAPİSİNDE KULLANILAN PRATİK TEKNİK & YÖNTEMLER

ABD'NİN VE ÜLKEMİZİN SAYGIN TERAPİSTLERİNDEN
PROF. DR. BRIAN CANFIELD İLE PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR
01 - 04 HAZİRAN 2016 TARİHLERİ ARASINDA DÜZENLENECEK OLAN
"1. ULUSLARARASI EVLİLİK, ÇİFT VE AİLE DANIŞMANLIĞI KONGRESİ"
BİLİMSEL PROGRAMI KAPSAMINDA AİLE VE ÇİFT TERAPİSİNDE CANLI PERFORMANS VE VAKA TARTIŞMASI YAPILACAKTIR.



PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR

www.imacfac.org / www.imacfac.com imacfac2016@gmail.com

Derneğimiz yönetim kurulu başkanı Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur 1. ULUSLARARASI EVLİLİK, ÇİFT VE AİLE DANIŞMANLIĞI KONGRESİ'nde "aile terapisinde kullanılan pratik teknik ve yöntemler" başlıklı panelde davetli konuşmacı olarak katılmaktadır.



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) ulaşabilirsiniz.

Üyelik için gerekli evraklar:

1. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
2. 2 Adet Vesikalık Fotoğraf
3. Lisans Diploma Fotokopisi
4. Asistanlık Belgesinin Fotokopisi (Psikiyatri Asistanları İçin)
5. Psikiyatri Hemşireliği Uzmanlık Fotokopisi (Psikiyatri Hemşireleri İçin)

KDTD Yönetim Kurulu**Başkan**

Mehmet Z. SUNGUR

Başkan Yardımcısı

Yusuf SİVRİOĞLU

Genel Sekreter

Berk Murat ERGÜN

Sayman

Gülçin ŞENYUVA

Yönetim Kurulu Üyeleri

Gülay OĞUZ

Çağdaş Öykü MEMİŞ

Ahmet ÇETİN

EditörlerMehmet Z. Sungur
Burcu Sevim**İletişim**

Gülçin Şenyuva

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

Bağdat Cad. Acar Apt. No:254/11

Göztepe İstanbul

Tel: 0 216 411 21 73

www.kdtd.org