

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ (KDTD)

E-DERGİ
MAYIS 2016
SAYI 8
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. 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 Therapies (EABCT)**

www.eabct.com

The American Institute for Cognitive Therapy

www.cognitivetherapynyc.com

The International Association for Cognitive Psychotherapy(IACP)

www.the-iacp.com

İçindekiler

Çocuk ve Ergenlerde Trikotillomani

Selcen ESENYEL

Sayfa 3

İnternet ve Dijital Oyun Bağımlılığında KDT

Mükerrem GÜVEN

Sayfa 7

Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve KDT

Doğa SEVİNÇOK

Sayfa 18

47.si gerekleŖecek olan EABCT Kongresi 13-16 Eylül 2017 tarihlerinde Ljubljana'da (Slovenya) olacaktır. Bilgi iin www.eabct2017.org adresini ziyaret edebilirsiniz.



EABCT 17

47th CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION
FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES
13 - 16 SEPTEMBER 2017 • LJUBLJANA / SLOVENIA



Bridging dissemination with good practice



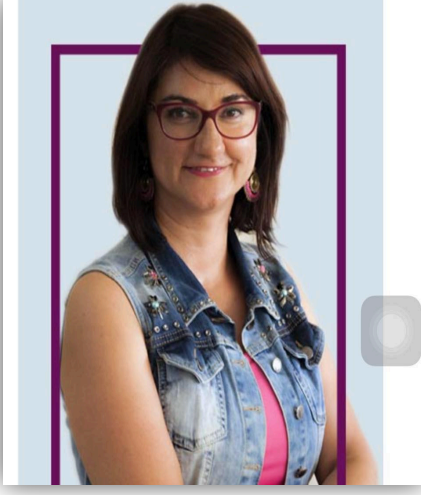
**ROBERT
FRIEDBERG**

Palo Alto University,
Palo Alto, USA

Birok makale, bölüm ve ulusal/uluslar arası sunumu olan Robert Friedberg, en ok satanlar arasına giren "Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents (2015 - Jessica McClure ile) ve Cognitive Therapy Techniques with Children and Adolescents (Jessica McClure ve Jolene Garcia ile) da dahil

sekiz kitabın yazarlığını yapmıŖtır. **47. EABCT kongresinde (www.eabct2017.org) bizimle olacak değerli konuŖmacılardan biri olan Friedberg**, su anda Palo Alto Üniversitesi Study and Treatment of Anxious Youth merkezinin yöneticiliğini yapmaktadır. ACT'nin (Academy of Cognitive Therapy) kurucularından biridir. Doktorasını San Diego'da California School of Professional Psychology'de Klinik Psikoloji alanında yapmıŖ, doktora sonrası alıŖmasını Newport Beach'te Kognitif Terapi Merkezi'nde tamamlamıŖtır. Aynı zamanda DavranıŖı ve Kognitif Terapi Derneği'nin bir üyesidir. Ayrıca Beck Enstitüsü'nde Kognitif DavranıŖı Terapi iin dıŖardan akademisyenlik yapmıŖ bulunmaktadır.

ÇOCUK VE ERGENLERDE TRİKOTİLLOMANİDE DAVRANIŞCI TEDAVİ UYGULAMALARI



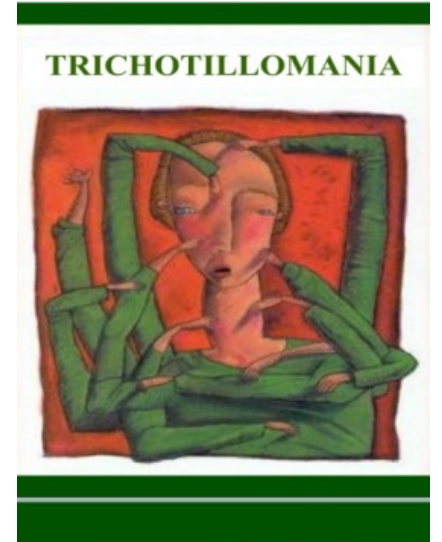
Selcen ESENYEL

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi

Genel popülasyonda trikotillomani sıklığı yaklaşık % 1.2 dir. Bozukluk çocuklarda erişkinlerden daha yaygın görülmektedir. OKB'nin aksine, trikotillomani hastalığın başlangıç yaşı olarak bimodal yaş göstermez. Başlangıç yaşı yaklaşık 9-10 yaşları olsa da, yolma davranışının 18 aya kadar indiğine dair kanıtlar mevcuttur.

Trikotillomanili hastada kıl yolma vücuttan kıl çıkan her bölgeden olabilmektedir; saç derisi, kaş, kirpik, ve daha büyük yaştaki çocuklarda pubik bölge kıl yolma alanlarıdır. Çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışma sonucunda hastaların % 23'ü 2 veya daha fazla bölgeden yolmakta ve çocukların yaklaşık 1/3 ünde kıl yolma bölgesi zamanla değişmektedir. En sık kıl yolma şekli de dominant el ile tek seferde koparma şeklinde olurken, bazı hastalar cımbızla yolmakta bazıları da saç kökünden kırılıncaya kadar ovmakta olduğunu belirtmişlerdir. Genelde farklı uzunlukta daha kırılğan, beyaz, sert, yeni uzamış kılları elleyerek veya banyoda ayna başında seçerek koparmışlardır. Hastaların yolma sonrası da kılı elinde oynama, ağzına alma, saç ve kökünü inceleme, kılı yeme ek davranış paternleri olmaktadır. Trikotillomanili hastalarda 'otomatik' ve 'odaklanmış' şeklinde iki tip yolma görülür. Otomatik yolmada, farkına varmadan bilinçsizce yolmaya başlar ve devam eder (örneğin televizyon izleme ve kitap okurken). Odaklanmış tipte ise yolma davranışı, yolma öncesi dürtüye (stresi azaltmak), impulsa (mutluluk veya zevk deneyimi) veya negatif duygu durumuna (anksiyete, depresyon, stres) cevap olarak ortaya çıkar. Hastaların çoğu (yaklaşık % 96' sı) her iki yolma stiliyle de yolduklarını ifade etmektedirler.

Belirgin saç kaybıyla sonuçlanan tekrarlayıcı kıl yolma bozukluğu olan trikotillomani, bu ana semptomla ilaveten yolmaya karşı koyamama (Kriter B) ve yolma sonrası rahatlama (Kriter C) kriterleri ile DSM-IV'te tanımlanırken, hastaların çoğunda bu şikayetlere rastlanılmamasından ötürü DSM-V'te B ve C kriterleri yer almamaktadır. DSM-V ile olan diğer bir değişiklik de, hastalığın tanı kategorisi değişmiştir. DSM-IV TR de trikotillomani İmpuls Kontrol bozukluğu iken, DSM-V'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar içinde yer almıştır.



Psikiyatrik bozukluk birlikteliği sık olan trikotillomanide yolma davranışının sonucu olarak kişinin günlük aktiviteleri bir veya daha fazla alanda kısıtlanır. Kıl koparma ile geçirilen zaman, kel açılmış bölgeleri kapatmakla uğraşmak gibi zaman kaybına neden olması, çeşitli aktivitelerden kaçınma (örn. yüzme), okula geç kalma, okula gitmek istememe sonucu akademik başarısını etkilemesi gibi çeşitli durumlarda günlük aktiviteleri kısıtlanır ve uzun dönemde hastanın yaşam kalitesi düşer. Bunlarla birlikte sosyal ilişkilerde geri çekilme ve izolasyon, suçluluk, pişmanlık ve düşük benlik algısı gibi duygusal sonuçlarla hayat kısıtlayıcı bir bozukluk olarak yaşanır.

Trikotillomanili hastaların % 70'i diğer psikiyatrik tanı kriterlerini de karşılamaktadır. Son yapılan bir çalışma verilerine göre trikotillomanili çocukların % 39.1'i, komorbid bir psikiyatrik bozukluğa sahiptir. Bu çocuklardan %30'unda kaygı bozukluğu, % 11'inde ise dışavurum davranış bozukluğu tanıları saptanmıştır. Yaygın anksiyete (%13), sosyal fobi (% 8), OKB (% 6,5), DEHB (% 8,7), karşıt olma bozukluğu (% 6,5) en sık birlikte görülen diğer tanılardır.

Kronik gidişli, işlev kaybına yol açan trikotillomaninin belirgin bir tedavi algoritması da bulunmamaktadır. İlk olarak OKB ile fenomenolojik özelliği nedeniyle OKB'de etkili olan klomipramin, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sitalopram ve essitalopram gibi ilaçlar tedavide kullanılmıştır. Yetersizlik durumunda tipik ve atipik nöroleptiklerin kullanımı olmuştur. İlaç tedavilerine eklenerek veya tek başına çeşitli terapiler de tedavide denenmiştir. Hipnoterapi, analitik yönelimli yaklaşımlar ve kognitif davranışçı terapiler çeşitli araştırmalar denense de, etkinliği kanıtlanmış bir terapi bulunamamıştır.

Tedavisi üzerinde çok konuşulmayan, kronik gidişli bu zor hastalığa sahip çocuk ve ergenlerde uygulanan Kognitif Davranışçı yaklaşımlar şunlardır;

Davranışçı Yaklaşımlar

- *Alışkanlığı Tersine Çevirme (Habit Reversal Training)*
- *Farkındalık Alıştırması (Awareness Training)*
- *Kendini İzlem (Self-Monitoring)*
- *Uyaran Kontrolü (Stimulus Control)*
- *Yarışmalı Tepki Alıştırması (Competing Response Training)*
- *Kaçınma*
- *Tiksindirme*
- *Relaksasyon Alıştırması*

Uyaran kontrolü

Bildiğimiz gibi davranışlar klasik koşullandırma yolu ile içsel ve dışsal uyaranlarla pekişmektedir. Bir zaman sonra davranışın uyarıcıları ve çevrelediği ortam davranışın otomatik olarak ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Bu yüzden davranışı kontrol etmenin bir parçası da davranışı tetikleyen tetikleyici ve çevresel uyaranları kontrol etmeye bağlıdır. Kıl yolmada uyaran kontrolünde hedef yolmayı tetikleyen uyarıcıların exposure ile davranışın sıklığını azaltmaktır. Aşağıdaki örneklerde çeşitli dışsal uyaranlar ve bunlarla baş etmek için uygun metodlar hasta ile birlikte karar verilerek uygulanabilir.



Görsel Uyaranlar: Ayna.....aynayı kapatmak

Dokunsal Uyaranlar: Dokunarak yolma eylemi olanlar...eldiven giymek

Mekan Uyaranları: Banyo...banyoda kalma süresini sınırlama

Aktivite Uyaranları: Ders çalışırken, televizyon izlerken,bilgisayarda..davranışı azaltacak müdahale

Yarışmalı Tepki Alıştırması

Yarışmalı tepki alıştırmasında amaç tekrarlayan davranışla yarışamayacak karşıt bir davranış geliştirmektir. İstenmeyen davranışın negatif sonuçlarını ve yeni davranışın sık sık belli zaman aralıklarında tekrarlanarak pozitif alıştırmasını kapsar. Örneğin yolma dürtüsü geldiğinde başka bir objeye dokunma, sıkma olabilir.

Stres ve gerginlikle artan davranış paterni olan hastalara relaksasyon alıştırmaları eklenebilir. Kronik sürekli davranışlarda davranış analizi, self monitoring uyaran kontrolü exposure zamanı ve süresi terapilerdeki hedefi kolaylaştırır.

İNTERNET VE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞINDA KDT

İnternet, askeri iletişimi artırmak ve bilgi alışverişini kolaylaştırmak üzere geliştirilmiş olsa da beklenenin çok üstünde ilgi görmüştür. “Dünya çapında ağ” sayesinde, 1990’lı yıllarda kişisel bilgisayarlarda internet kullanımı yaygınlaşmıştır. Video oyunlarının internet üzerinden karşılıklı oynama olanağı, çevrim içi oyunlar gençlerin internete olan ilgisini artırmıştır. Özellikle, kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşayanlar için bu teknolojik iletişim cazip bir seçenek oluşturmuştur. Ekran üzerine kod-şifre yazmayı öğrenmek insanlarla ilgili şifre ve kodları çözmekten daha kolaydır. Hatta bazı kullanıcılar, kontrol edilemeyen internet kullanımı ve aşırı dijital oyun oynamaya bağlı bedensel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaya başlamışlardır (Young 1999).



Psikiyatrist Dr. Mürkerrem GÜVEN

Cooper interneti “Üç A” (Access, Affordability, Anonymity) ile tanımlamıştır. Bu tanımlamayı internetin tüm özgül alanlarına uyarlamak mümkündür.

1. Ulaşılabilirlik (Access): Her yerde, istenilen zamanda internete girme ve her ne araştırılmak isteniyorsa istensin reddedilmeden internete yüklenen sınırsız kaynağa kolaylıkla ulaşabilir.
2. Satın alınabilirlik (Affordability): İstenilen alanda; örneğin cinsellik alanında internet üzerinde bulunan zengin içeriğe ödenebilir bir ücretle erişilebilmektedir.
3. İsimlilik (Anonymity): Kişinin hem gerçek, hem de algıladığı kimliği saklıdır (Cooper 1998).

Günümüzde teknoloji alanındaki yenilikler baş döndürücü bir hızda ilerlemektedir. Her yeni ürün alabildiğince çekiciliği ile insanların hayatına girmekte, aynı hızla eskimekte ve yerini bir üst teknolojiye bırakmaktadır. Ne yazık ki, kanıta dayalı internet bağımlılığı tanı ve tedavi ölçütlerini belirlemek aynı hızda gerçekleşmemektedir.

İnternet kullanımı son 15 yılda %1000 kat artış göstermiştir. Sorunlu internet kullanımı ve dijital oyun bağımlılığında Asya ülkelerinde %38’e varan yüksek oranlarda sıklık bildirilmektedir. Ailelerin çocuğu oyalamak için teknolojiden yararlanılması ile 2 yaş altındaki çocuklarda bile bağımlılık sendromları gözlenmeye başlamıştır.

İNTERNET BAĞIMLILIĞI (İB)

Sorunlu internet kullanımı, özel ve toplumsal ilişkilerde bozulmaya, iş ve okul başarısında düşüşe yol açar.

İnternet bağımlılığı, hücrel ve davranışsal düzeyde alışkanlık yapıcı bir maddenin kullanım bozukluğuna benzemektedir.

Teknoloji Bağımlılığı mı? Dürtü Bozukluğu mu?

Kognitif Davranışçı yaklaşımda, kompulsif tarzda amaçsız ve yaygın internet kullanımı ”dürtüsel bozukluk” olarak kabul edilir. Yaygın internet kullanım sorununu “dürtü kontrol bozukluğu”; özgül bir alanda internet kullanımının “davranışsal bağımlılık” olarak tanımlanması doğru olabilir.

DSM 5 tanı sisteminde, tam geçerlilik kazanması için daha fazla araştırılması gereken tanımlar arasında yer alan “İnternet Kullanım Bozukluğu” için önerilen ölçütler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Bu yedi ölçütten ilk ikisinin ve diğer 5 belirtiden birisinin mevcudiyeti ile tanı konulabilir. Bu belirtilerin son bir yılda en az 3 ay sürmesi, günde ortalama 6 saatin üzerinde internette zaman geçirmeye bağlı, klinik olarak anlamlı işlevsellik kaybına neden olması gerektiği öne sürülmüştür (Tao ve ark, 2010).

Tablo.1. (DSM 5) Önerilen İnternet Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

1. İnternetle ilgili aşırı zihinsel uğraş: Planlanandan uzun süre internette kalma ve temel görevleri aksatma
2. Yoksunluk: İnternete erişemeyince huzursuzluk, çökkünlük veya kızgınlık hissedilmesi
3. Tolerans: İstenilen keyfi almak için giderek daha fazla internette kalma; daha gelişmiş teknoloji arayışı
4. Aşırı internet kullanımının olumsuz sonuçları: aile, okul, iş veya arkadaş çevresinde sorun yaşama, akademik veya iş başarısında düşme, sosyal izolasyon
5. Kontrol kaybı: İnternet kullanımını denetleyememe
6. İnternette kalma süresini saklama: Aile, arkadaşlar veya terapistle bu konuda yalan söyleme
7. İnternet dışı etkinliklere karşı ilgi kaybı; sorunlardan kaçmak veya olumsuz duygular (çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) yaşamamak için internet kullanımı.

Dışlama ölçütü: Bu belirtilerin ve işlevsellik kaybının duygudurum ve psikotik bozukluğa bağlı olmaması gerekmektedir.

İnternet Bağımlılığının Alt Tipleri (Davis, 2001)

İnternet Kullanım Bozukluğu (İKB): İnternetin genel, çok yönlü kullanımı vardır. Özgül bir amaç olmaksızın on-line sohbet ve e-mail okuma gibi vakit geçirilir. Aileden ya da arkadaşlardan gelen sosyal destek eksikliği ya da sosyal izolasyonun bir sonucudur. Birey sosyalleşmek için internette yararlanır. İnternet bireyin dış dünyayla bağlantısıdır. Sosyal temas/destek ve sanal sosyal yaşam için yoğun bir istek duyulur.



Özgül İKB

İnternetin birçok fonksiyonu içerisinde belli bir fonksiyonuna bağımlılık geliştirilir. En sık internet üzerinden seks, dijital oyun oynama, kumar, borsa ve alışverişi kapsar. Önceden oluşan bir psikopatolojinin bir sonucu olduğu varsayılır.

Dijital Oyun Bağımlılığı

İçeriğe özgü olarak; internet bağlantısı yokken de oyun oynanabilir. Bireyin belli beceriler geliştirmesini sağlayabilir(Tablo 2). Oyun ve puan satın almak gerekebilir. Ancak, kumar oynamadaki gibi şans ve olasılıklar öngörülemez değildir. Birey becerilerini geliştirerek gittikçe zorlaşan seviyelere ulaşmayı hedefler.

Tablo 2. Bilgisayar oyunlarını sınıflandırırsak;

1. Aksiyon: El göz koordinasyonu ve motor beceri geliştirme
2. Macera: Oyuncular bulmacaları çözerek oyunda ilerler
3. Rol yapma: Sanal karakter özelliğine bürünme
4. Simülasyon: Gerçek hayatta olan bir durumu oyunda canlandırma
5. Strateji: Konu üzerinde düşünmeye ve sorun çözmeye yöneliktir
6. Diğer: Müzik, mantık ve sanatsal oyunlar vb.

İNTERENT BAĞIMLILIĞI NASIL OLUŞUYOR?

Uyaran-yanıt ilişkisi: Bir tuşla ödüle ya da aranılan içeriğe (pornografi, e-posta) hızlı bir şekilde ulaşılır. Bu uyaran yanıt ilişkisi öngörülemeyen, cezbedici çeşitliliktedir. Pek çok değişik alanda istenen bilgiye kolay erişim, hızla ödüle ulaşma pozitif pekiştirici rolü oynamaktadır.

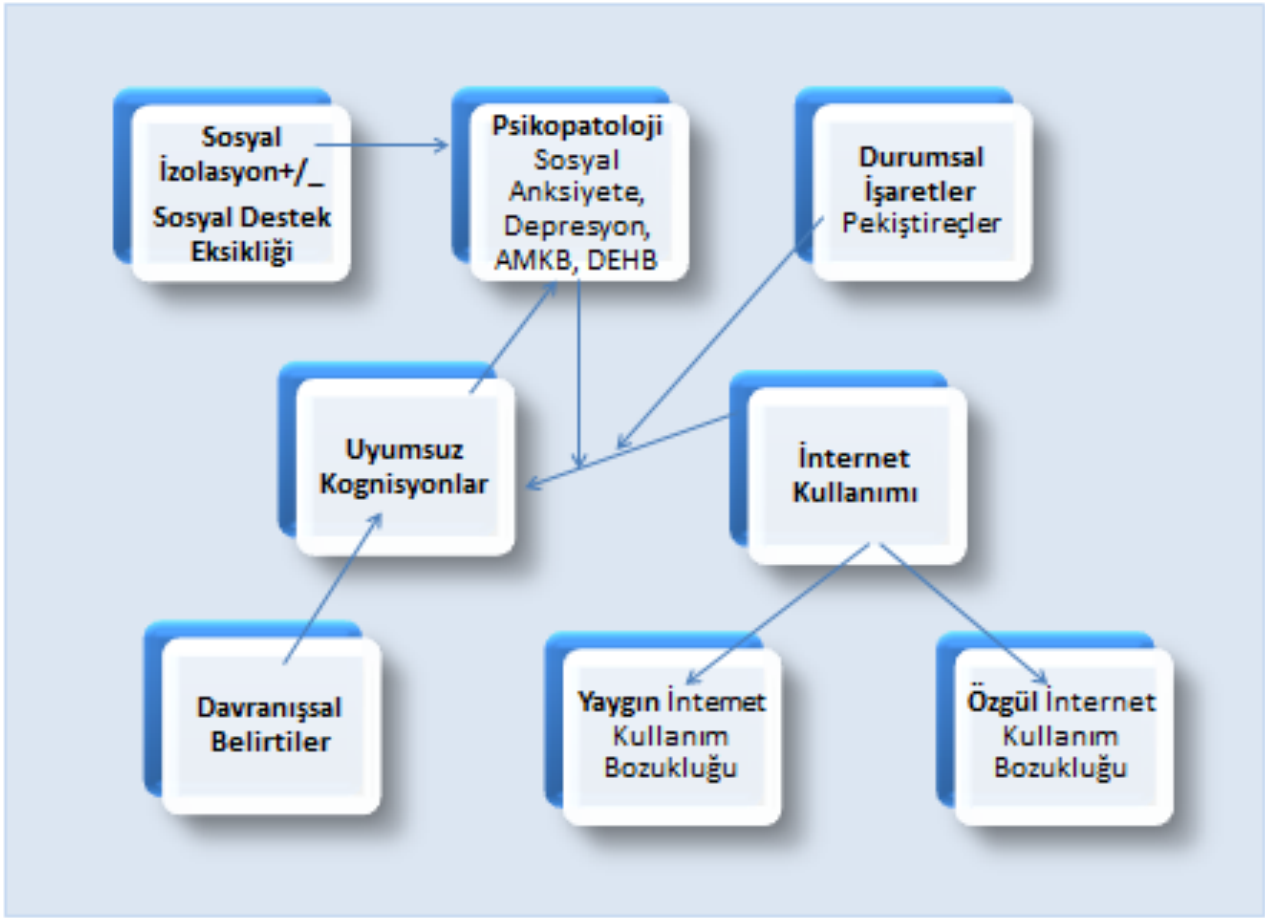
İnternet Kullanımında Klasik Koşullanma:

İnternette hemen gelen ödülün deneyimlenmesi ile o güne kadar bir anlam ifade etmeyen (koşulsuz uyaran) internete bağlanan bilgisayarın açılma sesi ya da akıllı telefonu görmek koşullu uyarana dönüşür.

Kognitif Davranışçı Model: Öğrenilen bir davranış olan internet kullanımını, kişilerarası ilişkilerden kaçınma stratejisi olarak kullanmak, işlevsiz düşünceler (uyumsuz kognisyonlar) geliştirmek yolu ile ruhsal sorunları ortaya çıkabilir (Şekil 1).



Şekil 1 İnternet Bağımlılığının Kognitif Davranışçı Modeli*.



*Davis RA. 'A cognitive-behavioral model of pathological Internet use.' Comput Hum Behav 2001; 17:187-195.

Ruhsal sorunlardan uzaklaşmak internetten keyif alma ya da internetten mahrum kalma kaygısı (durumsal pekiştiriciler), internet kullanımı ile rahatlama kişinin uyumsuz kognisyonlarına inancını artıracaktır.

Uyumsuz kognisyonlara örnek verirsek;

a. Kendisiyle ilgili düşünceler

'Ben sadece internette iyiyim'

'İnternette olmadığım zaman değersizim, ama internette önemli bir bireyim'

'İnternette olmadığımında başarısızım'

b.Dış dünya ile ilgili düşünceler

'Saygı duyulduğum tek yer internet'

'İnternette olmadığım zaman kimse beni sevmiyor'

c. Gelecekle ilgili düşünceler

Bazı internet bağımlıları felaketleştirme ve endişelenmeye diğer insanlardan daha eğilimlidir. Felaketleştirmenin gerçek veya algılanan sonuçlarından kaçınma da kompulsif internet kullanımına katkıda bulunabilir.

d. İzin verici düşünceler

‘Sadece bir kez daha oynamam bana zarar vermez’

‘Ben internete bağımlı olmam’

‘Alkol ve madde bağımlısı olacağıma internet bağımlısı olurum daha iyidir’ • ‘İnternetle sorun yaşayan benden daha kötü kişiler var’

Ruminatif Yanıt Biçimleri

Etkili problem çözme ve sorunlarını tanımlama yerine ruminasyonlar söz konusudur (Şekil 2) .

İnternet bağımlılarında özellikle kendisiyle ilgili olan olumsuz otomatik düşüncelere yanıt olarak ruminasyonlar etkinleşir ve uyum bozucu davranışlara neden olur. Bu ruminasyon internet bağımlılığının anlamı ve nedenleri hakkında tekrarlayıcı tarzda düşünme şeklindedir

Şekil 2. İnternet Kullanım Bozukluklarında gözlenen ruminatif düşünceler

Ben sadece internette iyiyim ----> Neden ben böyleyim? ----> Bağımlılıktan kurtulabilecek miyim? -----> Başka hiçbir şey yapamıyorum? ----> Bir tek on-line olunca mutluyum.

KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TERAPİ YAKLAŞIMI

Tedaviye Katılım Stratejileri

Kararsız hastanın tedaviye katılımını sağlamak itirazlarının önüne geçebilmek için Motivasyonel Görüşme ve Diyalektik Davranışçı Terapi tekniklerinden yararlanır.

KDT amaca yönelik, düzenli ve kontrollü internet kullanımı ve internette uzak tutan alternatif aktiviteleri geliştiren teknikler içerir.

Hastalara öncelikle sağlıklı internet kullanımı anlatılır. Kabul edilebilir amaçlar için kontrollü bilgisayar kullanımı desteklenirken, sorunlu uygulamalardan uzak durulması teşvik edilir.

Kanıt dayalı çalışmalarda, terapi süreci 3 ay ve 12 seans sürelidir. Terapinin erken evresi davranışçı tekniklere ağırlık verilir.

Davranışlar Terapide üzerinde çalışılan üç alan vardır;

4. Stres azaltma ve ödül arayışı ile ilişkili motivasyonel dürtüler,
5. Yönetimsel inhibisyon ile ilişkili davranışsal kontrol,
6. Motive edilmiş davranışlara katılmanın artılarını ve eksilerini tartma yolu ile karar verme.

Önce davranış analizi yapıp olgu formüle edilir. Diğer bağımlılık türlerinde olduğu gibi kişilerin yakınmalarını saklama ve azaltma olasılığı da göz önünde bulundurularak internet kullanım davranışı tüm unsurlarıyla, tam olarak belirlenir.

1. Değerlendirme

- Hangi günler interneti kullanıyorsunuz?
- Genellikle günün hangi saatlerinde interneti kullanıyorsunuz?
- İnterneti günde kaç saat kullanıyorsunuz?
- İnterneti haftada kaç saat kullanıyorsunuz?
- Genellikle her bir kullanımda internet başında ne kadar süre geçiriyorsunuz?
- Bilgisayarı genelde nerede kullanıyorsunuz?

Özgül/Yaygın Kullanımı Ayırmaya Yönelik Sorular

- İnternetin hangi işlevlerini kullanıyorsunuz?
- Her bir işlev için haftada ortalama kaç saat ayırıyorsunuz?
- En önemliden en az önemli olana doğru, kullandığınız işlevleri sıralayabilir misiniz?
- Her bir işlevin en sevdiğiniz yönü nedir?

Tedaviye Yönlendirmek İçin Sorulan Sorular

- Probleminin tam olarak ne olduğunu düşünüyorsunuz?
- İnternet bağımlılığı sorununu çözünce şimdi yapamadığınız neleri yapacaksınız?
- Tedavi için neden şu anda başvurduunuz?
- İnternete bağlanma isteği geldiğinde internete bağlanmadan ne kadar süre kalabiliyorsunuz? (sıkıntıyı ne kadar tolere edebildiği, internet kullanımını üzerinde kontrolü)
- İnternet bağımlılığı problemin nasıl başladı, nasıl sürdü? (bir kayıp sonrası başlayabilir)
- İnternet bağımlılığının devamını etkileyen faktörler neler? (aile içi çatışmalar)

2. Hedef belirleme

İnternet kullanımını düzenlemeye karar veren kişinin internete bağlanacağı zaman dilimi belirsiz bırakılırsa internet kullanımını sınırlandırma girişimlerinin çoğu başarısızlığa uğrayacaktır. İnternet oturumları yoksunluk belirtilerini ve kullanım isteğini azaltmak için sık aralıklarla olmalı ama süre kısa tutulmalıdır.

Tedaviye başlarken tedavinin başında internete girmek için yoğun bir istek duyulabileceği hatırlatılmalıdır.

Makul bir düzenleme oluşturulabilirse internetin hastayı kontrol ediyor olduğu algısı yerine hastanın internet üzerinde kontrolü olduğu algısı kazandırılır.

- İnternet kullanım şekli analiz edildikten sonra günlük rutinleri yeniden düzenlenir.
- Tersini uygulama
- Dış durdurucular
- Hatırlatıcı kartlar
- Filtreleme programları
- Özgül uzak durma (işlevsel olarak kullandığı diğer internet işlevlerini kullanabilir).

İlerleyen seanslarda bilişsel varsayımlar üzerine daha fazla odaklanılır. İnternette uzak tutularak işlevsel olmayan düşünceleri test edilir. İnternete girmeden neler hissettiği, internete girince neler hissettiği belirlenir.

- Haftalık internet kullanım kaydı
- İnternete girme isteğine neden olan durumlar/ tetikleyiciler
- İnternete girmeden önce hissedilen duygular
- İnternet girmeden önce aklından geçen düşünceler
- İnternet başında geçirilen süre
- Duygularını ifade etmekte zorlanıyorsa, internete bağılyken ve değilken neler hissettiğini taşıdığı bir duygu günlüğüne kaydetmesi istenebilir.
- İnternet ile birçok kez karşı karşıya getirilerek otomatik düşüncelerini gözlemlemesi sağlanır.
- İnternet kullanımını nedeniyle ertelenen ve ihmal edilen etkinlikler listesi
- Duygularını ifade etmesini teşvik etme, bağımlı kişiyi dinleyebilme gibi konular için aileyi yönlendirme yardımcı olabilir.

Depreşmeyi Önleme

Sosyal destek ağının geliştirilmesi, sosyal beceri eğitimi, iletişim yöntemleri ve ailenin tedaviye katılımına odaklanmalıdır.

Terapi sonlandırılmaya doğru seanslar boyunca hastanın en çok yararlandığı tekniklerin kayıt edilmesi, hatırlatıcı kartların hazırlanması ve bunların ileriki zamanlarda internet kullanma isteği geldiğinde kullanılması işe yarayabilir.

İnternet Bağımlılığını tedavide ekip çalışması yapmak ve aile içi davranış örüntülerini çalışmak yararlıdır.

Tedavide dikkat edilmesi gereken noktalar

Eş tanılar, özellikle gençlerde Majör Depresyon olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Çocuk yaşlarda başlayan sorunlu internet kullanımı ile, internetle ergenlik sonrası tanışan erişkinlere tedavi yaklaşımı da farklı olmalıdır.

On-line seks bağımlılarında görülen cinsel sorunların (isteksizlik, cinsel tatmin eksikliği) tedavisi atlanmamalıdır.



Uzm. Psikolog Alev AKAL

KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TERAPİ VE METAFOR KAVRAMI

Metafor; “tıpkı bir kozanın önce bir tırtila sonra da kanatlanıp özgürce uçabilen bir kelebeğe dönüştüğü gibi danışanlar da terapi seansları boyunca metaforların yardımıyla devinir, sorunlarından sıyrılarak sağlıklı bir yapıya erişirler; bu tıpkı kelebekte olduğu gibi fantastik ve heyecan verici bir olaydır.”

Kognitif Davranışçı Terapi birçok psikolojik ve psikiyatrik bozukluğun tedavisinde uygulanan, duygusal bozuklukların bilişsel modeline dayalı bir psikoterapi sistemidir. Uygulanan kognitif-davranışçı yöntem ve tekniklerin yanında aynı zamanda bir eğitim süreci olan bu tedavi yöntemiyle danışanların sorunlarının çözümü ve kendi duygu, düşünce ve davranışlarını anlamaları arzu edilmektedir. Bu süreçlerde ele alınan pek çok kavram, uygulanan yöntem ve tekniğin danışan tarafından net ve kolay anlaşılır olması terapötik verimi artırır. Terapi boyunca bireyin olayları ve durumları algılama süreci, önbilgilerin uyumu ve bilişsel süreçlerin etkinleştirilmesi ile ilerleme yakından ilgilidir. Çünkü bizler, yeni tecrübelerimize- yeni metinlere- anlam kazandırmak için yeni bilgileri, geçmişte deneyimlediğimiz durum ve varlıklara ait zihinsel imgelerle birleştiririz. Bu nedenle Kognitif Davranışçı Terapi'nin etkinliği büyük ölçüde danışanın terapist tarafından ne kadar anlaşıldığının yanında güçlü terapötik ilişki kurulurken uygun dil ve örneklerin, metaforların kullanılmasıyla danışanın olayları, durumları adlandırması ve anlamlandırması, birleştirmesini kolaylaştırmakta ve danışan-terapist ilişkisini olumlu yönde etkilemektedir.

Kognitif Davranışçı Terapi'de çalışılan ve kuramın en temelinde yatan inanç çalışmaları aslında metaforik anlatımla da pekiştirilebilmektedir. Metaforlar kullanılarak, kişiye bilişsel bir alan tanınmış, ikna edilmeye çalışılmaktan ziyade tıpkı sokratik sorgulama tekniğinde yapıldığı gibi kendi düşünsel ve duygusal dünyasında güçlük çektiği durumları yeniden anlamlandırmaya yöneltilmiş olur. Padesky'nin (1993) de belirttiği üzere 'En iyi kognitif terapide hiçbir cevap yoktur. Sadece milyonlarca kişinin farklı bireysel cevaplarının keşfine rehberlik edecek iyi sorular vardır.' Metaforlar da kişinin zihninde bir takım soru ve cevapları uyandırarak, danışanın kendi hızında ve farkında olarak ilerlemesini sağlar. Bu yazıda özellikle metafor üzerinde durulacak olmasının sebebi ise son yıllarda metafor üzerine yapılan çalışmalarda artış görülmesi ve aslında bütün temel disiplinlerin içinde az ya da çok var olmasıdır.

Metafor, yalnızca dilsel düzeyde gerçekleşen bir söz sanatı (figure of speech) değil, aynı zamanda, zihinsel boyutu olan bilişsel bir süreçtir. Hikâye, öykü, anekdot veya mecazlarla durumların örneklendirilmesine,

anlatılmasına metafor denir. Metaforlar psikoterapik bağlamda bireyin dikkatini toplamak, sorunu somutlaştırmak ve onun ele alınabilirliğini sağlamak, çözümü hızlandırmak, sonucu akılda daha kolay kalacak biçimde simgeleştirmek vb. amaçlarla kullanılan sözcük, benzetme, mizah, öykü, anekdot, sembol olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda metafor, soyut ve hastaya karmaşık görünen kavramların anlaşılmasını kolaylaştıran bir yöntemdir.

Metaforlarla psikoterapi konusunda dünyada tanınmış terapistlerinden biri olan **M. Erickson** bu konuya şu şekilde dikkat çekmiştir: *“Psikoterapide ilk anlamanız gereken şey, danışanın düşüncelerini değiştirmeye zorlamamanız gerektiğidir. Danışanınızın düşüncelerini değiştirmeye zorlamaktansa o düşünce ile birlikte yol alınız (o düşünceye eşlik ediniz) ve danışanınızın düşüncelerini kendi isteğiyle değiştirmesine olanak sağlayan durum ve fırsatlar yaratınız.”* Ayrıca Erickson **“eğer siz yapmazsanız ben yaparım”** diyecek kadar terapide aktiftir. Çünkü terapist sadece dinleyen, konuşan ya da telkin veren kimse değil gerektiğinde organize eden, yaparak gösteren iyi bir rehberdir. Bu konuda M. Erickson; “psikoterapide tüm yaptığınız ilk önce hastanızın dünyasını örneklemek, sonra hastanın dünyasına örnek olmaktır.” demektedir. Terapi sürecinde danışanın anlatılan metaforda kiminle özdeşim kurduğu, danışanın verdiği tepkiler ve içsel durumu çok önemlidir.

Metaforların yararı, problemlere alternatif çözümler sunmak, insanlara kendilerine dışarıdan bakma şansı vermek, motivasyonu arttırmak, mevcut problemleri tekrar tanımlamak ve farklı bir çerçeveden bakmalarını

EĞİTİMLERİMİZİ TAMAMLAMIŞ OLAN KURSİYERLERİMİZ

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

desteklemek, kişilere kendi kaynaklarını hatırlatmak olarak sayılabilir ve bunlar psikoterapide büyük kolaylık sağlar. Ayrıca, danışana cevap özgürlüğü vermek, güvenli ortam ve mizahi bir dokunuş sağlamak gibi faydaları nedeniyle psikoterapide kullanılır. Metaforla farkındalık temelli terapilerde kullanılan temel stratejilerden kabullenme ve yargısızlık kavramlarının da kapısı aralanmış olur. Bu sayede danışana, yargıda bulunmadan içinde bulunduğu durumun daha rahat kabul edeceği bir olanak sunulmuş olur. Bu nedenle ben de çalışmalarımda metafor kullanmanın gerekli olduğunu, danışan- terapist arasındaki ilişkide kişinin inançlarını ve varsayımlarını daha geniş bir bakış açısı ile değerlendirilebileceğini düşünmekteyim.

Vaka Örnekleri:

Metaforlar, tek bir kelimedenden bir cümlelik bir atasözünden uzun bir hikayeye kadar farklı boyutlarda olabilir. Kısa metaforlar oldukça hızlı ve güçlü bir etki yaratabileceği gibi, uzun bir hikaye de çerçevenin çizilmesi ve telkinlerin etkili olacağı yapının oluşturulması açısından avantajlıdır. Bireyler, içinde yaşadığı gerçekliği ancak metaforlar vasıtasıyla ve metaforik olarak inşa edebilir. Bu amaçla terapi seanslarında hem kendi kullandığım hem de danışanların hayatlarına dair yaptıkları benzetmeleri, bazı metaforları da ele alarak bu alanda çalışan uzmanlarla bazı örnekleri paylaşmak istemekteyim.

10 yaşında dikkat eksikliği ve öfke kontrol problemi olan bir erkek çocuk ile uzun süre çalışma yaptıktan sonra, bir gün verdiği duygusal tepkiler üzerine konuşurken birden yanardağ metaforunu çizerek anlattım ve bu konuyla ilgili pek çok örnekten bahsettim, öfke ile ilgili bir hikaye okuduk ve bu seans sonrasında çocuk da “anladım ben böyle sinirlenince yanardağ gibi patlıyorum, aslında değiştirmem gereken birkaç özelliğim var, bazı davranışlarımı kontrol etmeliyim, yeni şeyler denemeliyim, kendimi değiştirebilirim” dedi. Burada onunla ilgili herhangi bir yorum yapmadan sadece yanardağ örneği üzerinden gitmek yaptığı davranışları ve genel karakter özellikleri üzerinde düşünmesine sebep oldu. Ayrıca yine aynı danışan ile okuldaki bazı davranışları üzerine konuşurken, genelde ben bir davranış yaptıktan sonra öğretmenim bana kızıyor çünkü diğer arkadaşlarımın da benim yaptıklarımı söylüyor dediği zaman, bu durumu bir şeye benzetecek olsak sence nasıl bir şey olurdu? Öğretmen için bu sence ne anlama geliyor vb dediğimde, aslında biz hepimiz domino taşları gibiyiz, sınıfta biri ayağa kalksa, ağlasa bağırsa, yaramazlık yapsa, hepimiz birbirimizi etkiliyoruz dedi.

16 yaşında borderline tanısı almış, anne ve babası boşanmış olan kız danışan ile uzun süre farklı yöntemler kullanarak çalıştık. Anne ve babası ile iletişim sorunları yaşayan danışan hislerini şöyle ifade ediyordu : “Beni kimse anlamıyor, benimle kimse ilgilenmiyor, değersiz hissediyorum, sevilmediğimi hissediyorum ve bir tek erkek arkadaşım beni anlıyor” Bu ilişkinin ve erkek arkadaşının onun için ne anlam ifade ettiğini sorduğumda: "O benim dayandığım bastonum gibi" diyerek yaptığı benzetme ile aslında kendisi için ne ölçüde

önemli olduğunu ifade etmiş oldu. Bu farkındalıktan sonra daha gerçekçi düşünmeye yaklaşarak, erkek arkadaşı dışında da onu anlayan bazı arkadaşları olduğunu söyledi ve problemin çerçevesini kendisi çizmiş oldu. Ve bu seanstan sonra kendimi hafiflemiş hissediyorum diyerek aslında tekrar bir metafor kullanmış oldu. Anne ve babası ile çatışma içinde olan 12 yaşında bir kız çocuğu da özellikle annesi ile yaşadığı problemlerden bahsederken “Annem hiç bana alan tanımıyor, benim görevlerimi kendi göreviymiş gibi düşünüyor, çantamı o hazırlıyor, ödevlerimi sürekli hatırlatıyor ve genelde sürekli bana sorumluluklarımı hatırlatıyor ve boğuluyorum” dediğinde anne ile görüşme yaparken anneye, kullandığım bir metafor sürecin olumlu ilerlemesine katkıda bulundu. Bu görüşmede anneye, siz çocuğunuzun sorumluluklarını hatırlattığınızda aslında sanki onun sırtındaki sorumluluk çantasını alıp kendi omuzunuza asıyorsunuz ve gereğinden fazla yük taşımak zorunda kaldığınız için zaman zaman bunaldığınız oluyor mu? Dedimde “Evet kendimi tüm evin yükünü çeken hammal gibi hissediyorum, sonra durup dururken patlıyorum dediğinde aslında anne de kendi yaşadığı durumu güzel bir şekilde özetlemiş oldu.

Bu vakalarda da olduğu gibi metaforları hayatımızdaki dönüşümsel kapılara benzer, en derindeki değerlerimizle bağ kurmamızı sağlarlar. Güçlü bir metafor sayesinde bizim için önemli olan değerlerimizi hatırlayabilir ve somut bir düzlemde deneyimleyebiliriz. Ayrıca, doğru bağlamda anlatılan, iyi kurgulanmış ve iyi anlatılan öyküler, kişilerin etrafındaki şeyleri daha önce düşünmedikleri bir biçimde değerlendirmesi için onlara ilham verir. Öyküler, konulara dolaylı olarak değindiklerinden ve değişen derecelerde örtük anlamları olduğundan, direk cümlelere göre daha az tehdit edici ve daha az yüzleştiricidir. Sonuç olarak, metaforlar kişiye yeni bir bakış açısı sağlamakta, kişiyi terapi sürecinin aktif tarafına almakta ve düşünce –duygu- davranışlarına rehberlik etmektedir.



ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARI VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ



Doğa SEVİNÇOK

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi

Yeme bozuklukları, çocuk ve ergenlerde oldukça sık görülmektedir. 6 yaş öncesinde genellikle yemek seçmek veya yemek yememekte direnmek olarak ortaya çıkan yeme bozuklukları, gastrointestinal problemlere, motor gelişime bağlı olarak da gelişebilmektedir. Erken çocukluk döneminde ortaya çıkan bu durumların daha büyük yaş grubunda ortaya çıkan anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa gibi bozuklukların sıklığını artırdığına dair bulgular çelişkili olmakla birlikte, öğün zamanlarındaki sorunların, aile ile yemek konusunda çatışmaların, abur cubur şeklinde beslenmenin ergenlik çağındaki yeme bozukluğu sıklığını artırdığı düşünülmektedir ancak bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar çelişkilidir.

Anoreksiya nervosa, belirgin düşük vücut ağırlığı, şişmanlamaktan aşırı korkma, bozulmuş beden algısı ile karakterize, ergenlerde %0,3-0,7

arasında prevalansı olan bir yeme bozukluğudur ve psikiyatrik bir bozukluk olmasının yanında tıbbi durumu da önemli ölçüde etkilemektedir. Bulimiya nervosa ise, tıknırcasına yeme atakları, bu atakları sırasında herhangi birinin yiyeceğinden çok daha fazla yiyebilme, kontrolü kaybetme, kilo alımını önlemek için kendini kusturma, laksatif veya diüretiklerin kullanımı, beden biçiminden aşırı etkilenme ile karakterize bir yeme bozukluğudur ve ergenlerde kızlarda %2.6-8.7, erkeklerde ise %0.7-1.6 oranlarında görülmektedir.

Yeme bozukluklarında hastalar kendilik değerlerini, vücut görünüşü ve ağırlıkları ile değerlendirirler. Görünüşleri ve ağırlıkları ile ilgili düşüncelerle aşırı bir uğraş içinde olurlar ve kilo alımından kaçınırlar. Anoreksiya nervosada sonuç aşırı zayıflık iken bulimiya nervosada aşırı yeme atakları nedeniyle genellikle fazla kiloluluk vardır. Bilişsel davranışçı terapi, yeme bozukluklarında yararı gösterilmiş bir tedavi yöntemidir ve yeme bozukluklarında yaygın olarak kullanılmaktadır.

Fairburns'ün trasdiagnostik kavramsallaştırma modeline göre, hastanın çeşitli sebeplerle kilo, beden şekli ve bunu kontrol etmeye aşırı önem vermesi sonucunda aşırı diyet, kilo kontrol davranışları ortaya çıkmaktadır ve bunun sonucunda düşük kilo, kilo dalgalanmaları gibi etkiler olmakta, bu da hastanın duygularını etkilemektedir. Bu noktada aileler durumun farkına varıp destek için başvurmaktadır veya tıknırcasına yeme atakları, bunun sonrasında kusma, aşırı egzersiz, laksatif kullanımı gibi durumların farkına varan hasta kendi isteği ile destek arayabilmektedir. Örneğin; kilolu kızların arkadaşları tarafından sevilmeyeceğine inanan bir

ergen aşırı diyet yapabilmekte, düşük kilo ve bu kilodaki dalgalanmalar sonucunda duygu değişimleri yaşayabilmekte, açlık nedeniyle tıknırcasına yeme atakları ve bunun sonucunda kusabilmekte veya laksatif kullanabilmektedir.

Tedaviye başlarken ilk olarak yatış endikasyonu olup olmadığı değerlendirilmeli, %30 veya daha fazla kilo kaybı, hızlı kilo kaybı, intihar düşünceleri, elektrolit dengesizliği olan anoreksiya nervosa hastaları ve tedavi uyumu iyi olmayan hastaların hastaneye yatışı planlanmalıdır.

BDT seanslarına başlarken ilk amaç hastanın motivasyonunun sağlanması, değişim için desteklenmesi olmalıdır. Bu süreç tamamlandığında, değerlendirme aşamasına geçilebilir. Tedavi açısından değerlendirme hedefleri ilk olarak hastayla kolaylaştırıcı ve pozitif bir terapötik ilişki kurmak olmalıdır. Eleştriel olmayan, işbirlikçi, kendini kabullenme becerilerini destekleyen, otoriter bir uzman yerine rehberlik eden bir danışmanlık yaklaşımları terapötik yaklaşımın temellerini oluşturmaktadır. Yeme bozukluğunun doğasının saptanması, ciddiyetinin belirlenmesi ve bir sonraki uygun basamağın ne olması gerektiği üzerine çalışılmalıdır. Ergen hastalarda, erişkinlerden farklı olarak ebeveynler değerlendirmenin bir parçası olarak görülmelidir.

Değerlendirme aşamasında, hastanın yeme özellikleri, hangi yemeklerin yasak olduğu ile ilgili yeme kuralları, yemek miktarları, kurallara uymadığında yaptırımlar, kilo kontrol davranışları

(kendisini kusturma, laksatif kullanımı vb.), tıknırcasına yeme epizotları üzerine konuşulmalı olaylar tarafından tetiklenen duygular öğrenilmelidir. Tıknırcasına yeme ataklarının sıklığı, bunu neyin tetiklediği, yeme alışkanlıkları ve ritüelleri, sosyal ortamdaki yeme kuralları sorgulanmalı ve konuşulmalıdır.

Yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, OKB, DEHB gibi diğer bozukluklarla çok sık komorbidite göstermektedir. Bu nedenle değerlendirme aşamasında bu bozukluklara bağlı semptomlar da sorgulanmalıdır.

Yeme bozukluklarının BDT'inde yeterli motivasyon sağlandıktan sonraki aşamada tedaviye katılımı sağlamak, bireysel kavramsallaştırma, günlük tutmayı öğretmek, psikoeğitim, seanslar sırasında tartmak ve düzenli yeme alışkanlığını kazandırmak hedeflerimiz arasındadır.

Motivasyonel görüşme, bu hedefleri gerçekleştirmek için terapistin yardımcıdır. Empati, tutarsızlık geliştirmek, direnci kabullenmek, öz etkinliği desteklemek motivasyonel görüşme teknikleri arasındadır. Örneğin, gün içinde uzun süre kustuğu için arkadaşlarıyla görüşemediğinin, yemek yemeyince halsiz olduğu için ders çalışamadığının hasta tarafından anlaşılması hastada bilişsel ahenksizlik oluşturarak motivasyonunu artırmaktadır. Veya yeme bozukluğunun devamının avantajlarının ve dezavantajlarının hasta tarafından yazılması veya hastanın bilgilendirilmesi sonucu kararın kendisine bırakılması öz etkinliği destekleyerek yapılan motivasyonel görüşmelerdendir. Yeme bozukluğu

hayatında olmasaydı nasıl değişikliklerin olacağının hasta tarafından anlaşılması tedaviye katılım açısından da önemlidir.

Monitorizasyon amacıyla hastanın her seansta tartılması gerekmektedir. Bunun yanında hasta günlük tutması için teşvik edilmelidir. Günlük tutma, yeme davranışları ve eşlik eden düşünce, duygu ve durumların farkındalığının artmasını sağlama açısından önemlidir. Farkındalığın artması ise hastanın seçenek oluşturabilmesini, önemli faktörlerin farkına varılması ve keşfedilmesini sağlamaktadır.

İlk aşamada hastanın kilosunu ve beden şeklini kontrol etmesinin etkilerini anlaması sağlanmalı, kilo dalgalanmasını etkileyen faktörler anlatılmalıdır, kilonun her zaman aynı olamayacağı vurgulanmalıdır. Örneğin sıvı tüketimi, aktivite seviyesi, saat, adet döngüsü gün içindeki kilo dalgalanmalarını etkilemektedir. En iyi termostatların bile sıcaklığı tam olarak ayarlayamayacağı örneğinde olduğu gibi hastanın da bu durumu anlaması sağlanmalıdır.

Yeme bozukluklarında normal kilo alımı NICE kılavuzuna göre haftada 0.5 kg olmalıdır. Ancak başlangıçta rehidrasyon ve düşük metabolik hız nedeniyle kilo alımı daha hızlı olabilir. Ayrıca başlangıçta göbek çıkabilir. Bu durumun geçici olduğu, bağırsak sisteminin çalışmaya alışması ve karın kaslarının beslenme yetersizliği nedeniyle güçsüz olması nedeniyle olduğu hastaya anlatılmalıdır. Kilo almak için düzenli yemek yeme, çıkartmama, aşırı egzersize son verme, enerjiden zengin gıda ve içecekler tüketme önerilmektedir. Hedef kilo için yeni kıyafetlerin

alınması da hasta için teşvik edici olabilir. Hasta hedeflenen BKİ değerine ulaştığında ise düzenli yeme alışkanlığının devamı, tıkinma atakları ve çıkarma davranışlarının tekrarlanmaması, aşırı egzersizlerin yapılmamasına devam edilmelidir. Bu safhadan sonra artık enerjiden zengin içeceklere ihtiyaç yoktur. Fazla kilolu hastalarda ise, düzenli yeme, sağlıklı beslenme ile birlikte tıkinırca yeme atakları ve çıkarma davranışının sonlandırılması planlanmalı, kilo azaltma ise sonraki plan olmalıdır.

Tıkinma atağı gelmek üzereyse, hasta ilk önce yeme düzenine bakmalıdır. En son ne zaman yediği, son günlerde sağlıklı biçimde mi beslendiği, son beslenmesinde kısıtlama yapıp yapmadığını belirlemelidir. 3-4 saattir hiçbir şey yemediyse aşermenin normal olduğunu anlamalıdır. Aşırı bir açlık varsa fiziksel bir açlık olması muhtemeldir ve hasta ne tür bir yemek istediğini belirlemeli, seçtiği yemeği kendisi hazırlamalı, onu masada yemeli ve yediği yemeğin farkına varmalıdır. Böylece farkındalık artacak ve aşırı yeme davranışının önüne geçebilecektir. İkinci aşamada bu teknikler sonucunda nelerin değiştii gözden geçirilmelidir. Yeme atağının rastgele zamanlarda olduğu, kısıtlamanın kilo kaybında tek yol olduğu, bazı besinlerin hiçbir zaman yenmemesi gerektiği, kusmanın veya laksatif kullanımının çözüm olduğu mitlerinin değişimi sorgulanmalıdır. Yeme paterninin nasıl değiştii, kilo kontrol davranışları gözden geçirilmelidir. Üçüncü aşamada ise çekirdek mekanizmalar üzerine çalışılmalıdır. Bu noktada özellikle şekil kontrol etme ve kaçınma davranışları üzerinde durulabilir. Son olarak da, nüksü önleme amacıyla terapilere devam edilmelidir.



47.si gerçekleşecek olan EABCT Kongresi 13-16 Eylül 2017 tarihlerinde Ljubljana'da (Slovenya) olacaktır. Bilgi için www.eabct2017.org adresini ziyaret edebilirsiniz.

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

Üyelik için gerekli evraklar:

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

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 buluşturmadır. 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

Burcu SEVİM

Sayman

Gülçin ŞENYUVA

Yönetim Kurulu Üyeleri

Gülay OĞUZ

Çağdaş Öykü MEMİŞ

Berk Murat ERGÜN

Editörler

Mehmet 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.tr

ISSN: 2459-2102

